



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS

ALBERON LOPES RAIMUNDO

SAÚDE MENTAL: Dialogismo e discurso sobre o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico

Recife
2018

ALBERON LOPES RAIMUNDO

SAÚDE MENTAL: Dialogismo e discurso sobre o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Letras.

Área de Concentração: Linguística

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Hennes Sampaio

Recife
2018

Catálogo na fonte
Bibliotecária Jéssica Pereira de Oliveira, CRB-4/2223

R153s Raimundo, Alberon Lopes
Saúde mental: dialogismo e discurso sobre o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico / Alberon Lopes Raimundo. – Recife, 2018.
403f.: il.

Orientadora: Maria Cristina Hennes Sampaio.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Artes e Comunicação. Programa de Pós-Graduação em Letras, 2018.

Inclui referências e anexos.

1. Dialogismo. 2. Acento Apreciativo. 3. Cuidado. 4. Saúde Mental. 5. Reforma Psiquiátrica. I. Sampaio, Maria Cristina Hennes (Orientadora). II. Título.

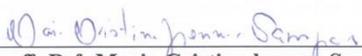
410 CDD (22. ed.) UFPE (CAC 2019-40)

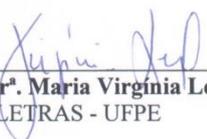
ALBERON LOPES RAIMUNDO

**SAÚDE MENTAL: DIALOGISMO E DISCURSO SOBRE O CUIDADO
DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em LINGÜÍSTICA, em 30/8/2018.

DISSERTAÇÃO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:


Prof.ª. Dr.ª. Maria Cristina hennes Sampaio
Orientadora – LETRAS - UFPE


Prof.ª. Dr.ª. Maria Virginia Leal
LETRAS - UFPE


Prof.ª. Dr.ª. Andrea Almeida de Siqueira dos Santos
DE SAÚDE - CENTRO UNIVERSITÁRIO MAURÍCIO DE NASSAU-UNINASSAU

Recife
2018

Este trabalho é dedicado às pessoas em sofrimento psíquico e seus cuidadores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus. Pela Luz. Pelo Amor. Pela Vida.

Aos Orixás e amigos espirituais

A Exú por todos os caminhos abertos, todos os nós desatados e pela sua força motriz que sinto todos os dias.

A meu pai, Oxalá, por sempre me cobrir com o seu alá (pano branco) e me proteger sob sua sombra. Obrigado pela chuva que, sempre que é preciso, esfria a terra e, sempre que precisei, aquietou meu coração.

A minha mãe Yemanjá, senhora de todas as cabeças, obrigado pela minha saúde mental e obrigado também pelo seu amor materno imenso como o mar.

A minha mãe Yansã pela força para vencer as batalhas e a Xangô, senhor das palavras, por me guiar por estes caminhos.

A Nanã pela doçura de avó, por cuidar de minha família e me fazer sempre me sentir cuidado. Aos Ibejis, que sempre alegraram o meu caminho. E a todos os outros orixás. Energias da natureza, as quais, creio, estão um pouco em tudo e em todos. Axé!

Agradeço a Nossa Senhora da Conceição, a Jesus Cristo e a Santa Rita de Cássia, que sempre estiveram literalmente ao meu lado, em minha mesa, ao escrever esse trabalho e, espiritualmente, em sua misericórdia e intercessão.

A minha família

Agradeço aos meus dois maiores cuidadores no plano terreno: minha mãe, Celeste, pela sua força, inteligência e vivacidade. Seu amor me sustenta e me faz viver grato pelas oportunidades e potencialidades de vida. A senhora é a razão pela qual, desde pequeno, as palavras “te amo” saem com tanta frequência de minha boca. Obrigado pelo entendimento das ausências e pelos aperreios e conquistas que a senhora compartilhou, como se fossem seus, em meu processo de pesquisa e escrita ao longo de dois anos e meio. Te amo, mainha!

Izaquiel, meu amor, meu amigo, meu companheiro de todos os momentos. Seu amor, compreensão e alegria fazem minha vida cada vez melhor e foram essenciais durante esse processo. Obrigado pelos sorrisos presenteados TODOS os dias. Obrigado pela paciência,

serenidade e pela cumplicidade. Obrigado também por me mostrar que para viver bem é melhor tomar caminhos simples. Você descomplica o meu mundo. Te amo, minha vida!

A meu pai, Valdemar, e Dona Caetana, pela torcida, ajuda e amor durante esse trajeto.

A toda a família Lopes, especialmente Clélia, Célia, Cláudio e Giselda, pelo amor e torcida de sempre. Amo vocês!

A toda a família Aragão, especialmente, minha sogra Laelze, minha cunhada Léia, meu concunhado Juarez Viana e também Diane Aragão, pela torcida, pelo carinho e pelo entusiasmo em falar sobre assuntos acadêmicos.

Aos amigos e amigas

A Luiza Dias, um amor indizível. Te amo e amo tantas coisas em você: tua inteligência, cumplicidade, lealdade, alegria, e teu sorriso literalmente maroto. Obrigado por me acrescentar vida e amor. Obrigado também por compartilhar as angustias e alegrias no mestrado.

A Fernanda de Andrade Lima, uma segunda mãe para mim. Obrigado pelo amor e o cuidado. Sem você este trabalho não teria sido possível, pois foi você minha primeira ponte com o campo da saúde mental. Obrigado por me apresentar à *Saúde Mental pela prática da convivência*. Teu pioneirismo e tua coragem me inspiram. Obrigado também por me acolher sempre amorosamente em tua vida. Te amo!

A Noemi Glasner, pelo amor e o cuidado presentes em nossa relação. Pela presença física, sempre que possível, e pelos telefonemas e mensagens pelo *whatsapp* constantemente para saber como eu estou, como vai a escrita, como está minha saúde física e mental. Obrigado por me ensinar muito sobre cuidar e pelas experiências, sempre cheias de alegria que compartilhamos em nosso trabalho. Obrigado pela amizade que me é tão importante. Te amo, Nozinha!

A Cecília Costa. Tua alegria me arrebatava. A Adriana Lima. Tua leveza me encanta. Obrigado pela amizade, carinho e pelo cuidado de vocês. Vocês me inspiram e me ensinam a cuidar e, em vocês duas, eu encontro respostas para muitas das questões sobre o cuidado. As perguntas: o que elas fariam? ou que elas fizeram? são, muitas vezes, nortes para minhas inquietações sobre o cuidado em saúde mental.

A Kathy Shantz, minha primeira ponte e fonte de interesse pelos estudos da linguagem. Obrigado pela amizade e amor. I love you!

A Conceição Silva, minha querida amiga Ceça, com quem compartilho o interesse e o sentimento pela saúde mental. Você é uma das melhores coisas que me aconteceram durante o curso de Psicologia e me inspirou em muitos aspectos deste trabalho. Obrigado pela amizade, companheirismo e entusiasmo pelas vitórias alcançadas. Te amo e, não esqueça: temos muita coisa a construir juntos.

A Dayana Lima, agradeço a amizade sempre acolhedora e a competência, inteligência e dedicação que me inspiraram muito no trajeto do mestrado. Obrigado por cuidar tanto de mim durante o curso de Psicologia. Às vezes, nem sei o que teria feito sem você. Lhe sou grato por tantos gestos de carinho e tantas gargalhadas compartilhadas nos corredores da NASSAU, nas paradas de ônibus e até mesmo, sem querer, em sala de aula. Te amo!

A Serquiz Elias, grande amigo que fiz no mestrado. Talvez meu maior interlocutor em relação às inquietações sobre o pensamento de Bakhtin e do Círculo. Obrigado pela ajuda, sempre valiosa e importante, e também pela preocupação e acompanhamento, quase terapêutico, via telefone e *whatsapp*. Lhe sou grato pelo companheirismo, solidariedade e amizade.

A Josefa Vicente de Lima pela amizade, companheirismo e por complementar nossa família. Obrigado por todo o apoio, não só a mim, mas também a minha família durante esse trajeto.

A Claudiana Soares agradeço o carinho e a torcida durante o mestrado. Eu amo teu sorriso, teu humor ácido, pouco compreendido, tua sofisticação e tua *finesse*. Todos eles me fizeram muita falta no período que estive “recluso” durante a escrita. Te *quiero*, fofinha!

A Eduardo Gonçalves pela amizade e pela energia positiva que preenche espaços e corações e por me inspirar com sua competência e comprometimento com as reflexões sobre a linguagem, especialmente a poética. Te quero muito bem! A Joab Nunes pela amizade e respeito mútuo, pelo interesse compartilhado, mesmo que de forma distinta, pelo religioso-espiritual e por entender, quase em cumplicidade, inquietações sobre a vida e as relações de energia. Luiz Monte, Rodrigo Fernan e Cleide Queiroz, vocês são uns queridos! Obrigado pela leveza e o sorriso nos encontros. Agradeço a vocês cinco por compartilharem comigo os seus interesses pela vida, pela linguagem e pela arte. Lhes sou grato também pela alegria e pelos afagos no coração. Estar com vocês são momentos de sorte e alegria que foram sempre oxigenadores durante esses dois anos e meio de trabalho.

Agradeço a amizade, a torcida e o companheirismo dos amigos das Letras: Carolina Moura, Fernanda da Cunha, Zózimo da Cunha, Mariana Mickaela. Bruna Bandeira, Juliana Serafim, Célio Campos, Luana Martins, Priscylla Lippo, Leonardo Leão, Pedro Simões e Eduarda Araújo.

Aos amigos e colegas do PG-Letras, especialmente, Solange Carvalho, Joseane Laurentino, Maicon Cerqueira, Aguinaldo Souza, Elizângela Fernandes, Maria Medeiros e Alcione Costa. Grato pelas construções e trocas sempre queridas e valiosas.

Aos amigos do curso de Psicologia: Monicke Fernanda, Ana Carolina de Lemos, Jemima Santos, Priscila Gilcélia, Eduardo Nunes, por torcerem sempre por mim e me ajudarem, sempre que possível, dialogando sobre inquietações relacionadas ao sofrimento psíquico.

As amigas (*in memoriam*), que sei, estão sempre na torcida e vibram a cada momento de alegria e conquista: D. Espedita, Zeza e Márcia Guerra. Vocês deixaram sua marca especial em mim. Grato pelos sorrisos que estão na memória, pelos cuidados que ficaram na alma e os abraços que sinto saudade.

A orientação e professores

A minha orientadora, Cristina Sampaio, pelos diálogos e conhecimentos construídos e pela competência e cuidado na relação de orientação. Nutro pela senhora uma grande admiração e carinho e lhe sou grato pelos momentos importantes de aprendizagem que tive, especialmente em suas aulas, junto a outros colegas e orientandos. Aprendi que não há melhor maneira de refletir sobre a linguagem do que em um círculo de conversa sobre um determinado assunto, com pessoas interessantes e um momento para o café. Lhe sou grato pela leveza na relação orientadora-orientando e por todos os momentos que me acrescentaram como pessoa e pesquisador.

A professora Virgínia Leal, que gentilmente aceitou participar da banca de qualificação e avaliação final do mestrado. Agradeço pelas valiosas contribuições ao trabalho e sugestões de leitura. Não tive oportunidade de tê-la como professora nem na graduação nem na pós-graduação, no entanto, fico feliz em tê-la presente nesses cronotopos de transformação, nesses momentos importantes da minha vida. Assim foi na avaliação do meu trabalho de TCC, na defesa do projeto durante a seleção do mestrado e, agora, na avaliação final desse trabalho. Expresso aqui o meu carinho, respeito e admiração pela senhora e pelo seu trabalho. E também

espero que tenhamos mais oportunidades de encontros além desses momentos acadêmicos importantes.

A professora Andrea Siqueira, por ter, gentilmente, aceito participar da banca de qualificação e avaliação final do mestrado e pelas valiosas contribuições ao trabalho e sugestões de leitura. Obrigado pelos conhecimentos construídos e pela importante contribuição que tem em minha formação como estudante de Psicologia, trabalhador em saúde mental e também como pessoa. Tenho enorme admiração pela sua força e coragem sempre demonstradas, com firmeza, ao defender os princípios da saúde mental e dos cuidados às pessoas em sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo, admiro sua capacidade de ser leve e descontraída. Obrigado pela amizade e pelas muitas coisas que aprendi e aprendo com você.

A professora Siane Gois pela sua competência e pela sua torcida constante. Também por ter aceito participar como membro interno suplente da banca de avaliação desse trabalho. Me lembro de suas aulas no primeiro período do curso de Letras, em março de 2010, vibrando por todos os alunos que iniciavam seus estudos acadêmicos na primeira turma de Letras à noite. Creio que isso ocorreu em minha primeira ou segunda aula na graduação em Letras. Me lembro também da alegria e do abraço que me deu em minha primeira aula na Pós-graduação. Esses momentos significativos em minha vida têm essas lembranças suas. Sempre que penso em você, penso em duas coisas: nos colares belíssimos e coloridos que usa e na torcida sempre cheia de vibração positiva por mim e muitos outros estudantes. Agradeço a torcida.

Ao professor Marlos Pessoa, que também aceitou, gentilmente, participar da banca de avaliação final do mestrado como membro suplente externo. Agradeço as contribuições que fez em minha formação como professor e, de ter me feito sair, a cada encontro ou aula com o senhor, acrescido de saber acadêmico, político e vivencial. Lhe admiro muito pela competência acadêmica, pela coerência política e pela disposição em ajudar o próximo.

Aos professores do PG-Letras: Evandra Grigoletto, Karina Falcone, e Alberto Miranda Poza que tanto contribuíram para a minha formação no mestrado e me fizeram refletir, sob diferentes perspectivas, sobre esse fenômeno complexo e apaixonante que é a linguagem.

Aos professores Medianeira Souza, Ana Lima e André de Sena pela amizade e contribuição em minha formação durante a graduação. Vocês três me acrescentaram como pessoa e pesquisador. Obrigado pelo contato humano, infelizmente, nem tão comum na academia.

Aos professores do curso de Psicologia: Flávio Romero, Maria da Soledade Rolim, Mariana Lira Dália, Rita Román da Porciúncula, Tatiana Nunes, Patrícia Amazonas, Janaína Tenório, Ana Flávia Cortez, Karine Torres, Marjone Leite, Edineide Silva, Jéssica Noca e Fabíola Ramos pela contribuição no meu trajeto como psicólogo em formação, pessoa e cuidador. Grato pela construção e troca de conhecimentos.

As pessoas da saúde mental

A todos os usuários, familiares e profissionais que fizeram parte do Núcleo de Ressocialização e apoio à Saúde Mental – Firmando Passos. Essa experiência de três anos foi minha escola de formação em saúde mental. Nela, foram compartilhados muitos conhecimentos teóricos e vivenciais, muitos sorrisos, muitas lágrimas, quase sempre de felicidade, muito amor e principalmente muito cuidado. Sou grato a todos e todas vocês.

A todas as pessoas em sofrimento psíquico e cuidadores que conheci desde que comecei meus caminhos na saúde mental

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq

Pela bolsa que ajudou, de forma determinante, a realização desse trabalho.

RESUMO

A loucura em seu percurso histórico tem sido objeto de projeções dos medos da humanidade e, por isso mesmo, os que eram considerados loucos pela sociedade eram e, em muitos casos, ainda são excluídos e violados em seus direitos e dignidade que os constituem como humanos (FOUCAULT, 2005). A forma pela qual a loucura foi concebida transformou-se ao longo de toda a história do homem no ocidente, assim como, as formas de tratamento e cuidados oferecidos às pessoas acometidas por ela (FOUCAULT, 2005; GOFFMAN, 2008; QUÉTEL; 2014). Desta forma, a loucura passou de uma visão que a considerava como ato divino, que conduziria ao expurgo dos pecados no plano terreno nos séculos XIV e XV, até àquela considerada como doença, incluindo diagnóstico, tratamento e possibilidade de cura a partir do século XIX. Concomitantemente, a loucura passou ainda pelo domínio de diversos campos epistemológicos como o jurídico, o teológico, o filosófico, o científico e o médico (FOUCAULT, 2005; QUÉTEL; 2014). Como resposta aos paradigmas tradicionais voltados à doença mental e não à saúde mental, a reforma psiquiátrica surge na década de 70 na Europa, estendendo-se à América do Norte e, posteriormente, à América Latina. Sua consolidação nestes continentes deu-se a partir de uma ruptura que pôs em xeque os saberes e as práticas baseadas no discurso médico (CLAVREUL, 1983) e nas ciências positivistas (CLAVREUL, 1983; CANGUILHEM, 2017). Neste contexto, a esta reforma vem transformando o entendimento sobre os cuidados destinados às pessoas em sofrimento psíquico: loucos, usuários abusivos de drogas e pessoas que sofrem de qualquer tipo de violência psíquica, física e social (AMARANTE, 1998, 2015). O presente estudo tem como objetivo analisar os acentos apreciativos expressos nos discursos sobre o cuidado destinado às pessoas em sofrimento psíquico. Nosso objeto é abordado pela Análise Dialógica do Discurso (ADD), a qual encontra seus fundamentos na Teoria Dialógica da Linguagem, postulada pelo filósofo russo Mikhail Bakhtin e os pensadores do Círculo (1997, 2011, 2013, 2014, 2015a, 2015b, 2016, 2017a, 2017b). De caráter documental, nossa pesquisa tem como corpora três documentos institucionais de acesso público e disponíveis em rede na Biblioteca Virtual 18 de Maio, no site da Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME, quais sejam: 1. O relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (2010), relatório que tem importância por ser o documento da Conferência mais recente e que tem diversas reivindicações e deliberações de alcance nacional. Além disso, sua relevância dá-se pelo diálogo que mantém com as atuais Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil; 2. A Carta de Manaus por uma saúde integral aos povos indígenas (2014) e 3. As Contribuições à Política Nacional de Saúde

Mental: Teses da ABRASME (2015), de autoria de uma das mais importantes e representativas organizações não governamentais do país e interlocutora do dialogo no campo da saúde mental: a Associação Brasileira de Saúde Mental-ABRASME.

Palavras-chave: Dialogismo. Acento Apreciativo. Cuidado. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

Madness in its historical routing has been object of mankind's fears projections and, therefore, those ones who once were considered mad by society were and, in many cases, still are excluded and violated in their rights and their dignity which makes them human beings (FOUCAULT, 2005). The way madness is conceived changed along all mankind history in occident, as well as the form of treatment and care given to people affected by it (FOUCAULT, 2005; GOFFMAN, 2008; QUÉTEL, 2014). Therefore, madness came from a conception considered as a divine act, that would expel the sins from the people affected in the earth realm in the XIV and XV centuries, until that one in which it is considered as a disease, including a diagnoses, treatment and possibility of a cure from the XIX century on. Simultaneously, madness passed through different epistemological fields as the legal, the theological, the philosophical, the scientific and medical (FOUCAULT, 2005; QUÉTEL; 2014). As a response to the traditional paradigms aiming mental illness and not mental health, the Psychiatric Reform arose in the 70's in Europe and extended its reach until North America and Latin America afterwards and it has been gaining strength and power since the rupture the put the practice and knowledge bases on the medical discourse (CLAVREUL, 1983) and the positive science (CLAVREUL, 1983; CANGUILHEM, 2011) in a tight spot. The Psychiatric Reform have been transforming since then the knowledge about care destined to people in mental suffering: the mad, abusive drug users and people that suffer any kind of violence: psychic, physical and social (AMARANTE, 1998, 2015). The present work aims to analyses the appreciative accents in the discourses about care destined to people in mental suffering. The object of our study will be approached by the Dialogical Discourse Analyses (DDA), which is rooted in the Language Dialogical Theory, postulated by the russian philosopher Mikhail Bakhtin and his Circle of thinkers (1997, 2011, 2013, 2014, 2015a, 2015b, 2016, 2017a, 2017b). Our research has a documental nature and its *corpora* is composed by three institutional documents of public access and available on web, on the May 18th Virtual Library, in the Mental Health Brazilian Association – (ABRASME (*in Portuguese*)), which are: 1. The final report of the IV Intersectoral - Nacional Conference of Mental Health (2010), the importance of this report consists in its status of most recent and from de diversity of demands and deliberations of national reach. Furthermore, its relevance is taken by the discussion it maintains with the current Brazilian Mental Health Public Policies; 2. The Letter of Manaus for the Indigenous People Integral Mental Health (2014) and The Contributions to the Mental Health Public Policy: ABRASME's Theses (2015), authored by one of the most important and representative non-

governmental organization of the country and interlocutor of the discussions in mental health field: the Brazilian Mental Health Association-BMHA (*ABRASME in Portuguese*).

Keywords: Dialogism. Appreciative Accent. Care. Mental Health. Psychiatric Reform.

LISTA DE IMAGENS

- Imagem 1 - Pessoas na condição de pacientes psiquiátricos em pavilhão do Hospital Psiquiátrico Colônia de Barbacena-MG.....21
- Imagem 2 - Stultifera Navis, Hieronymus Boch, 1490-1500. Óleo sobre madeira, 58x33.....38
- Imagem 3 - Stultifera Navis. Gravura de Albrecht Dürer no livro A Nau dos Insanos de Sebastian Brant. 1497.....39
- Imagem 4 - Homem na condição de paciente psiquiátrico deitado em colchão improvisado de capim no Hospital Psiquiátrico Colônia de Barbacena-MG.....47
- Imagem 5 - Imagem publicitária retirada do website do IPAN-Instituto de Psiquiatria Avançada e Neuromodulação. Agosto de 2018.....102
- Imagem 6 - Manifestação contra a nomeação do médico psiquiatra Valencius Wurch para coordenador-geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde.....114
- Imagem 7 - Obra criada coletivamente por usuários, familiares e profissionais durante a 3ª Mostra de Artes do Núcleo de Ressocialização e Apoio a Saúde Mental – Firmando Passos. Outubro de 2015.....131
- Imagem 8 - Parteira acolhendo e cuidando de uma nova vida. (2016).....138
- Imagem 9 - Desfile de Carnaval do Bloco Ressocializando para a Vida. Fevereiro de 2015.....142

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ADD	Análise Dialógica do Discurso
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNSM-I	Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial
COFEM	Conselho Federal de Enfermagem
IV-CNSM-I	IV Conferência Nacional de Saúde Mental
MFL	Marxismo e Filosofia da Linguagem
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
PFA	Para uma filosofia do ato
PPD	Problemas da Poética de Dostoiévski
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENILA	Rede de Internúcleos da Luta Antimanicomial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 CONTEXTUALIZANDO A RELAÇÃO ENTRE CUIDADO E LOUCURA.....	30
2.1 LOUCURA, CUIDADO E DOENÇA MENTAL.....	31
2.1.1 A loucura e seus cuidados: percursos históricos.....	32
2.1.2 O discurso médico e a loucura.....	41
2.1.3 O normal e o patológico.....	44
2.2 LOUCURA, CUIDADO E SAÚDE MENTAL.....	47
2.2.1 A loucura e as rupturas com paradigmas tradicionais.....	47
2.2.2 A reforma psiquiátrica.....	48
2.2.3 As conferências nacionais de saúde mental.....	51
2.2.4 A Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME.....	54
3 A TEORIA DIALÓGICA DA LINGUAGEM.....	57
3.1 O DIALOGISMO.....	61
3.1.1 O discurso de outrem.....	62
3.1.2 O discurso monovocal e o discurso bivocal.....	64
3.1.3 O discurso autoritário e o discurso interiormente persuasivo.....	67
3.2 AUTOR, EXCEDENTE DE VISÃO E EXTRALOCALIZAÇÃO.....	68
3.3 TEMA E SIGNIFICAÇÃO.....	69
3.4 ACENTO APRECIATIVO.....	70
4 O CUIDADO.....	73
4.1 O CUIDADO DE SI.....	74
5 MÉTODO.....	78
5.1 ANÁLISE DIALÓGICA DO DISCURSO.....	78
6 METODOLOGIA.....	80
6.1 NATUREZA DA PESQUISA.....	80
6.1.1 Caracterização dos <i>corpora</i>	80
6.1.1.1 Critérios para a escolha dos documentos.....	81
7 QUEM FALA E COMO SE FALA SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL?	
A QUESTÃO DA AUTORIA.....	83

7.1 A QUESTÃO PRÁTICA DA AUTORIA: OS ATORES DA SAÚDE MENTAL.....	83
7.2 A AUTORIA DOS DOCUMENTOS NO ACONTECIMENTO DO SER.....	84
7.2.1 A autoria do relatório.....	86
7.2.2 A autoria da carta.....	90
7.2.3 A autoria das teses.....	92
8 OS ACENTOS APRECIATIVOS E OS MOVIMENTOS DE (RE)AVALIAÇÃO EXPRESSOS NOS DISCURSOS SOBRE O CUIDADO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	96
8.1 OS DISCURSOS SOBRE O CUIDADO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: MOVIMENTOS (AVALIAÇÕES) DE NEGAÇÃO E DISTANCIAMENTO.....	99
8.1.1 O discurso médico-psiquiátrico: o saber, a validade e a ética na psiquiatria.....	99
8.1.1.1 O saber no discurso médico-psiquiátrico.....	100
8.1.1.2 A validade do discurso e das práticas médico-psiquiátricas.....	108
8.1.1.3 A ética médica-psiquiátrica.....	112
8.1.2 O discurso comercial: a doença mental visando o lucro.....	113
8.1.2.1 Hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.....	114
8.1.2.2 A indústria farmacêutica.....	117
8.1.3 O discurso moral e o sofrimento psíquico.....	120
8.1.3.1 O discurso moral e a pessoa em relação abusiva com o álcool e outras drogas.....	120
8.1.3.2 O discurso moral e a pessoa em relação com a violência.....	121
8.1.3.3 O discurso jurídico-moral e a loucura.....	122
8.1.4 O discurso restritivo sobre o sofrimento psíquico como doença e dependência....	124
8.1.5 O discurso do estigma sobre o sofrimento psíquico e social.....	127
8.2 OS DISCURSOS SOBRE O CUIDADO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: MOVIMENTOS (AVALIAÇÕES) DE AFIRMAÇÃO E APROXIMAÇÃO.....	131
8.2.1 Sujeito de direito e desejos: o discurso epistemológico sobre o cuidado.....	131
8.2.2 Os diferentes saberes: o discurso sobre as relações terapêutico-assistenciais Do cuidado.....	135

8.2.3 O discurso sobre o sofrimento psíquico e os direitos humanos.....	139
8.2.4 Não se faz saúde mental só: o lugar do outro no discurso sobre o cuidado em saúde mental.....	142
9 CONSIDERAÇÕES (NUNCA) FINAIS.....	151
REFERÊNCIAS.....	154
ANEXO A - NOTÍCIA PUBLICADA NO WEBSITE DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEM) CONTRÁRIA ÀS NOVAS DIRETRIZES PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL APROVADAS EM DEZEMBRO DE 2017.....	161
ANEXO B - NOTÍCIA PUBLICADA NO WEBSITE DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) CONTRÁRIA ÀS NOVAS DIRETRIZES PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL APROVADAS EM 2017.....	163
ANEXO C – NOTÍCIA PUBLICADA NO WEBSITE DO CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) CONTRÁRIA ÀS NOVAS DIRETRIZES PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL APROVADAS EM DEZEMBRO DE 2017.....	165
ANEXO D – NOTA DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CRM) EM APOIO ÀS NOVAS DIRETRIZES PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL APROVADAS EM DEZEMBRO DE 2017.....	167
ANEXO E – NOTA DE ESCLARECIMENTO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP) SOBRE A ELETROCONVULSOTERAPIA.....	169
ANEXO F – NOTA DE ESCLARECIMENTO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP) EM APOIO À NOMEAÇÃO DE VALENCIUS WURCH COMO COORDENADOR GERAL DE SAÚDE MENTAL.....	170
ANEXO G – REPRODUÇÃO DA NOTA DE ESCLARECIMENTO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP) PELA FEDERAÇÃO NACIONAL DE MÉDICOS (FENAM) EM APOIO À NOMEAÇÃO DE VALENCIUS WURCH COMO COORDENADOR GERAL DE SAÚDE MENTAL.....	171

ANEXO H - CARTA DE MANAUS POR UMA SAÚDE INTEGRAL AOS POVOS INDÍGENAS.....	172
ANEXO I – RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL -IV CNSM-I.....	174
ANEXO J – AS CONTRIBUIÇÕES À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: TESES DA ABRASME.....	384

1 INTRODUÇÃO

A loucura em seu percurso histórico tem sido objeto de projeções dos medos da humanidade e, por isso mesmo, os que eram considerados loucos pela sociedade eram, e em muitos casos ainda são, excluídos e também violados em sua dignidade e direitos humanos. A forma pela qual a loucura foi concebida transformou-se ao longo de toda a história do homem no ocidente, assim como, as formas de tratamento e cuidados oferecidos às pessoas acometidas por ela. Dessa forma, a loucura passou de uma visão que a considerava como *ato divino*, que conduziria ao expurgo dos pecados no plano terreno ao longo dos séculos XIV e XV, até àquela considerada como doença, incluindo diagnóstico, tratamento e possibilidade de cura a partir do século XIX (FOUCAULT, 2005). Concomitantemente, a loucura passou ainda pelo domínio de diversos campos epistemológicos, como o jurídico, o teológico, o filosófico, o artístico, o científico e o médico.

Imagem 1 - Pessoas na condição de pacientes psiquiátricos em pavilhão do Hospital Psiquiátrico Colônia de Barbacena-MG



Fonte: Fotografia feita pelo repórter fotográfico Luiz Alfredo da revista O Cruzeiro em 1961.

A incerteza de como lidar com esta ferida narcísica da humanidade passou sempre pelo controle físico, social, político e biológico e, ainda hoje, início do século XXI, é objeto de embates e discursos que versam sobre a melhor forma de cuidados destinados às pessoas em

sofrimento psíquico. Por conseguinte, o discurso sobre o cuidado, como já aludido anteriormente, perpassa toda a história da loucura. Não obstante, especialmente a partir da década de 60, movimentos sociais e reformistas em várias partes do ocidente têm colocado em xeque os conhecimentos tradicionais da psiquiatria, assim como as formas de cuidado político, social e terapêutico sobre a loucura. Esse fato proporcionou a ampliação e o destaque da discussão acerca das formas de cuidado destinadas às pessoas em sofrimento psíquico, bem como, a importância e urgência de tratar essas discussões inseridas nos campos político e social. Assim sendo, a Reforma Psiquiátrica iniciada na Europa, especialmente na Itália e Inglaterra e amplamente difundida no continente, tornou-se, pois, objeto de confrontos entre discursos que envolvem concepções diversas acerca do homem, do cuidado e da saúde, as quais são, muitas vezes, divergentes.

A reforma psiquiátrica foi também ampliada para contextos e realidades de outros países, especialmente o Brasil e o resto da América Latina. No Brasil, inicialmente em Santos, São Paulo e Barbacena, Minas Gerais, trabalhadores da saúde mental, usuários¹, familiares, estudantes e movimento sociais propuseram, através da militância e da conscientização social, uma nova política humanizada de prestação de serviços aos usuários de serviços de saúde mental (AMARANTE, 1994, 1998).

A reforma psiquiátrica tem como focos principais: o cuidado humanizado e a proteção aos direitos de usuários em saúde mental; o fechamento de hospitais psiquiátricos; o resgate e a promoção da cidadania; a implantação e a ampliação de serviços de saúde e atenção psicossociais; a fiscalização da qualidade dos dispositivos de cuidado psicossociais que preconizam o tratamento dentro do território de referência dos usuários; o respeito às realidades socioculturais, às relações familiares e a promoção da autonomia (AMARANTE, 1994, 1998, 2008, 2011).

A saúde mental é, atualmente, campo de vários embates ideológicos, construções de sentido e disputas de interesses políticos, econômicos e sociais. Vários desses embates se dão através de entidades e associações governamentais e não governamentais como, por exemplo, a Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME e a Federação Brasileira de Hospitais - FBH, que têm posicionamentos divergentes quanto aos cuidados oferecidos aos usuários de

¹ O epíteto *usuário* é utilizado no âmbito da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica como referência a toda e qualquer pessoa que utiliza os serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Em nosso trabalho, optamos com maior frequência por *pessoa em sofrimento psíquico*.

serviços de saúde mental. A primeira, por exemplo, defende que os cuidados emergenciais sejam direcionados e realizados em hospitais gerais e apenas em casos extremos de crise. A segunda, por outro lado, propõe que os cuidados destinados às pessoas em sofrimento psíquico durante uma crise, e mesmo depois dela, sejam oferecidos prioritariamente em hospitais especializados.

Também fazem parte dessas discussões sobre o cuidado conselhos de diversas categorias profissionais como: Psicologia, Enfermagem, Serviços Social, Farmácia, Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, que estão envolvidos diretamente com o trabalho em saúde mental. Esses conselhos têm posicionamentos que variam entre si e, nem sempre, convergem em relação aos cuidados que seus profissionais inscritos devem oferecer aos usuários.

Podemos tomar como exemplo a aprovação das novas diretrizes para a Política Nacional de Saúde Mental aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)² em 14 de dezembro de 2017³. Estas novas diretrizes suscitaram várias críticas e manifestações contrárias por parte do Conselho Federal de Enfermagem (COFEM)⁴, do Conselho Federal de Psicologia (CFP)⁵ e do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)⁶ que denunciaram a falta de participação popular nas decisões e o possíveis retrocessos e reconduções de tratamentos aos modelos asilares.

Por outro lado, o Conselho Federal de Medicina (CFM) elogiou a medida e publicou em seu *website* uma nota em apoio⁷ às novas diretrizes aprovadas que, segundo o conselho, contemplam soluções para os problemas denunciados pela classe médica em relação à Política Nacional de Saúde Mental, até então, vigente no país. Como exemplo de algumas soluções reivindicadas pelo CFM e modificadas com as novas diretrizes, apontamos: a manutenção de leitos em hospitais especializados ao invés de seu fechamento e o aumento das diárias custeadas

² As Comissões Intergestores Tripartite (CIT) são comissões gerenciais na política pública de saúde entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde o início da década de 90, depois da promulgação da Constituição federal, quando da instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O Plenário é coordenado de forma tripartite e presidido conjuntamente pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS, presidências do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). A CIT reúne-se mensalmente para tomada de decisões por consenso, sendo formado paritariamente por 21 membros: sete representantes do Ministério da Saúde, quais sejam os titulares das Secretarias, sete representantes do CONASS e sete do CONASEMS. (BRASIL, 2018)

³ RESOLUÇÃO Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017. Diário Oficial da União. 2017.

⁴ Anexo 1

⁵ Anexo 2

⁶ Anexo 3

⁷ Anexo 4

pelo Ministério da Saúde para tratamento de usuários nesses tipos de hospitais, uma vez que as mesmas não aumentavam desde de 2009. Esses posicionamentos divergem claramente de pontos avaliados como sendo políticas de retrocesso nos posicionamentos da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Posicionamentos e avaliações análogas as da ABRASME são encontradas nos relatórios das conferências nacionais de saúde mental, especialmente a IV, Intersetorial.

Além das portarias e documentos voltados a implementação das políticas públicas, os temas acerca do cuidado, em saúde mental, dialogam e fazem múltiplas referências e interpretações à lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, a qual regulamenta como deve ser, em todo o país, o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e relação abusiva com o álcool e outras drogas.

A Lei Paulo Delgado, apresentada pelo deputado que deu nome à lei, em 1989, passou 12 anos em tramitação no congresso, sendo sancionada apenas em 2001 pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso. Alguns dos pontos inovadores da lei foram: a determinação de políticas públicas específicas para os cuidados de pessoas que passaram por longo tempo de internação; a descrição dos tipos de internamento e da necessidade de parecer médico que fundamente o tratamento através da internação; como também, as pesquisas científicas, para fins de diagnóstico e tratamento que passam, a partir da lei 10.2016, a ser feitas apenas com o consentimento do paciente e com a devida notificação aos conselhos de categorias profissionais e Conselho Nacional de Saúde.

Estes e outros avanços e garantias presentes nesta Lei, que contém 13 artigos, apontam sempre a importância da proximidade e da protagonização da relação familiar e comunitária, além da menor intervenção dos equipamentos de saúde na vida do usuário. Neste sentido, a Lei 10.2016/2001 representa um grande avanço de movimentos da Luta Antimanicomial e do processo da Reforma Psiquiátrica. No entanto, tais conquistas, apesar de importantes, não contemplam todas as necessidades de cuidados aos usuários, nem estão indiscutivelmente protegidas de desvios, revisionismos e retrocessos por parte de setores ditos mais conservadores do cuidado (ABRASME, 2015). Por isso mesmo, as discussões e a constante vigilância se fazem extremamente necessárias, seja para corrigir falhas na garantia de direitos e da implementação de políticas públicas, seja para proteger conquistas de pessoas em sofrimento psíquico diante das ameaças políticas, econômicas e sociais.

Não obstante, como já destacamos anteriormente, significativas mudanças vêm ocorrendo, em nosso país, em relação à existência e à manutenção dos hospitais psiquiátricos, os quais, além de estar sendo fechados, passam a não mais ser considerados como dispositivos⁸ de cuidado. Apesar disso, em muitas cidades brasileiras, hospitais psiquiátricos coexistem com as assim chamadas comunidades terapêuticas (religiosas e laicas), consideradas instituições psiquiátricas que vêm desempenhando um papel alternativo aos hospitais especializados, assumindo características asilares semelhantes aos modelos não-comunitários e excludentes de outrora. Tais comunidades, ao contrário do que se poderia esperar em relação às mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, muitas vezes, também recebem o respaldo e o financiamento governamental. Esse fato contradiz a proposta de aumento de investimento na Rede de Atenção Psicossocial existente e a realocação de recursos dos espaços asilares fechados para a concomitante ampliação e fortalecimento desta Rede. A situação descrita parece evidenciar posicionamentos ainda pouco claros, por parte dos gestores municipais, estaduais e federais, o que reforça, mais uma vez, a importância da continuidade do debate em relação a esta Reforma.

Esses debates são produzidos e influenciados por discursos que refletem e refratam interesses da sociedade organizada, bem como, de entidades governamentais e não-governamentais, com e sem fins lucrativos, e também, por movimentos sociais de grande expressão no contexto nacional tais como: a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária; a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde; a Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos; o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), entre outras.

É neste cenário em que circulam e se entrecruzam discursos diversos que buscamos compreender os posicionamentos discursivos acerca do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, bem como, as formas de circulação destes discursos. Nossa pesquisa é feita através da análise de material documental produzido pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e a partir do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (IV-CNSM-I), a conferência mais atual.

⁸ A escolha da palavra *dispositivo* se dá pela nomenclatura utilizadas pelo SUS como sistema integrado, no qual, cada elemento de seu sistema tem uma função e está interligado por outros dispositivos para que o sistema funcione de forma orgânica.

A Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME é uma entidade sem fins lucrativos que foi criada em 2007, representando as pessoas em sofrimento psíquico, seus familiares e também profissionais de diversas categorias, além da sociedade civil organizada. A ABRASME promove também constantes debates sobre temas relacionados à saúde mental e aos cuidados de saúde das pessoas em sofrimento psíquico, especialmente os usuários de serviços de saúde mental.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, por sua vez, ocorreu em 2010 e é a primeira conferência intersetorial. Nela, foram propostas articulações entre a saúde mental e diversos outros setores. A partir desta conferência, foi produzido um relatório que avaliou e propôs mudanças à Política Nacional de Saúde Mental em diversos aspectos, especialmente relacionados aos Direitos Humanos. Além dessas propostas, a Conferência avaliou avanços e os desafios a serem enfrentados no campo da saúde mental.

Partimos dos conceitos formulados pela Análise Dialógica do Discurso, buscando, especialmente, descrever e interpretar os acentos apreciativos expressos nesses discursos. Os acentos apreciativos são, segundo Volochínov (2014) as entonações expressivas inerentes a toda a comunicação, uma vez que, para além da significação, ou seja, a materialidade linguística do que é dito (significação) e do tema (o sentido), o enunciado é sempre acompanhado de um acento apreciativo que dará o tom, ou seja, a apreciação de toda a palavra viva.

Consideramos importante identificar e compreender os posicionamentos discursivos da Associação Brasileira de Saúde Mental e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental sobre o cuidado em saúde mental, bem como, a modulação dos acentos apreciativos que neles se expressam. Acreditamos que, através da compreensão dos sentidos produzidos nos discursos dos atores sociais da saúde mental, será possível vislumbrar os possíveis avanços, retrocessos e contradições que atravessam a produção e a circulação destes discursos acerca do cuidado destinado às pessoas em sofrimento psíquico no Brasil.

Para isso, partimos da contextualização sobre a loucura e os seus cuidados no capítulo 2: *Contextualizando a relação entre cuidado e loucura*. Nele exploramos, de forma sucinta, a partir de Foucault (2005), Quérel (2014), Goffman (2008) e Amarante (1994, 1996, 1998, 2008, 2011), como a loucura e seu cuidado foram conduzidos ao longo de toda a história do ocidente, aproximando-se e distanciando-se de vários domínios epistemológicos que, em geral, relacionavam-se com o sofrimento psíquico, ora como desrazão, sem a avaliação pejorativa, ora como doença. Em Clavreul (1983) exploramos o poder e a importância do discurso médico,

que ganha um lugar central em todas as discussões que virão a seguir; e com Canguilhem, (2011) exploramos a complexa relação entre o normal e o patológico no sofrimento psíquico. Ainda neste capítulo exploramos a relação com a loucura em outra direção e entendimento: o da saúde mental. Aprofundamos, com Amarante (1994, 1996, 1998, 2008, 2011) e Lüchmann & Rodrigues (2007), as rupturas ocasionadas pelo processo da Reforma Psiquiátrica, e os diferentes sentidos sobre o sofrimento psíquico, vistos a partir de novas dimensões como a Teórico-Conceitual, a Técnico-Assistencial, a Jurídico-Política e a Sociocultural.

No capítulo 3: *A Teoria Dialógica da Linguagem*, apresentamos o aporte teórico-linguístico de nosso trabalho, assim como, circunscrevemos alguns conceitos-chave que serão caros a nossa análise, tais como: autoria; excedente de visão; extralocalidade; discurso alheio; discursos monovocal e bivocal; discurso autoritário e discurso interiormente persuasivo; tema e significação; acento apreciativo e horizonte social. Tais conceitos estão presentes nas obras de Bakhtin e do Círculo, especialmente naquelas assinadas pelo próprio Bakhtin (1997, 2011, 2014, 2015a, 2015b, 2016, 2017), bem como, nas obras assinadas por Volochínov (2013, 2014).

No capítulo 4: *O Cuidado*, exploramos a concepção de *cuidado de si*, encontrada em uma última fase de preocupação conceitual do filósofo francês Michel Foucault (1984, 1985, 2010), quando o mesmo voltava-se para um trabalho sobre a ética, o qual permaneceu inconcluso em razão de sua morte. O *cuidado de si* é visto a partir do período platônico-socrático, cristão-ascético e, com maior privilégio, como era entendido no período helenístico-romano. Para Foucault (2010), não se trata de trazer, para o contemporâneo, a concepção de *cuidado de si* de tempos antigos, mas de, a partir da reflexão deste entendimento, poder criar, contemporaneamente, nossos entendimentos e relações com o *cuidado de si mesmo* em relação sempre com os outros sujeitos.

No Capítulo 5 e 6, respectivamente *Método e Metodologia*, apresentamos a abordagem utilizada para analisarmos o *corpus* documental acerca do cuidado: a Análise Dialógica do Discurso. Segue-se a descrição da natureza de nossa pesquisa e dos critérios de inclusão dos documentos que compõem o *corpus*, bem como, dos procedimentos de análise.

No Capítulo 7: *Quem e como se fala sobre o cuidado em saúde mental? A questão da autoria*, tratamos da autoria dos três documentos que compõem os *corpora* e iniciamos a análise propriamente dita dos discursos institucionais, abordando questões práticas e teóricas presentes nas temáticas abordadas as quais remetem a uma rede conceitual da ADD, presente nas obras

de Bakhtin (1997, 2011, 2014, 2015a, 2015b, 2017), como *autoria, extralocalização, excedente de visão e acontecimento do ser*. Este arcabouço conceitual permitiu-nos perceber, nos documentos analisados, diferenças na forma pela qual as vozes são apagadas ou acentuadas nos discursos, bem como, as polêmicas instauradas nos embates discursivos.

No capítulo 8: *Os acentos apreciativos e os movimentos de (re)avaliação expressos nos discursos sobre o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico*, buscamos identificar, compreender e interpretar os acentos apreciativos presentes nos discursos sobre o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Aqui, são observados dois movimentos discursivos distintos, expressos nos acentos apreciativos em um dado horizonte social valorativo. O primeiro, presente nos discursos médico-psiquiátrico, comercial e jurídico-moral, é marcado pelos sentidos de *distanciamento, negação e desvalorização* acerca do cuidado expressos em discursos tradicionais anteriores e com sentidos já bastante consolidados no horizonte social da saúde mental. Já o segundo, é marcado por sentidos de *aproximação, afirmação e valorização* de discursos que destacam a *potencialidade* dos sujeitos em sofrimento psíquico, acentuando-se as relações simétricas entre sujeitos em sofrimento e cuidadores na saúde mental, o respeito às singularidades, a valorização interpessoal e a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico na existência humana.

No Capítulo 9: *Considerações (nunca) finais*, retomamos os nossos objetivos no intuito de relacioná-los a algumas reflexões à guisa de conclusões. Percebemos que dois dos documentos analisados, o *Relatório da IV-CNSM-I* e a *Carta de Manaus*, sugerem um discurso do tipo monovocal. Já em um terceiro documento, as *Teses da ABRASME*, o autor-criador tende a deixar aparecer outras presenças autorais no texto. O que sugere um tipo bivocalizado de discurso (BAKHTIN, 2015a). Quanto aos discursos de *negação e distanciamento*, os recortes discursivos dos atores da saúde mental sugerem distanciamentos das variantes do discurso autoritário como entendidos em Bakhtin (2015b). Esses discursos, são apreciados pelos atores da saúde mental a partir de avaliações de deslegitimação, desvalorização e contraposição aos discursos e práticas que concebem o homem de forma abstrata e generalizante a partir de uma teoria e não em sua concretude e singularidade. Os tons emotivo-volitivos expressos nos discursos dos atores da saúde mental são tons de denúncia, perigo, descrença e advertência em relação às variantes do discurso autoritário.

Quanto ao segundo movimento avaliativo, os de *afirmação e aproximação*, sugere sentidos opostos aos primeiros. Nesse, os movimentos avaliativos de aproximação primam pela

concepção de homem como sujeito de direitos e desejos. O homem é entendido como ser em constante transformação e relação de cuidado consigo e com outros sujeitos. Além disso, as relações tendem a ser simétricas e dão-se no discurso interiormente persuasivo, como concebido em Bakhtin (2015b). Nos discursos dos atores da saúde mental, os Direitos Humanos aparecem como norteadores das práticas de cuidado e destacam-se os acentos positivos quanto à importância das relações e dos sentidos de pertencimento, de associativismo e de coletividade. Nesse sentido, o homem em sofrimento psíquico é o homem da relação, do contato, da rua, da praça. É o homem em sua potencialidade. E é apenas na vida de fato vivida e em movimento que é possível desenvolver esta potencialidade.

Os acentos apreciativos presentes nos discursos expressos nos movimentos avaliativos de *afirmação* e *aproximação*, pelos atores da saúde mental, sugerem a legitimação, a valorização e a defesa das práticas e discursos que concebem o homem em sua concretude e singularidade, sempre em relação com um outro também singular e concreto. Os acentos apreciativos expressos nos discursos institucionais dos atores da saúde mental legitimam o que denominamos de discursos da *potencialidade*, na medida em que concebem o sujeito em sua unicidade concreta no mundo de fato vivido.

2 CONTEXTUALIZANDO A RELAÇÃO ENTRE CUIDADO E LOUCURA

Ao pensarmos no discurso sobre o cuidado oferecido às pessoas em sofrimento psíquico, entramos em uma seara bastante complexa e que tem diferentes discursos legitimados como, por exemplo, o discurso que concebe o cuidado como forma de proteger a pessoa em sofrimento psíquico de si mesma e da sociedade à medida que protege a sociedade da pessoa acometida por uma “doença mental” (AMARANTE, 1998, 2015; GOFFMAN, 2008, FOUCAULT, 2005). Dentro dessa perspectiva, a pessoa em sofrimento psíquico representa descontrole e perigo (GOFFMAN, 2008, FOUCAULT, 2005) e a forma de cuidado oferecida a ela é formada por características como: exclusão, regularidade de atividades e de reforço de comportamentos e modos aceitáveis de convivência (AMARANTE, 1994, 1998). Este modo de cuidado visa a proteção e, muitas vezes, a punição como forma de controle sobre o sujeito e sua manifestação da doença. Sendo assim, age-se sobre a pessoa em sofrimento, muitas vezes, a partir de preceitos mais morais que terapêuticos (FOUCAULT, 2005). Nesta perspectiva, o discurso médico (CLARVREUL, 1983) tem contribuído fortemente para que a essa visão asilar seja dotada de legitimidade.

Um outro discurso sobre o cuidado é o que entende que qualquer suporte a pessoa em sofrimento psíquico deve ser oferecido a partir de dimensões mais amplas de saúde: a social, a biológica e a psicológica. Resguardando-se os contextos vivenciais como trabalho, estudo, relações familiares, comunitárias e sociais, uma vez que é a partir do reconhecimento, respeito e asseguramento de sua singularidade no meio social que o sujeito pode voltar a um estágio de regularidade no viver (AMARANTE, 1994, 1998, 2008, 2011)

De uma forma ou de outra, os cuidados oferecidos às pessoas em sofrimento psíquico são, em geral, direcionados a pessoas que tem algum tipo de transtorno ou desordem mentais ou pessoas que tem algum tipo de relação abusiva, seja com o álcool ou com outras drogas e, por isso mesmo, exigem modos diferentes de atenção e cuidados entre eles. Uma pessoa adulta, por exemplo, com algum tipo de transtorno mental pode não ter, necessariamente, um déficit cognitivo e, por isso mesmo, deve-se evitar tratá-la como criança, prática comum em muitos espaços manicomial. Um outro problema é a associação dos transtornos mentais à periculosidade, associação construída historicamente em referência aos loucos e que também foi herdada pelas pessoas dependentes de álcool e/ou outras drogas. Geralmente, aos dependentes é atribuído um juízo moral que concebe a dependência como vício, o que, muitas vezes, reverbera em tratamentos moralizantes e punitivos e que propõem a cura pela fé, como

no caso das comunidades terapêuticas religiosas. Outras vezes se objetiva a abstinência total das substâncias sem os cuidados necessários aos períodos de abstinência nem as causas mais profundas, tanto sociais quanto psicológicas, que estão na origem da dependência.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, os cuidados oferecidos a essas pessoas deixam de ser reservados aos discursos médico e psicológico tradicionais e ganham novas configurações advindas de uma forma mais ampla de entender o sofrimento psíquico. O próprio discurso médico da psiquiatria tradicional é confrontado por uma psiquiatria social e engajada em interfaces com outras disciplinas. A luta por direitos dos usuários e pelo fortalecimento das políticas públicas em saúde mental contribui para uma visão menos patologizante da vida e, nesta perspectiva, propõe uma nova relação entre a razão e desrazão. O cuidado, concebido nessa relação, afirma e legitima a singularidade e se distancia da tentativa de adequação à uma normalidade, para não dizer normatividade generalizada.

Faz-se importante situar historicamente como estes cuidados eram oferecidos a partir de diferentes concepções de loucura. Apontamos algumas contradições e arbitrariedades existentes entre o que é concebido normal e patológico e apresentamos, sucintamente, a relação entre loucura e o poderoso discurso médico. É importante também explorarmos as rupturas com paradigmas tradicionais feitas a partir da Reforma Psiquiátrica e suas propostas mais recentes em torno do cuidado do sofrimento psíquico nas dimensões teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais. Traçamos nossa reflexão a partir das relações entre loucura, cuidado, doença e saúde mental.

2.1 LOUCURA, CUIDADO E DOENÇA MENTAL

É claro que pensar a loucura e seus cuidados de forma dicotômica, a partir da doença mental e da saúde mental, é um procedimento artificial que serve apenas aos propósitos deste texto. No entanto, esse traçado artificial é imprescindível em nossa reflexão, uma vez que a história e os discursos que sustentam a loucura e sua relação com a esfera social, científica, filosófica e assistencial estiveram ora voltados para a construção ora para desconstrução do sentido de loucura como doença.

2.1.1 A loucura e seus cuidados: percursos históricos

Na obra *História da Loucura*, Foucault (2005) aborda, não apenas como o conceito de loucura e suas formas de cuidado foram se transformando ao longo da história do ocidente, como também a relação estabelecida entre a loucura e a razão em diversos domínios, como o religioso, artístico, científico, jurídico e médico.

No contexto dessa obra, pode-se observar que os cuidados destinados aos loucos sempre foram reflexo de como a sociedade, em geral, concebia a desrazão. Nesta perspectiva, muitos dos lugares destinados aos cuidados dos loucos tais como: leprosários, asilos, manicômios, prisões e hospitais, tiveram pretensões políticas e econômicas. Muitos desses espaços foram criados para servir aos propósitos de visões religiosas, econômicas, sociais e científicas e muitos deles não tinham uma relação direta e originária com a loucura, sendo criados e destinados, a princípio, para outros fins, como é o caso dos leprosários. No entanto, muitas vezes, uma vez alcançados seus objetivos, ou ainda, tendo se tornado obsoletos, tiveram de ser reorganizados e reaproveitados para servirem a outras finalidades de cuidados aos chamados indivíduos a-sociais, entre eles, os loucos.

Aqui cabe lembrar também que, desde a Idade Média, os espaços de cuidado sempre foram associados ao isolamento. Os leprosários, por exemplo, originalmente destinados ao confinamento de pessoas acometidas por esta doença, a lepra, à época ainda sem tratamento, foram o destino de milhares de loucos por toda a Europa medieval. No entanto, com o desaparecimento da lepra, na Europa, no final da Idade Média, motivado pelo término das Cruzadas e pelo controle da contaminação, com a reclusão dos enfermos em leprosários e o consequente afastamento do convívio social, reduziu-se o contágio nos grandes centros urbanos. Neste contexto, não apenas os loucos, mas também pessoas acometidas por outras doenças, como as venéreas, eram também destinadas a estes espaços de reclusão. Todavia, segundo Foucault (2005), desde então, a cultura de espaços destinados aos socialmente indesejados já havia sido instaurada. Neste contexto, contribuíram para a cultura do confinamento, tanto as condições sociais e religiosas, vigentes à época, quanto as estruturas físicas então disponíveis. Os leprosos e, depois os loucos, que vieram a assumir seu lugar de exclusão, eram vistos como manifestações da benevolência divina, uma vez que sofriam suas penitências em terra, tendo-se quase como certa a entrada nos céus depois da morte.

Atrelada à visão religiosa, a loucura passou a ser vista como a morte em vida no horizonte social do século XV, sendo retratada em obras de pintores e escritores como Albrecht Dürer (1471-1528), Sebastian Brant (1457-1497), Hieronymus Boch (1450-1516), Hans Houbein, o jovem (1497-1543) e Erasmus de Rotterdam (1466-1533), entre outros. Era, pois, considerada a verdade da decadência humana, da razão popular, ganhando o valor de sátira moral do conhecimento erudito e passando a ser associada a mais crua das expressões da verdade.

O primeiro canto do poema de Brant é dedicado aos livros e aos sábios; e na gravura que ilustra essa passagem, na edição latina de 1497, vê-se imponente, em sua cátedra erigida de livros, o Mestre que ostenta por trás de seu chapéu de doutor o capuz dos loucos cheio de guizos. Erasmo reserva aos homens do saber um bom lugar em sua ronda dos loucos: depois os Gramáticos, os Poetas, os Retóricos e os Escritores; depois os Jurisconsultos; em seguida, caminham os "Filósofos respeitáveis por sua barba e seu manto"; finalmente a tropa apressada e inumerável dos Teólogos. Mas se o saber é tão importante na loucura, não é que esta possa conter os segredos daquele; ela é, pelo contrário, o castigo de uma ciência desregrada e inútil. Se a loucura é a verdade do conhecimento, é porque este é insignificante, e em lugar de dirigir-se ao grande livro da experiência, perde-se na poeira dos livros e nas discussões ociosas; a ciência acaba por desaguar na loucura pelo próprio excesso das falsas ciências. [...] a loucura aparece aqui como a punição cômica do saber e de sua presunção ignorante. É que, de um modo geral, a loucura não está ligada ao mundo e a suas formas subterrâneas, mas sim ao homem, a suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões. (FOUCAULT, 2005, p.29).

Nesse sentido, a loucura é, muitas vezes, retratada e concebida a partir da sátira moral ao conhecimento como a doce ilusão que permite que a alma se liberte das preocupações penosas e se entregue às diversas formas de volúpia (FOUCAULT, 2005).

Cabe destacar também que, a partir do Renascimento, a loucura passou a ser cada vez menos associada ao pecado, às possessões demoníacas e às experiências sobrenaturais. No entanto, foi a partir deste afastamento e do reconhecimento desta condição fascinante e assustadora para o homem da época, como um estado psíquico reversível, que surgiram, na Europa, os primeiros hospitais que tinham, como objetivo, curar o homem dessa condição, buscando devolver-lhe a razão. Segundo Foucault (2005), no entanto, os hospitais tendo, como foco, a cura da loucura, já existiam desde o século VII no mundo árabe, portanto, muito antes que na Europa. O primeiro país a instituir os hospitais psiquiátricos, no Velho Continente, a partir do século XV, foi a Espanha. Primeiro em Valência e Saragoça (1409), depois em Sevilha

(1436), Toledo (1483) e Valladolid (1489), possivelmente em decorrência da relação próxima entre o mundo árabe e a península Ibérica. Já em 1410, surgiram também hospitais na Itália, em Bergamo e Pádua, com os mesmos objetivos. O fato é que, com a influência do pensamento renascentista, os hospitais especializados na cura dos insanos foram aparecendo por toda a Europa, quase na mesma época (FOUCAULT, 2005, p. 134). No contexto renascentista, do ponto de vista que concebia a loucura como doença que poderia ser revertida, o louco era considerado incapaz tanto do ponto de vista da saúde como também juridicamente, sendo vetada, por exemplo, sua participação em grupo social que reconhecesse seus direitos políticos enquanto cidadão.

Nos séculos XVI e XVII, apesar das mudanças introduzidas na concepção de loucura pelo Renascimento, os cuidados destinados aos loucos ainda eram muito influenciados pela visão da Igreja Católica. Com o advento da Reforma Protestante, no entanto, os cuidados também sofreram mudanças que estavam ligadas às condições de pobreza, de miséria e aos loucos incluídos nestas condições.

As obras de caridade passam a ter um papel central no cuidado destinado não apenas aos loucos, mas aos pobres em geral. O pensamento da Reforma Protestante Luterana e Calvinista, e logo depois a Igreja Católica, fomentavam a ideia de que a miséria não mais seria um problema a ser respondido pela caridade individual, mas que teria remédio pela mão do Estado através de obras de caridade, que levariam os contribuintes à salvação. As instituições que recebiam as doações, eram geridas por administradores com o dinheiro de impostos do Estado, de partes do espólio de heranças e com a ajuda de bons cristãos que destinavam sua ajuda financeira às obras, não mais ao miserável ou ao louco (CAMARGO, 2003).

Os loucos que não tinham família que por eles fossem responsáveis, ou os que não tinham condições de trabalhar e se manter social e financeiramente, tinham como destino as instituições de caridade. Desta forma eles eram divididos em duas categorias: os bons, que aceitavam a internação de bom grado, e os maus que não aceitavam de forma submissa as benesses dos cuidados a eles oferecidos pelas internações. A aceitação do cuidado passou então a ter um caráter de valor moral. Desta forma, o internamento, especialmente no século XVI, tinha muito mais a finalidade de fazer cessar a mendicância e a vagabundagem do que propriamente o propósito de levar a cura aos internos (FOUCAULT, 2005).

Não demorou para que, no século XVII essa forma de reorganizar dessa parte da sociedade também passasse pela exploração da mão de obra nas manufaturas de grandes centros europeus, que se utilizavam do trabalho de membros considerados ociosos da sociedade. Tratava-se, então, não de internar os sem trabalho, mas de fazer trabalhar os internados. Os asilos eram então os detentores e reguladores destas pessoas que não deveriam estar à vista (CAMARGO, 2003). O internamento passou a ser também uma forma de “eliminação espontânea dos a-sociais”⁹ (FOUCAULT, 2005, p. 78).

A partir do século XVIII, quando a loucura passou ao domínio da ciência, ela passa a um outro *status* que a aproxima do descontrole das emoções e das relações com o crime e com a falta de razão perigosa, uma vez que seu caráter profético-religioso não mais tinha valor diante do discurso da verdade científica, lógico e supostamente preciso. O louco passou a ser excluído da sociedade física, social, lógica e politicamente, estando agora sob domínio de cuidados médicos. (FOUCAULT, 2005)

Foi justamente, a partir do fim do século XVIII e começo do século XIX, que a loucura teve seu auge de associação a doenças do sangue e dos nervos, ou seja, a uma doença do cérebro associada ao sangue. Por estar, como dissemos, associada à falta de razão, passou também a ser associada à periculosidade e passou-se, então, a se fazer a associação entre os loucos e os criminosos (CAMARGO, 2003). Consequentemente, o objetivo do internamento passou a ser o de punição e correção de atos criminosos, não havendo diferenciação entre criminosos e loucos em muitos dos centros urbanos europeus, especialmente em Paris (FOUCAULT, 2005). Durante muito tempo, ao longo do século XVIII, havia duas formas arbitrárias de tratamento para os loucos. A primeira acontecia em hospitais gerais ou asilos, que estavam sujeitos a tratamentos indiferenciados para o tratamento da loucura. A segunda, em presídios destinados aqueles indivíduos que eram internados para que fossem punidos e tivessem os seus atos de loucura corrigidos (FOUCAULT, 2005).

Paralelamente a isso, no século XVIII, a partir do fortalecimento da burguesia e do capitalismo na Europa e no continente americano, alguns problemas da civilização voltada à sociedade de mercado como, por exemplo, o sucesso financeiro, a miséria e outras questões associadas aos modos de viver, foram cada vez mais atribuídas à loucura, à exemplo do longo

⁹ Na obra intitulada *História da Loucura*, Foucault (2005) refere-se aos a-sociais como uma espécie de categoria na qual eram inclusos todos os modos de existir os quais o homem burguês não enxergava sua própria imagem. Os loucos, os criminosos, os devassos, os homossexuais, os acometidos por doenças venéreas, etc.

tempo de trabalho, do confinamento em espaços fechados, da falta de higiene mental, etc (CAMARGO, 2003). Tudo isso começou a ser associado às condições propícias ao surgimento da loucura, como resposta ao desequilíbrio dos humores no final do século XVIII e início do século XIX.

Segundo Foucault (2005), os números de internamentos,¹⁰ na França, variavam de acordo com as dificuldades econômicas e sociais que acometiam a Europa. Em geral, o número de internamentos diminuía quando as condições econômicas eram favoráveis. O autor (FOUCAULT, 2005) aponta, como exemplos desse fenômeno, os números de internamentos que precederam os anos da Revolução Francesa. A estabilização dos números de internamento, antes da Revolução, guardadas as devidas proporções, deu-se, muito provavelmente, pelo surgimento de casas e pensões, ou melhor, *Petites-Maisons*, que atendiam apenas os insensatos, excluindo os vagabundos, os criminosos e as prostitutas.

[...] as *Petites-Maisons* tendem a tornar-se, por excelência, hospitais para loucos; muitas vezes acontece de Bicêtre ou Salpêtrière quererem se livrar de alguns loucos, argumentando que as *Petites-Maisons* são mais convenientes.” (FOUCAULT, 2005, p.420).

Essas casas e pensões eram mais de vinte, apenas em Paris, recebendo cerca de 20 a 35 pessoas como pacientes. Talvez pudéssemos pensar aqui em alguma relação entre este modelo e as residências terapêuticas. No entanto, as comunidades terapêuticas seriam um modelo hipoteticamente mais próximo destas *Petites-Maisons*, uma vez que, apesar de os moradores

¹⁰ Foucault (2005), considerando as coisas de um modo global, compara os números do fim do século XVII com os do começo da Revolução. Ele verifica um aumento maciço de internações. A Salpêtrière abrigava 3.059 pessoas em 1690; cem anos mais tarde, existem mais que o dobro, um total de 6.704, segundo o recenseamento feito por La Rochefoucauld-Liancourt para o relatório do Comitê de Mendicância. Em Bicêtre, as proporções são as mesmas: um pouco menos de 2.000 internos no século XVII e, no momento da Revolução, 3.874. Para algumas casas religiosas, o aumento é ainda mais considerável; quando os irmãos São João de Deus abrem a casa de internamento da Caridade, em Senlis, em 1665, previram 4 lugares; em 1780 há 91, dos quais 67 estão efetivamente ocupados. Em Château-Thierry, de início alguns poucos lugares, e em 1783, 30 pensionistas. Mas para que mostrem sua verdadeira significação, esses números devem ser observados em toda a curva de sua evolução. Deve-se levar em conta todo o período de instalação do internamento, que vai de 1680 a 1720, durante o qual o aumento é muito rápido, bem maior que o da população. Mas se considerarmos apenas os 70 anos que precedem a Revolução, os números tornam-se surpreendentemente estáveis. O que é tanto mais paradoxal quando a curva do desenvolvimento demográfico acelera-se de maneira sensível durante o mesmo período. Parece mesmo que o número dos internamentos atinge lentamente um máximo que se situa ao redor dos anos 1770, decrescendo nos anos imediatamente anteriores à Revolução. As cifras sugerem 4.052 internos, em Bicêtre, em 01.01.1772; 3.938 em 1774, 3.668 em 1776. E quando Tristan suspende a verificação, em 09.04.1779, não há mais do que 3.518. Em Saint-Lazare, onde se podiam contar 62 pensionistas, em 1733; Com 72, em 1736, atinge-se o máximo em 1776, com 77 pessoas. Mas em 29.10.1788 há apenas 40 pensionistas. Château-Thierry tem apenas 25 às vésperas da Revolução (FOUCAULT, 2005, 390-391).

internados serem cuidados em um ambiente doméstico e com menos pacientes, os moldes de tratamento não deixavam de ser asilares e a rotina semelhante à de hospitais. O surgimento dessas casas, no entanto, fez diminuir o número de internamentos de loucos indiscriminadamente, uma vez que eles passaram a fazer parte de uma categoria específica sujeita a um crivo maior para o internamento que deixava de fora os demais sujeitos considerados a-sociais. Estas e outras medidas foram resultados de protestos da sociedade ao longo do século XVIII, em prol dos loucos que viviam “como criminosos de Estado, em subterrâneos, em celas onde o olhar da humanidade nunca penetrava” (FOUCAULT, 2005, p. 433).

A partir do século XVIII, os internamentos passaram a ser novamente reduzidos. Dessa forma, casos considerados menos graves, ocasionados por pequenas infrações morais e brigas familiares, não eram mais direcionados aos manicômios e internamentos. A família passa, então, a ser responsável pelos cuidados destinados às pessoas em sofrimento psíquico e, cabe à Medicina, exercer o poder sobre o tratamento dos loucos, poder esse que anteriormente cabia à Igreja (CAMARGO, 2003).

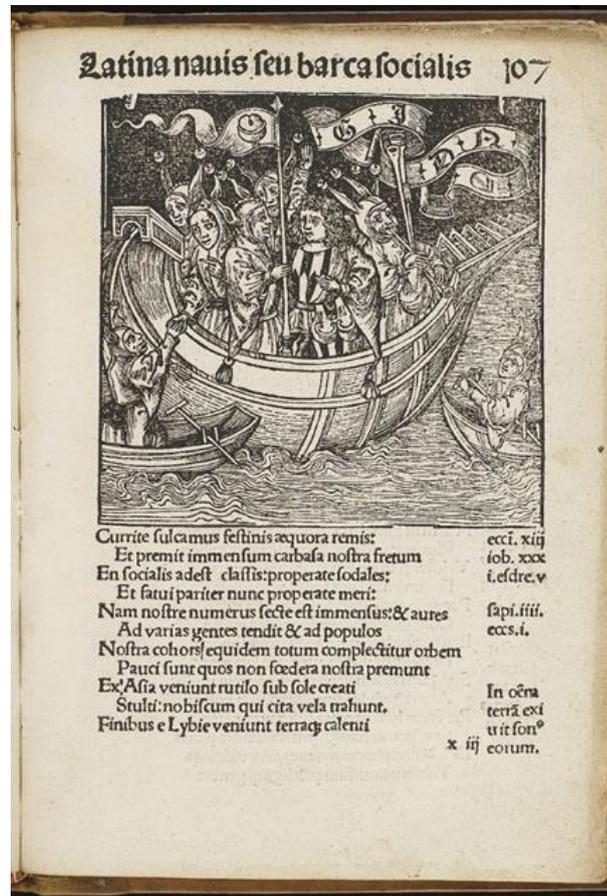
Com a mudança de perspectiva na Europa, a partir do fim do século XVIII, de que o louco merecia, devido à pureza de sua alma, vista como condição próxima a infância, um tratamento diferenciado dos criminosos, eles passaram a ser enviados às novas colônias europeias na América, África e Ásia, ou ilhas ultramarinas, com a finalidade de trabalhar e explorar as novas terras. Dessa forma, supostamente, seria dada aos loucos uma chance de começar vida nova. No entanto, os envios de loucos a territórios ultramarinos acresciam um novo terror às internações. Tal fato traz, à memória, as práticas das *Naus dos Loucos*¹¹, na Idade Média. (FOUCAULT, 2005).

¹¹ A Nau dos Loucos ou *Stultifera Navis*, ou ainda *Narrenschiff* era um navio onírico, a princípio presente na literatura flamenga do fim da Idade Média e começo do Renascimento e que teve sua origem emprestada dos argonautas da mitologia e literatura gregas. A Nau dos loucos fora retratada na alegoria de Hieronymus Bosch por volta de 1490-1500, mas não ficou apenas no campo imagético e imaginário. Segundo Foucault (2005) na Idade Média e no Renascimento os loucos eram colocados em barcos nos quais a tripulação teria a incumbência de deixá-los em portos de outras cidades portuárias europeias. Desta forma era dado cabo à higienização da cidade em relação aos indesejáveis loucos que passariam por um processo de purificação pela travessia das águas a uma nova vida.

Imagem 2 - Stultifera Navis, Hieronymus Boch, 1490-1500. Óleo sobre madeira, 58x33



Imagem 3 - Stultifera Navis. Gravura de Albrecht Dürer no livro A Nau dos Insanos de Sebastian Brant. 1497



Foi a partir do trabalho desenvolvido por Philippe Pinel (1745-1826), no tratamento de doentes mentais, que surgem os manicômios como espaços sob o domínio da Medicina concebida como disciplina que versava sobre a loucura. A partir dessa época, a psiquiatria ganhou força e consistência como campo do conhecimento destinado aos males da mente e, a partir desse período, foram introduzidos de forma volumosa os primeiros diagnósticos e subdivisões das doenças mentais que revolucionaram o tratamento psiquiátrico da loucura. Quanto às instituições manicomiais, estas surgiram em grande número no século XIX e passam, então, a ser o lugar legitimado e especializado de cura (FOUCAULT, 2005).

Foi, também, a partir do século XIX, que surgiu a distinção entre a loucura, alienação moral e maldade (CAMARGO, 2003). Os loucos que cindiam com a realidade moral não poderiam estar no mesmo patamar que os loucos que cometiam crimes sem ter rompido com a

realidade. Para a medicina no século XIX, tratavam-se, ambas, de loucura, mas com destinos jurídicos diferentes. O louco que não entendia o que fazia não podia ser punido, diferentemente do louco que, apesar de entender o erro, de romper com as leis e regras sociais, mesmo assim, o fazia, seja por impulsividade ou por afinidade com maneiras bizarras ou cruéis de perturbar o sossego da sociedade. Apesar de a loucura passar a ter destinos jurídicos diferentes, passando a ser diferenciados os crimes, as punições e os tratamentos de pessoas acometidas pela loucura que haviam cometido crimes ou transgressões morais, a Medicina ainda não fazia distinção entre a loucura real (involuntária) da voluntária, sendo a internação, em manicômios, o caminho para todos os loucos que não haviam cometido crimes (FOUCAULT, 2005).

Neste contexto de grande número de novas internações, as condições subumanas às quais os internados em manicômios eram sujeitos, faziam com que a internação fosse vista como forma de domesticar, ou melhor, docilizar os impulsos animais aos quais eram relacionados os loucos. Todas as ações dos loucos eram vigiadas e todas as liberdades banidas, como forma de controlar o perigo eminente que qualquer louco representava à sociedade (FOUCAULT, 2005).

Apesar de diversas tentativas da psicopatologia classificar as loucuras, através de diversas teorias, em geral apenas os nomes mudavam de uma tentativa para outra. Até o século XIX e início do século XX, algumas emoções tidas como desencadeadoras da loucura eram consideradas como provocadas pela leitura de livros; emoções conflitantes resultado de assistir a peças teatrais; fazer viagens; escutar histórias e até mesmo influências de fases da lua, enfim tudo o que poderia aguçar a imaginação (CAMARGO, 2003). Apenas no início do século XX as neuroses foram distinguidas das psicoses. Os loucos, que cometiam crimes, eram internados em manicômios, mas não perdiam mais seus direitos civis e eram encaminhados a estes espaços para tratamentos médico-terapêuticos. Nesta nova perspectiva, havia a esperança de que se pudesse resgatar o estágio da pureza humana, similar ao modo como a loucura era vista antes na Idade Média (FOUCAULT, 2005).

O medo da loucura no século XIX, no entanto, ainda continuou a permear os temores das grandes cidades. O papel do médico alienista também passou a ser o de protetor, do louco e da sociedade, protegendo um do outro e garantindo, a partir da ciência, a relação minimamente equilibrada entre eles. Essa relação inclui também as instituições totais, como os manicômios, concebidas como gestoras das funções de proteção e controle (GOFFMAN (2008) e toda essa conjuntura é legitimada e ampliada a partir do poderoso discurso médico.

2.1.2 O discurso médico e a loucura

Os manicômios constituem-se, a partir de então, em espaços ocupados pela Medicina, nos quais, o discurso médico assume o caráter de verdade, tanto para a sociedade quanto para o internado. Segundo o autor:

[...] enquanto o doente mental é inteiramente alienado na pessoa real de seu médico, o médico dissipa a realidade da doença mental no conceito crítico de loucura. De modo que nada mais resta, fora das formas vazias do pensamento positivista, além de uma única realidade concreta: o par médico-doente no qual se resumem, se ligam e se desfazem todas as alienações. (FOUCAULT, 2005, p.553)

Assim, no contexto médico, a psiquiatria logrou delimitar seu poder a partir do conhecimento que foi acumulando sobre a loucura, o qual estende-se até os dias atuais. Para Foucault (2000a), este poder não é coercivo, mas de produção.¹² Se antes, o louco não era dono de seu chão, de sua cidadania, de sua identidade e de seu pensamento, a psiquiatria tira, do louco, e se apodera dos seus processos psíquicos, esvaziando-o de toda a dignidade humana (CAMARGO, 2003).

Para Clavreul (1983), a relação médico-doente como referida por Foucault (2005) não existe, já que não é ao doente, o Ser doente, a quem o médico se dirige, mas, como lembra o psicanalista Jorge Coutinho no prefácio do livro de Clavreul, "ao homem presumidamente normal que ele era e que deve voltar a ser" (COUTINHO, 1983. p.12).

O discurso médico está diretamente ligado à moralidade da saúde. O médico é o representante típico do discurso da ciência, uma vez que recai sobre si a incidência direta e maciça sobre o cotidiano de qualquer pessoa (DÂMASO,1996). Dessa forma, para Coutinho (1983) "o discurso médico prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia quanto daquele que o escuta. Daí a pretensa objetividade do cientista que, na verdade, está calcada na abolição da subjetividade do autor. [...]". Desta forma o médico fala a partir da instituição médica, a partir de seu discurso que faz referência constante a ela. Essa referência ao poder da

¹² Para Foucault (2000a) o exercício do poder pode ser explicado pela produção de saberes. Para tanto, é importante a concepção de que os saberes são legitimados nas relações de poder determinando discursos. Podemos aqui apontar como exemplo a produção do saber médico psiquiátrico sobre a Loucura como forma de exercício do poder e de determinação dos discursos.

Ordem médica faz com que o sujeito se anule perante a objetividade científica. “O médico só se autoriza por não ser ele próprio, por ser ele próprio o menos possível” (COUTINHO, 1983)

As raízes da Ordem Médica, estão na Antiguidade grega, mais especificamente, na Ordem Hipocrática, concebida como ordem jurídica e moral, ela não se relaciona com o ser, mas com o dever ser (DÂMASO,1996). Ou seja, todo o conjunto de leis e sanções tem a função de fazer com que cada um concorde com ele. O homem, como dever ser é concebido a partir de sua boa saúde e que apenas poderá aceder a esse lugar uma vez que seguir as prescrições da razão médica. (COUTINHO, 1983)

Fazendo uma analogia ao campo jurídico, para Dâmaso (1996), a prescrição médica seria correspondente as sanções legais. "aquele cujo organismo se afastar da norma instituída pela ordem médica receberá a sanção que se destina a fazer com que ele retorne ao interior da norma" (COUTINHO, 1983, p.14). Segundo esta concepção, esta é uma sanção terapêutica imposta pelo poder médico já que o sujeito se torna criminoso ao se desviar da norma, não da Ordem legal, mas contra a Ordem médica.

A terapêutica é um dos sustentáculos da sociedade sobre o qual recai a moralidade imposta, e

Desenvolvendo seu discurso que tem como objeto as doenças, a medicina contribui, portanto, para constituir o estatuto do homem 'normal' identificando um número cada vez maior de doenças, caracterizando-as em sua sintomatologia, combatendo-as, a medicina foi admitida entre as disciplinas que contribuem para a constituição de nossa civilização. Ela tornou-se, mesmo, o modelo no qual os ideais que ela preconiza se acham representados (CLAVREUL, 1983, p.39-40).

Essa moralidade disciplinar, por excelência, enunciada através do discurso médico. evidencia a distância da relação apontada por Foucault (2005), pois o médico não se dirige ao doente, mas ao futuro homem são, e se resta muito pouca saúde nele, ele tomará decisões em seu lugar, fará pressão sobre a família, eventualmente fará com que o internem (DÂMASO,1996). Nessa relação, a medicina não reconhece insucessos, a morte é alheia e estranha à sua responsabilidade, aparecendo no discurso como “não reação”, “falta de resposta”, “falta de resistência”. Ao falar sobre o discurso médico e a morte do Presidente Tancredo Neves, Dâmaso (1996) aponta para o enunciado do médico responsável pelo tratamento: “as cirurgias

foram um sucesso, mas o paciente morreu". Ao discurso da Ordem médica o fracasso é estranho e atribuído ao outro.

Desde a Antiguidade grega, no entanto, a lógica da Ordem Médica permanece, de todo, praticamente sem mudanças:

A medicina, graças a Hipócrates, saiu das receitas mais ou menos satisfatórias reclamadas às vezes pelos doentes. Ela estabelece a saúde como um dever que se impõe a cada cidadão. O doente está aí apenas como informante sobre o estado de um corpo enfraquecido. Ele é presumivelmente cooperador com o médico na medida em que pode se identificar com os ideais propostos pela medicina. Mas é pela mesma razão que o acusado é por definição presumivelmente inocente. Não se negligenciará, neste caso, a imposição dos pontos de vista da ordem médica, como se impõe ao delinquente a submissão às leis do país. A liberdade se acha definida como a aceitação da ordem. É certo que esse discurso, particularmente convincente quando se trata da medicina, não poderia ser recolocado em causa se a própria noção de liberdade não se achasse hoje em questão (CLAVREUL, 1983, p.75).

De forma paralela, o discurso médico, fundado em seu poder científico, cria um grande número de ignorantes de sua própria vida. O cientista, o médico pautado no conhecimento agora não mais da arte médica, mas da ciência médica é o único que conhece sobre a máquina humana.

Não há nenhuma razão para pensar que os progressos dos discursos científicos não nos constituam a todos, e cada vez mais, como ignorantes diante dos especialistas do saber de determinado domínio particular. A Razão se tornará de novo não mais aptidão para raciocinar claramente, mas submissão a uma ordem prescritiva decorrente do saber dos especialistas. A própria revolta não terá outro nome senão o da loucura (CLAVREUL, 1983, p.141).

É a partir desta revolta aos modelos arbitrários e reducionistas, fundamentados no discurso médico, que a loucura se apresenta constantemente irreduzível a uma definição última e a um modelo de cuidado que não conceba a sua complexidade, uma vez que a loucura se confunde com a própria forma de ser no mundo. É em razão desta revolta que se poderia questionar os padrões do normal e a arbitrariedade do patológico.

2.1.3 O normal e o patológico

O que é considerado normal ou patológico é um problema complexo que se apresenta desde muito tempo à medicina e à filosofia, assim como às ciências da vida. As respostas oferecidas, em sua maioria das vezes, apontam para a negação da singularidade de estilos de vida e da incompatibilidade com a própria noção de humanidade (BONETTI, 2004). Por isso mesmo, essa indagação gerou e ainda gera grandes e constantes debates conceituais mostrando a dificuldade de chegar a um consenso. Em relação aos caminhos tortuosos da psicopatologia, essa questão se torna ainda mais importante, pois entra-se em uma seara de limites menos rígidos e relação permanente com juízos de valor e a interrelação entre vários domínios epistemológicos (BONETTI, 2004).

Em *O Normal e o Patológico*, Canguilhem (2011) retoma criticamente os posicionamentos mais influentes das ciências positivistas a essa questão. Em suas reflexões o autor aponta que, a partir, desse paradigma, o patológico pode assumir o papel de algo externo, estranho ao organismo e seu equilíbrio, algo que pode entrar e sair dele, pode ser visto também como uma reação global e saudável de defesa do organismo; ou ainda, ser entendida como adaptação a condições novas e diferentes as quais o organismo enfrenta.

Quanto ao normal, por sua vez, Canguilhem (2011) encontra duas definições em dicionários de referência da medicina e da filosofia. No primeiro deles, o *Dictionnaire de médecine* de Littré e Robin, o normal é definido como “(*normalis*, de *norma*, regra), que é conforme à regra, regular”. Já em *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* de Lalande, o normal se refere à norma que “significa esquadro —, aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto o que se conserva em um justo meio-termo”, ou seja, o que está no meio, ou central (BONETTI, 2004). Desse modo, é normal aquilo que tem conformidade (CANGUILHEM, 2011). O sentido usual e mais frequente de se referir ao normal é aquilo que se refere a maioria em uma determinada espécie. Sendo assim, esse modo de ver a normalidade é concebida como “aquilo que é como deve ser [...] o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável” (CANGUILHEM, 2011, p. 95).

O termo normal recebe com frequência denominações estatísticas, forjadas na média para mensurar a maioria das reações e dos comportamentos como pulso, frequência cardíaca, horas de sono, etc. (BONETTI, 2004). Nessa concepção, são as pessoas sadias que, em oposição as pessoas que se afastam da média, servem como parâmetro. Estes parâmetros e resultados, por sua vez, tornam-se tendenciosos. O “normal designa, ao mesmo tempo, o estado habitual

dos órgãos e seu estado ideal, já que o restabelecimento desse estado habitual é o objeto usual da terapêutica” (CANGUILHEM, 2011, p.66).

Uma outra crítica é feita quanto a relação entre patologia e quantificação. Para o autor (CANGUILHEM, 2011), determinar o que seria normal ou patológico, a partir da concepção de que existe excesso ou escassez de algo no corpo de um organismo vivo, é insuficiente para determinar essa relação. Se considerarmos que existem enormes possibilidades fisiológicas e culturais de se estabelecer uma norma para a saúde ou para a doença, partir de uma relação quantitativa para determinar a saúde ou o estado patológico de um ser vivo é partir de conceitos e ideias que, de forma geral, não são alcançáveis. Sendo assim, Canguilhem (2011) questiona a concepção de que o patológico possa ser visto como um dado da realidade objetiva, sem ser trespassado pela individualidade do próprio sujeito e seu crivo axiológico.

Referindo-se aos postulados do fisiologista e médico francês Claude Bernard (1813-1878), Canguilhem (2011) indica a existência de uma diferenciação qualitativa do estado patológico em relação ao estado normal. Já em relação a René Leriche (1879-1955), fisiologista e cirurgião francês, a saúde é o silêncio dos órgãos do corpo. Contrapondo-se a essa ideia, Canguilhem (2011) sugere que isto seria o mesmo que dizer que a doença só existe, e só pode ser prevenida, se antes existiu um doente. Sendo assim, o primeiro a reclamar de algo é o doente e, se é ele quem se queixa, a concepção de patologia, do saber médico, não pode ser indiferente ao saber do indivíduo e de seu juízo de valor. Essa discussão é bem evidente em relação às anomalias. Canguilhem (2011) observa que estas não são desvios estatísticos, mas sim um tipo normativo de vida que pode assumir a caracterização de patologia ou não. No primeiro caso, apesar de ser assim concebida, é interpretada em relação aos seus efeitos sobre a atividade do indivíduo e, portanto, à imagem que ele tem de seu valor e de seu destino. Mesmo nesse caso, a determinação da anomalia, em relação à doença, não deixa de ser arbitrária (CANGUILHEM, 2011, p.110). Para o filósofo “não há nada na ciência que antes não tenha aparecido na consciência e que, especialmente no caso que nos interessa, é o ponto de vista do doente que, no fundo, é verdadeiro” (CANGUILHEM, 2011, p.68). Certamente essa é uma questão que abre espaço para diversas reflexões em relação à psicopatologia.

Para Canguilhem (2011), o reducionismo positivista é uma expressão da luta entre uma visão organicista em oposição ao vitalismo, além do intuito de atuar terapêuticamente sobre um estado patológico. Este intuito, em última instância, é a tentativa de reestabelecer o organismo a um passado, a um estágio anterior, estabelecido pelo contexto cultural. Desta forma,

Canguilhem (2011) questiona o estatuto epistemológico da psicopatologia criada nos moldes de uma ciência positiva.

O normal e o patológico são impossíveis de serem determinados se os critérios forem as médias e as estatísticas que limitam a vida aos paradigmas fisiológicos e vegetativos (CANGUILHEM, 2011). Em sua argumentação, o autor (CANGUILHEM, 2011) aponta, como exemplo, a relação de uma pessoa com astigmatismo. Este sujeito poder ser considerado normal em uma sociedade agrícola e, no entanto, este mesmo sujeito, seria considerado doente se tivesse que desempenhar funções relacionadas à Marinha ou a aviação (SILVA *et al*, 2010). Sendo assim, por não existir por si mesmo, o patológico pode ser concebido apenas numa relação entre a norma individual e os meios aos quais o sujeito está incluso, evidenciando assim a importância do contexto e das relações de sentido.

É, portanto, para além do corpo que é preciso olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo. [...] Ora, a partir do momento que a humanidade ampliou tecnicamente seus meios de locomoção, saber que certas atividades nos são vedadas faz com que nos sintamos anormais, pois essas atividades se tornaram, para a espécie humana, ao mesmo tempo uma necessidade e um ideal. Portanto, só se compreende bem que, nos meios próprios do homem, o mesmo homem seja, em momentos diferentes, normal ou anormal, tendo os mesmos órgãos, se compreendermos como a vitalidade orgânica se desenvolve em plasticidade técnica e em ânsia de dominar o meio (CANGUILHEM, 2011, p.79.)

Desta forma, ser normal não é ter as mesmas características que determinam todos os indivíduos de uma espécie, mas ser flexível diante de uma norma que é mutável em relação às condições de cada indivíduo. O normal não determina o patológico, o “patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (CANGUILHEM, 2011, p.106). A norma, então, não é atribuída a um modelo estatístico, derivado de uma média, mas é algo individual, é a normatividade do próprio organismo, inserido em relações e contextos culturais que definem, a partir de sua relação com o seu passado, o valor atribuído às mudanças do presente, o que vem a ser normal e patológico (SILVA *et al*, 2010).

2.2 LOUCURA, CUIDADO E SAÚDE MENTAL

2.2.1 A loucura e as rupturas com paradigmas tradicionais

A loucura, concebida pelo discurso médico como patologia, doença, irracionalidade, perversão e desajuste, sustenta uma complexa malha de práticas e concepções de saberes construídos e fundamentados em um viés moral que se baseia em costumes, na ordem e no trabalho produtivo que fazem com que o louco seja desconectado dos laços e contextos socioculturais de pertencimento. Esse tem sido o modo de exclusão e controle da loucura na sociedade que caracteriza, em muitos aspectos, a realidade do ser louco e da loucura (LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007). Segundo Amarante (1998, p.126-127), essa “[...] relação que se estabelece entre o sujeito que cura e o objeto de intervenção, subtrai a totalidade subjetiva e histórico-social a uma leitura classificatória do limite dado pelo saber médico.”

O lugar de direito legitimado por esta lógica de desligamento e morte social do sujeito é a instituição manicomial. A estrutura física e simbólica do manicômio, ao mesmo tempo que esconde a violência física e simbólica por meio de um verniz protetor, tira a responsabilidade da sociedade, fazendo-a silenciar. Esta situação faz com que o interno seja subtraído dos processos históricos, sociais e culturais da vida ao mesmo tempo que descontextualiza as relações de produção e reprodução da loucura (LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007).

Imagem 4 - Homem na condição de paciente psiquiátrico deitado em colchão improvisado de capim no Hospital Psiquiátrico Colônia de Barbacena-MG



Fonte: Fotografia feita pelo repórter fotográfico Luiz Alfredo da revista O Cruzeiro em 1961.

Neste sentido, o *Movimento da Luta Antimanicomial*, no Brasil, surge como resposta social a esta lógica e vai além de uma contraposição às instituições psiquiátricas. O MLA significou um ponto de partida para uma nova forma de concepção da loucura, em suas várias

dimensões, que rompe com visões tradicionais acerca de noções e conceitos negativos cristalizados no tecido social.

A ruptura radical com o manicômio deve se contrapor à negatividade patológica construída na observação favorecida pela segregação e articuladora de noções e conceitos como a incapacidade, a periculosidade, a invalidez e a inimputabilidade como modos próprios e inerentes à loucura. (ABOU-YD & SILVA, 2003, p. 42)

Essa ruptura também coloca o *louco* e a *cidade* em uma nova relação, promovida através da inserção da loucura na cidade e da ocupação dos espaços e serviços públicos pelo louco. Essa relação que se cria a partir do compartilhamento do território comum e da circulação da loucura na sociedade estabelece ativa e efetivamente a cidadania como princípio na luta antimanicomial.

Paulo Amarante (2007), um dos pioneiros do movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica e um dos nomes mais expoentes da luta antimanicomial no Brasil e na América Latina, em depoimento pessoal, feito a Lígia Lüchmann e Jefferson Rodrigues (2007), afirma que a loucura não assume definição, mas uma perspectiva mais ampla que abarca a “experiência humana de estar no mundo de uma forma diversa daquela que o homem, ideológica e idealisticamente, considera como normal” (AMARANTE *apud* LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007). Esta visão, afasta-se também da concepção da psiquiatria tradicional, que acaba por reduzir “a complexidade daquela concepção mais geral, inespecífica, inexplicável em sua totalidade, que é a de loucura” daquela “que a reduz a apenas um distúrbio biológico ou psicossocial (ou ambos)” (AMARANTE *apud* LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007). É essa visão mais ampla de loucura, em meio a contextos sociais, históricos e políticos, que se constituirão em terreno fértil para a *Reforma Psiquiátrica*, como podemos ver no tópico que segue.

2.2.2 A reforma psiquiátrica

A partir do contexto de abertura do regime militar, no Brasil, diversos movimentos sociais se manifestam em prol de mudanças e reivindicações, especialmente a partir da Constituição. Em 1976, o *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (CEBES) e o *Centro de Renovação Médica* se constituem como fortes interlocutores e espaços de produção de conhecimento crítico e discussão na área de saúde mental. Foi nesses espaços político-

discursivos que surgiu o *Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental*. O MTSM, a partir de denúncias e acusações ao Governo Militar tem um papel de grande importância nesse contexto. Além das denúncias, o Movimento também fazia diversas reivindicações como: aumento de salário, diminuição do número de consultas por turno de trabalho, condições melhores na assistência e humanização dos serviços. Além disso, faziam críticas à cronificação do manicômio. No ano de 1978, o contexto de reivindicações e os trabalhadores que faziam parte das discussões iniciam uma greve que teve grande repercussão na imprensa brasileira e que durou oito meses (LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007).

Ainda em 1978, ocorre o *V Congresso Brasileiro de Psiquiatria* no qual teve início uma profunda e prolífera discussão política que ia além do tema saúde mental, especialmente em relação ao regime político ditatorial e sua relação com a tortura, a opressão e a corrupção, bem como, sua relação com os modelos manicomiais que faziam parte da assistência à saúde mental. No *I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro* as discussões são da mesma ordem e a importância desse evento é marcada pela presença de personagens importantes para as reflexões no campo da saúde mental, como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman. O *I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental*, ocorrido em São Paulo, em 1979, mostrou a importância da ampliação das articulações dos movimentos sociais envolvidos com o tema. Já o *III Congresso Mineiro de Psiquiatria*, em Belo Horizonte-MG teve, como grande proposta, a criação de trabalhos alternativos aos modelos assistenciais manicomiais, pautados nos conhecimentos da psiquiatria tradicional (LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007).

Em 1987 ocorreram dois outros eventos de grande importância para a Luta antimanicomial. O primeiro deles, a *I Conferência Nacional de Saúde Mental*, destacou-se justamente por ser a primeira conferência de caráter nacional; e o segundo evento, o *II Congresso Nacional do MTSM* (Bauru/SP) foi marcado pela participação ativa de usuários e familiares, não apenas de trabalhadores da saúde mental, mas também contando com a presença de novos e importantes atores sociais representados pelo Grupo/Movimento *Loucos pela Vida*, de São Paulo, e ainda pela *Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho* (SOSINTRA), do Rio de Janeiro. A diversificação de associações, frentes e movimentos que englobavam trabalhadores, familiares e usuários passou a ampliar o movimento, dando consistência em seus objetivos e demonstrando a força social motivada por desejos de mudanças comuns.

A maior participação e o controle social de diversos atores envolvidos fizeram com que tais eventos marcassem uma mudança também teórica e política no MTSM, através do maior envolvimento com as entidades de usuários e familiares e um consequente distanciamento em relação ao Estado. O lema *Por uma sociedade sem manicômios* criado a partir das discussões e aproximações, reorientou as pautas referentes a questão da loucura que foram vistas como além dos limites das reivindicações por mudanças no modelo assistencial, passando a estabelecer raízes em um solo fértil de discussão sobre a própria concepção da loucura e da saúde mental.

O Manifesto de Bauru é criado, neste segundo congresso, a partir da aproximação entre os trabalhadores de saúde mental, os usuários e os familiares que agora engrossam o MTSM. O Manifesto é considerado como o documento de fundação do *Movimento Antimanicomial*, estabelecendo um novo marco para suas lutas e a afirmação de laços sociais entre os diversos atores envolvidos no enfrentamento de desafios em torno da temática da loucura (LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007).

Entre 1987 e 1993 ocorreram diversas ações e articulações entre os núcleos do MTSM que promoveram seu fortalecimento. Em 1993 o *Movimento da Luta Antimanicomial* (MNLA) realizou o seu I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador-BA o qual tinha, como discussão central, a organização do Movimento, propondo-se sua independência em relação a partidos políticos, a pluralidade como princípio, a parceria com diversos outros movimentos sociais e a ampliação dos espaços de discussões e reflexões, visando uma maior inserção da sociedade na luta antimanicomial.

Essa luta por mudanças radicais e efetivas em torno da loucura e das suas relações com o conhecimento, com a sociedade e com a saúde é feita, pelo MLA, a partir da concepção de que a Reforma Psiquiátrica é um processo complexo, cuja articulação dá-se em várias dimensões, como a técnico-assistencial, a jurídico-político, sociocultural e a teórico-conceitual (AMARANTE, 1998, 2003). Além disso, pressupõe ainda uma concepção segundo a qual o objeto de conhecimento transcende, por sua singularidade e complexidade, a qualquer método ou teoria, uma vez que estes, ao tomá-la como objeto de estudo, tendem a tratá-la de modo reducionista. Assim, a loucura, como objeto de conhecimento, é vista através de suas relações com teorias que se aproximam de uma visão em torno de sua complexidade, afastando-se de reducionismos em relação a ela.

É neste contexto que diversos atores figuram como interlocutores legitimados por diversos campos. De modo geral, estes se inserem entre os considerados manicomiais e antimanicomiais. Entre eles, os mais representativos são: o Movimento de Luta Antimanicomial;

a Associação Brasileira de Psiquiatria; a Indústria Farmacêutica; a Associação Brasileira de Saúde Mental e as diversas associações de usuários e familiares. As Conferências Nacionais de Saúde Mental também configuram-se como espaços e momentos importantes de discussão desses atores sobre a saúde mental. A seguir, faremos uma breve apresentação dessas conferências, abordando sua representatividade, seus objetivos e sua importância nos debates da luta antimanicomial.

2.2.3 As conferências nacionais de saúde mental

A saúde mental tem sido campo de lutas e interesses de diversos atores sociais. Esses atores, especialmente através de movimentos sociais, têm fomentado o debate sobre questões pertinentes à saúde mental e lutado por uma reforma psiquiátrica efetiva, pelos direitos dos usuários, pela responsabilidade do Estado em relação a Saúde, pelo cuidado psicossocial e a humanização do cuidado. Muitos desses debates e lutas se deram especialmente nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Desde a segunda metade da década de 80, no entanto, tem-se proposto que a saúde mental seja um campo com conferências nacionais específicas. O que ocorreu pela primeira vez em 1987. Depois disso, ocorrem mais três outras conferências nacionais: a segunda em 1992, a terceira em 2001 e a quarta em 2010. Os intervalos das conferências, apesar da grande pressão dos movimentos sociais para que ocorressem de quatro em quatro anos (ABRASME, 2015), aconteceram respectivamente com cinco, nove e nove anos de intervalo. Em relação a essa questão, desde setembro de 2014 a ABRASME mantém uma campanha virtual para mobilização popular com o objetivo de pressionar o governo a convocar a V Conferência Nacional de Saúde Mental. (ABRASME, 2015)

A primeira dessas conferências, a de 1987, ocorreu em meio a intensos debates e em um momento político importante para o Brasil: o período de redemocratização e da Constituinte. Essa conferência teve como temas privilegiados de discussão: 1. Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2. Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; e 3. Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (I-CNSM, 1988). A primeira conferência de saúde mental (I-CNSM) aconteceu como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (VIII- CNS), que foi determinante ao propor que a Saúde fosse um direito de todos e dever do Estado e ao propor um Sistema Único de Saúde. (HEIDRICH *et al*, 2015).

Nesse contexto, a I-CNSM surgia também como forma de mostrar o fortalecimento dos trabalhadores de saúde mental e como forma de propor uma via diferenciada de desinstitucionalização e não apenas de desospitalização, ou seja, propunha que a melhoria da qualidade de vida dos usuários fosse além da mudança física de um hospital para um outro espaço. As propostas da I-CNSM visavam a participação da sociedade na gestão dos serviços e dispositivos de saúde através do controle social. A I-CNSM defendeu também os direitos dos usuários e, desde então, a internação em hospitais gerais, além de propor a proibição de novos hospitais especializados. Além disso, a conferência responsabiliza o Estado pela política de saúde mental, e também volta-se para questões culturais, apesar da forma “tímida” das propostas voltadas à cultura (HEIDRICH *et al*, 2015). Essa conferência representou uma virada nas propostas dos modelos assistenciais em saúde mental e em suas dimensões política e epistemológica, dando início efetivo e marcante a um processo de desinstitucionalização no Brasil.

A segunda Conferência Nacional de Saúde Mental (II-CNSM) ocorrida em 1992, cinco anos depois da primeira, teve um aumento significativo da participação popular e, pela primeira vez, a participação de usuários. Os eixos de discussão da segunda conferência foram: 1. A Rede de Atenção em Saúde Mental; 2 Transformação e Cumprimento de Leis e; 3. Direito à Atenção e Direito à Cidadania. (II CNSM-1994). Essa conferência foi fortemente influenciada pelo modelo considerado positivo do processo de desinstitucionalização italiano. Nesse contexto, propôs-se uma grande reflexão sobre questões conceituais, como, por exemplo, o texto, aparece “definindo a “doença” como “existência-sofrimento” que [...] configura-se como um dos pressupostos do paradigma italiano de desinstitucionalização.” (HEIDRICH *et al*, 2015). Ao mesmo tempo a conferência propõe repensar as fronteiras profissionais da saúde mental, ampliando o escopo de profissões e áreas de conhecimento caras a esse campo, aproximando-se, por exemplo, do campo da educação. Além disso, propõe a ampliação da rede substitutiva, focando no cuidado e acolhimento comunitário e dentro do território do usuário, como ocorre nos Centros de Atenção Psicossociais. Um outro evento importante foi a instituição do dia 18 de maio como dia Nacional da Luta Antimanicomial, foi esse último aspecto, o antimanicomial, além do antipsiquiátrico, que marcou as discussões da conferência. (HEIDRICH *et al*, 2015).

A terceira Conferência Nacional de Saúde Mental (III-CNSM) ocorreu em 2001, nove anos depois da II-CNSM. O relatório da terceira conferência aponta sete eixos como pontos trabalhados: 1. Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental; 2. Recursos Humanos;

3. Financiamento; 4. Acessibilidade; 5. Direitos e Cidadania e; 6. Controle Social. A conferência segue o tema da OMS para a saúde mental naquele ano “Cuidar sim, excluir não”.

As propostas e indicações feitas a partir de experiências psicossociais práticas e teóricas já consolidadas, giraram em torno da maior inclusão social e a da promoção da reflexão social para acolher e lidar com as diferenças, além do fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental. O cuidado voltado para o espaço territorial e para a comunidade também aparece em destaque no relatório. Algumas outras propostas foram: a extinção total de hospitais psiquiátricos até o ano de 2004 e a proibição da eletroconvulsoterapia como possibilidade de intervenção médico-terapêutica. Além disso, foi proposto que os serviços substitutivos de saúde não devessem ter uma relação permanente na vida dos usuários, mas que fossem utilizados apenas quando eles precisassem, uma vez que os mesmos são meio para a potencialização da vida e da autonomia e não como espaços centralizadores do cuidado. Nesse sentido, o relatório sugere a inclusão social dos usuários e dos cuidados coletivos em relação com suas famílias, comunidades e território, já que estes são entendidos como uma rede permanente de cuidadores. A III-CNSM é a primeira a se referir a Reforma Psiquiátrica e apresentar um conceito desta (HEIDRICH *et al*, 2015), como podemos ver abaixo:

o processo histórico da Reforma Psiquiátrica, compreendido como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, é marcado por tensões, desafios e conflitos. Nesse sentido, ele se inscreve nas possibilidades e limites das políticas públicas (e do SUS em particular) e da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social (III CNSM, 2002, p. 19-20).

A IV Conferencia Nacional de Saúde Mental, por sua vez, ocorreu em 2010, ou seja, 9 anos depois da terceira conferência, e teve como eixos: 1. Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais, 2. Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais, 3. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial. O tema desta conferência foi “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. A IV-CNSM-I, é a primeira conferência intersetorial, ou seja, nela não se busca a articulação exclusiva com o setor e os atores da saúde mental: usuários, familiares e movimentos sociais da saúde mental, mas busca-se ver a saúde mental, a partir de suas

interseções com diferentes setores e atores como os da educação, cultura, justiça, etc. Também dela participam gestores das esferas municipal, estadual e federal.

A IV-CNSM-I avaliou entre diversos aspectos, os avanços e os desafios a serem enfrentados no campo da saúde mental, como por exemplo, a diversidade de profissionais envolvidos com a saúde mental, as formas de contratação trabalhistas destes profissionais, a pluralidade do movimento antimanicomial no Brasil e os desafios de enfrentar os movimentos contrarreformistas, especialmente na psiquiatria. A participação de pessoas nessa conferência também foi expressiva, aproximadamente 46 mil pessoas (IV-CNSM-I, 2010, p.7). Em destaque, aparece a dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica através da importância dada a luta pelos direitos humanos no campo da saúde mental e de outros setores.

A ABRASME também configura-se como um dos atores mais importantes neste mesmo contexto. A seguir faremos uma breve apresentação dessa instituição, abordando sua representatividade, seus objetivos e sua importância como interlocutora nos debates da luta antimanicomial.

2.2.4 A Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME

A ABRASME é uma entidade não governamental de grande expressão e representatividade em todos os estados brasileiros. Além de atuação nacional, a ABRASME também é co-criadora e signatária da Rede Latinoamericana de Direitos Humanos e Saúde Mental, fundada em cooperação com entidades de diversos países e co-criadora, junto ao Grupo de Pesquisas em Políticas de Saúde – GPPS, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, do periódico Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.

A associação foi fundada em 27 de julho 2007, na cidade de Salvador-BA, e tem sede no Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis-SC, surgiu como resultado da mobilização da sociedade civil organizada, constituída principalmente por trabalhadores de saúde mental, usuários, familiares, acadêmicos, militantes de movimentos sociais, movimentos os quais, em seu conjunto, vinham ganhando força organizativa em torno de reivindicações comuns dentro de movimentos sociais e fóruns e congressos de saúde e de saúde mental em todo o Brasil.

A ABRASME também oferece orientações à população em geral e recebe denúncias de violações de direitos humanos no âmbito da saúde mental, encaminhando-as aos órgãos

competentes. De acordo com as Teses da associação (2015), dentre suas principais finalidades estão: o apoio na articulação entre centros de treinamento, ensino, pesquisa e serviços de saúde mental; o fortalecimento das entidades-membro e a ampliação do diálogo entre as comunidades técnica e científica, incluindo aqueles que prestam serviços de saúde, além de organizações governamentais e não governamentais e da sociedade civil organizada.

A participação popular e a diversidade de associados da entidade são bastante representativas, fazendo dela uma importante interlocutora nos debates sobre a saúde mental no país. A ABRAME é uma entidade que congrega milhares de ativistas como usuários e familiares, militantes de movimentos sociais do campo dos direitos humanos, profissionais de saúde, direito e educação de várias categorias profissionais: médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, pedagogos, educadores físicos, assistentes sociais dentre outros.

A associação tem se posicionado com críticas e propostas em relação à Saúde Mental e aos cuidados oferecidos aos usuários de serviços de saúde mental com transtorno mental ou com dependência química. Em setembro de 2014, a entidade publicou a *Carta de Manaus por uma saúde integral aos povos indígenas*, na qual aponta propostas e reivindicações para um modelo de saúde mental que contemplasse a diversidade das cosmovisões dos povos indígenas. As Teses da ABRASME, publicadas em 2015, assumem, pois, o posicionamento da entidade através de críticas às políticas para a saúde mental vigentes no país e introduzem propostas que refletem a concepção de cuidado apoiada por ela. O referido documento é constituído por críticas e propostas políticas direcionadas a alguns eixos: a reforma psiquiátrica no Brasil; a medicalização do sofrimento psíquico; o associativismo contra a reação conservadora.

Não obstante, alguns posicionamentos da ABRASME em relação às internações em hospitais especializados, internações involuntárias e hipermedicalização no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico são também alvo de críticas e discordâncias por parte de outras entidades civis, como é o caso dos Conselhos Federais de Medicina e Farmácia, da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Federação Brasileira de Hospitais. Em relação a estes dois últimos, as divergências dão-se especialmente quando o assunto envolve internações involuntárias e compulsórias. Algumas críticas feitas pela ABRASME, em relação a mercantilização do sofrimento psíquico, também são dirigidas às indústrias farmacêuticas, às comunidades terapêuticas e aos hospitais psiquiátricos.

Além disso, a ABRASME também tem feito fortes críticas aos governos, em todas as suas esferas, em relação ao financiamento total ou parcial do dinheiro público que é direcionado pelo Ministério da Saúde à manutenção de hospitais psiquiátricos e das chamadas comunidades terapêuticas, estas últimas, em sua totalidade privadas. Essas críticas dão-se pelo questionamento do uso indevido da loucura para fins de comércio e lucro, a partir do financiamento público.

Nos tópicos anteriores abordamos as relações que a loucura mantém com a doença mental e a saúde mental, suas origens históricas, a força e a importância do discurso médico e a complexidade dos posicionamentos adotados por agentes sociais acerca da loucura, apresentada ora como normal ora como patológica. Além disso, fizemos uma breve revisão bibliográfica sobre os eventos importantes que proporcionaram a ruptura entre a loucura e seus grilhões sociais, institucionais e técnico-científicos, os quais prepararam o terreno para articulação do controle social e das condições propícias para a Reforma Psiquiátrica.

No próximo capítulo, abordaremos a Teoria Dialógica da Linguagem e alguns de seus conceitos-chave que fundamentam o caminho metodológico de nosso estudo.

3 A TEORIA DIALÓGICA DA LINGUAGEM

O pensamento do filósofo russo Mikhail Bakhtin (1895-1975) e do Círculo de intelectuais russos que tinha, entre seus membros, pensadores como Valentin Volóchinov (1895-1936) e Pavel Medvedev (1892-1938) estabeleceu, a partir da filosofia, um campo fértil de discussão e reflexão sobre a natureza da linguagem e suas dimensões extralinguísticas. Ao longo de todo o desenvolvimento das reflexões do Círculo bakhtiniano (1997, 2011, 2013, 2014, 2015a, 2015b, 2016, 2017), seus pensadores consideraram a intrínseca relação entre língua, linguagem, texto, discurso, sujeito, contexto social e história como elementos fundamentais para se poder pensar a relação dialógica da linguagem. A concepção de linguagem, de caráter inacabado, e de permanente construção, no pensamento do Círculo, convencionou-se chamar de Teoria Dialógica da Linguagem cujos pressupostos teórico-metodológicos permitiram a instauração do Método de Análise Dialógica do Discurso, doravante, ADD (BRAIT, 1996, 2008).

Bakhtin, já em suas primeiras reflexões filosóficas, especialmente nos textos *Arte e Responsabilidade* (1919), *Para uma filosofia do ato ético* (1919-1921), *O autor e a personagem na atividade estética* (1922-1924), pensa o mundo a partir de uma arquitetônica do mundo real e cotidiano, levando em consideração as relações alteritárias do *eu-para-mim*, do *eu-para-o-outro* e do *outro-para-mim*.

Para Campos (2015), o tema da arquitetônica perpassa e vai se refinando no conjunto das obras bakhtinianas, especialmente em sua concepção dialógica de linguagem, inscrita na relação entre o *eu* e o *outro*. Isto equivale dizer que, na concepção bakhtiniana de linguagem, o princípio da responsividade, entre enunciados, é constitutivo, ou seja, todo enunciado responde a outros enunciados, proferidos por alguém em qualquer tempo ou espaço.

Não obstante, cabe salientar que é na obra *Hacia una filosofía del acto ético. De los borradores y otros escritos*¹³ que o filósofo (BAJTÍN, 1997) vai estabelecer os princípios ético-filosóficos fundamentais que irão constituir sua *prima filosofía*, acentuando a importância do lugar único e singular que o ser humano ocupa na existência, da nossa responsabilidade, sem alibi, para com os nossos atos, sejam eles em forma de pensamentos, linguagem ou sentimentos. A filosofia do ato ético, no pensamento filosófico bakhtiniano, compreende os

¹³ Texto incompleto e escrito em forma de rascunho entre os anos de 1919 e 1921.

níveis ético (mundo da vida) e o estético (mundo da arte), sendo que este último nos auxilia a compreender a estrutura da arquitetônica do mundo do acontecimento real, cujo centro é o ser humano. Tal compreensão torna-se possível através da ação exotópica¹⁴ real de um contemplador (o autor/artista) que, do lado de fora, contempla a vida, em sua arquitetônica concreta. Como assevera Bajtín (1997, p.78), “a unicidade do homem, contemplada esteticamente, não é, por princípio, a minha unicidade”, tendo em vista ser a atividade estética “uma participação especializada e objetivada”, ou seja, há uma diferença substancial entre a arquitetônica real do mundo vivenciado na vida e aquela do objeto da contemplação estética. Por conseguinte, é diferente viver concretamente a nossa vida e viver a vida do outro, tendo em vista que os valores afirmados, em relação ao primeiro, são distintos do segundo. Aqui não estamos nos referindo a um valor abstrato de uma consciência teórica que conhece o conteúdo semântico geral de qualquer ser humano. Estamos falando “de um valor concreto e efetivo por parte de uma consciência atuante, o do ato ético de valoração que busca sua própria justificativa não a partir de um sistema, mas na realidade concreta, única e irrepetível” (BAJTIN, 1997, p.79). Com isso o filósofo pretende afirmar que o *eu* constitui-se em centro irradiador a partir do qual podemos encontrar todos os demais *eus*, na oposição concreta do *eu* e do *outro*. Não obstante cabe salientar que esta divisão valorativa entre o *eu* e o *outro* não deve ser encarada de forma passiva ou fortuita. Ao contrário. Tem um caráter de dever-ser ativo, visto ser a arquitetônica do *acontecimento do ser*¹⁵, edificada no ato de minha responsabilidade irredutível: “um dever ser concreto é um dever ser arquitetônico: trata-se de realizar meu próprio e único lugar na unicidade do acontecimento do ser, definindo-se, acima de tudo enquanto uma contraposição axiológica entre o *eu* e o *outro*” (BAJTIN, 1997, p.80).

Podemos dizer ainda que já em PFA (BAJTIN, 1997) são assumidos, implícita ou explicitamente, diálogos filosóficos que sustentarão o desenvolvimento do conceito de dialogismo, como podemos observar na seguinte passagem abaixo:

Historicamente, a linguagem foi formando-se a serviço do pensamento participativo e do ato, e por outro lado, somente em sua história atual se colocou a serviço do pensamento abstrato. Para expressar intrinsecamente o

¹⁴ Utilizamos para a ação/posição extralocalizada do autor em relação a personagem ora *exotopia* ora *extralocalização*, de acordo com a tradução utilizada. Nas traduções de Paulo Bezerra, do russo para o português (BAKHTIN, 2011, 2015a, 2015b, 2017), os termos utilizados são *extralocalidade*; *extralocalização*, *ações extralocalizadas*. Na tradução de Bubnova, do russo para o espanhol (BAJTÍN, 1997), à semelhança das traduções feitas do francês para o português, são utilizados para o mesmo conceito os termos *exotopia* e *exotópicas*.

¹⁵ Para Bajtín (1997), o acontecimento do ser é composto de momentos constituintes comuns em suas várias arquitetônicas concretas.

ato ético e o acontecimento singular do ser dentro do qual o ato é realizado, é preciso toda a plenitude da palavra: a unidade de seu aspecto de conteúdo semântico (palavra como conceito), de seu lado expressivo e ilustrativo (palavra como imagem), assim como a entonação emocional e volitiva (BAJTIN, 1997, p.39)¹⁶¹⁷

Nesse sentido, podemos dizer também que no âmbito de toda a obra de Bakhtin (1997, 2011, 2014, 2015a, 2015b, 2017) as relações dialógicas são constituídas a partir de uma concepção de linguagem que considera os contextos extraverbais de produção e as relações de sentidos possíveis nas práticas languageiras entre sujeitos situados histórica e socialmente.

Sendo assim, Bakhtin (2015a), reconhece a importância, mas também os limites da linguística estrutural saussuriana, como ciência capaz de estudar as relações dialógicas, uma vez que a linguística do início do século XX deixara, em segundo plano, justamente a enunciação, a *parole* e voltara-se para as generalizações abstratas da *langue*, crítica ao pensamento abstrato, generalizante e desvinculado da vivência real, a qual também já fora apontada em PFA (BAJTIN, 1997). Por conseguinte, propôs uma nova disciplina para estudar a linguagem em suas relações concretas e dialógicas, denominada *Metalinguística*, que seria, por sua vez, capaz de oferecer os caminhos teóricos, metodológicos e analíticos adequados para o estudo da linguagem em situações reais de comunicação verbal.

Nesta perspectiva, a obra *Problemas da Poética de Dostoiévski* (BAKHTIN, 2015a) parece sinalizar esse novo caminho para pensar a linguagem, conforme podemos observar na citação abaixo:

Intitulamos este capítulo “O discurso em Dostoiévski” porque temos em vista o discurso, ou seja, a língua em sua integridade concreta e viva, e não a língua como objeto específico da linguística, obtido por meio de uma abstração absolutamente legítima e necessária de alguns aspectos da vida concreta do discurso. Mas são justamente estes aspectos abstraídos pela linguística, os que tem importância primordial para os nossos fins. Por esse motivo as nossas

¹⁶ Todas as referências de “*Para uma filosofia do ato*” são de tradução livre nossa de “*Hacia una filosofía del acto ético, de los borradores y otros escritos. Trad. de Tatiana Bubnova. Barcelona: Anthropos; San Juan: Universidade de Puerto Rico, 1997.* tradução do russo para o espanhol.

¹⁷ Históricamente, el language iba formándose en el servicio del pensamiento participativo y del acto, y em cambio, sólo en el día de hoy de su historia se ha puesto al servicio del pensamiento abstrato. Para expresar intrinsecamente el acto ético y el acontecimiento singular del ser dentro del cual el acto se lleva a cabo, se requiere toda la plenitude de la palabra: la unidad de su aspecto de contenido semántico (palavra como concepto), de su lado expressivo e ilustrativo (palavra como imagen), así como de la entonación emocional y volitiva. (BAJTIN, 1997, p.39)

análises subsequentes não são linguísticas no sentido rigoroso do termo. Podem ser situadas na metalinguística, subentendendo-a como um estudo – ainda não constituído em disciplinas particulares definidas – daqueles aspectos da vida que ultrapassam – de modo absolutamente legítimo – os limites da linguística. As pesquisas metalinguísticas, evidentemente, não podem ignorar a linguística e devem aplicar seus resultados. A linguística e a metalinguística estudam um mesmo fenômeno concreto, muito complexo e multifacético – o discurso – mas estudam sob diferentes aspectos e diferentes ângulos de visão. Devem completar-se mutuamente, e não se fundir. Na prática, os limites entre elas são violados com muita frequência. (BAKHTIN, 2015a, p. 207)

Ao propor a *metalinguística*, como disciplina que trataria das relações dialógicas, Bakhtin (2015a) parece sugerir uma ampliação das possibilidades de estudo da linguagem, além da linguística saussuriana, propondo que esta relação entre a *linguística* e a *metalinguística* fosse de complementação, não de exclusão, ao afirmar que “[...] ao estudar o “discurso dialógico”, a linguística deve aproveitar os resultados da metalinguística (BAKHTIN, 2015a, p. 209).

Nesse sentido, quando a linguística ignora os elementos extraverbais das relações dialógicas, incorre-se no problema de tratar a linguagem apenas a partir dos seus elementos generalizáveis. Como podemos ver abaixo, para o filósofo russo, isso é um equívoco.

Assim as relações dialógicas são extralinguísticas. Ao mesmo tempo, porém, não podem ser separadas do campo do discurso, ou seja, da língua como fenômeno integral concreto. A linguagem só vive na comunicação dialógica daqueles que a usam. É precisamente esta comunicação dialógica que constitui o verdadeiro campo da vida da linguagem. Toda a vida da linguagem, seja qual for o seu campo de emprego (a linguagem cotidiana, a prática, a científica, a artística, etc.) está impregnada de relações dialógicas. Mas a linguística estuda a “linguagem” propriamente dita com sua lógica específica na sua generalidade, como algo que torna possível a comunicação dialógica, pois ela abstrai conseqüentemente as relações propriamente dialógicas. Essas relações se situam no campo do discurso, pois este é por natureza dialógico e, por isso, tais relações devem ser estudadas pela metalinguística, que ultrapassa os limites da linguística e possui objeto autônomo e metas próprias. (BAKHTIN, 2015a, p. 209).

Entendemos que é essa linguagem real e concreta, responsiva e em movimento constante, em sua dinamicidade, formada por elementos intra e extraverbais, que interessa aos estudos do Círculo. E é a partir da Teoria Dialógica da Linguagem que abordaremos alguns principais

conceitos-chave que a circunscrevem, tais como: dialogismo; autoria, excedente de visão e extralocalização; tema e significação, horizonte social, tom emocional e volitivo e acento apreciativo.

3.1 O DIALOGISMO

No âmbito das obras assinadas por membros do chamado Círculo de Bakhtin (1997, 2011, 2014, 2015a, 2015b, 2016, 2017), foram sendo formulados vários conceitos que circunscrevem o âmbito da linguagem. Entre eles está o de *dialogismo* que vai sendo refinado neste conjunto de obras. Para Bakhtin (1997, 2011, 2014, 2015a, 2015b, 2017), o dialogismo é a condição *sine qua non* da comunicação humana. Para ele (BAKHTIN, 2015a) todo o enunciado tem um autor e dialoga com outros enunciados, respondendo-os, refutando-os, antecipando-os, ratificando-os, enfim, firmando sua existência ao dialogar com enunciados outros.

Além disso, cabe destacar que o diálogo está intrinsecamente relacionado à compreensão (BAKHTIN, 2015, 2017). Quando compreendemos, ativamente, algum enunciado, estamos também respondendo e posicionando-nos em relação a estes enunciados. As relações dialógicas que se estabelecem entre locutor (autor) e interlocutor, só podem existir porque o locutor antecipa posicionamentos, respostas, indagações, recusas, enfim, toda a compreensão ativa do interlocutor.

É possível observar algumas abordagens sobre tais relações dialógicas em algumas obras do Círculo, especialmente em *Marxismo e Filosofia da Linguagem* (2014[1929]), de autoria atribuída a Volóchinov, *Problemas da Poética de Dostoiévski* (2015[1930]) e *Teoria do Romance I* (2015[1930]), estas duas últimas de autoria de Bakhtin. Na primeira dessas obras, MFL, Volóchinov (2014) aborda o discurso do outro, através do discurso citado e, como a presença do discurso do outro aparece de forma diferenciada nos discursos direto, indireto e indireto-livre. Em PPD, Bakhtin (2015a) trata as questões sobre o discurso monovocal e bivocal, baseando sua reflexão no âmbito de sua análise sobre a poética do romancista russo. Em *Teoria do Romance I*¹⁸, especialmente no capítulo *O falante no discurso*, Bakhtin discorre

¹⁸ *Teoria do Romance I – A estilística*, foi publicado no Brasil a partir de edições de textos do russo para o português, como segundo texto da coletânea intitulada *Questões de Literatura e Estética* (2014) pela editora Hucitec. Na edição que utilizamos para este trabalho o texto *Teoria do Romance I-A estilística* foi publicado como texto separado, traduzido do russo para o português em tradução feita por Paulo Bezerra em 2015. Este texto é a primeira parte do projeto que comporá em três partes, a obra *Teoria do Romance*, ainda no prelo.

sobre o problema do discurso autoritário e o discurso de autoridade, ou discurso interiormente persuasivo. Estes são abordados como constituintes da formação ideológica. Pensamos ser importante nos determos nos modos de tratamento do discurso dialógico nestas três obras.

3.1.1 O discurso de outrem

Em *Marxismo e filosofia da linguagem*, Volochínov (2014) trata a questão do discurso alheio a partir do discurso direto, indireto e indireto livre. Em relação ao discurso indireto, o pensador (2014) aponta ainda duas outras possibilidades de citação do discurso de outrem, o estilo linear e o pictórico. No primeiro caso, o discurso indireto linear, Volochínov (2014, p.156) afirma que “A tendência principal do estilo linear é criar contornos exteriores nítidos à volta do discurso citado, correspondendo a uma fraqueza do fator individual interno”. Desta forma, no discurso linear, o discurso autoral estabelece uma relação de autoridade com o enunciado alheio. Essa autoridade do discurso autoral faz com que seja restringida a interação com o discurso citado e aponta para a homogeneidade estilística do discurso. “Nos casos em que existe completa homogeneidade estilística de todo o texto (o autor e suas personagens falam a mesma língua), o discurso construído como sendo o de outrem atinge uma sobriedade e uma plasticidade máximas” (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2014, p.156).

A segunda orientação do discurso indireto, o estilo pictórico, é caracterizado pelo apagamento das fronteiras entre o discurso narrativo e o discurso citado de outrem. No estilo pictórico existe uma elaboração mais sutil e flexível da resposta e do comentário do discurso narrativo em relação ao discurso citado de outrem. As fronteiras de contornos nítidos, que são percebidas no estilo linear, podem ser percebidas de forma diametralmente opostas no caso do estilo pictórico. Este último tende à decomposição da integralidade do discurso no contexto narrativo, bem como, do fechamento do discurso citado, ou seja, existe o apagamento das fronteiras entre o discurso autoral, citante e o discurso alheio, citado. Para Volochínov (2014, p.157), neste caso, “O narrador pode deliberadamente apagar as fronteiras do discurso citado, a fim de colori-lo com as suas entoações, o seu humor, a sua ironia, o seu ódio, com o seu encantamento ou o seu desprezo”. É possível, nesta segunda tendência, perceber a predominância do relativismo de avaliações sociais que o distanciam do dogmatismo autoritário e racionalista típicos do estilo linear.

Volochínov (2014) aponta entre os estilos linear e o pictórico algumas variantes. São elas: o *discurso indireto analisador de conteúdo*, o *discurso indireto analisador da expressão*; a *variante impressionista*; o *discurso direto preparado*; o *discurso direto esvaziado*; o *discurso citado antecipado, disseminado, oculto no contexto autoral*; o *discurso direto retórico* e o *discurso direto substituído*.

O *discurso indireto analisador de conteúdo* é uma das variações do discurso indireto relacionada ao discurso linear. Essa variação estilística dá prioridade aos aspectos temáticos do discurso de outrem ao mesmo tempo que estabelece uma nítida distância entre o discurso autoral citante e o discurso alheio, citado. Esse nítido distanciamento, exercido pelo discurso autoral, em relação ao discurso alheio, proporciona amplas condições para que o discurso do autor comente o discurso do outro, tornando o discurso alheio despersonalizado. Também dentro das modificações do discurso indireto, em seu estilo linear, ou seja, por meio do qual são introduzidos palavras e modos de dizer do discurso de outrem que se expressam de forma individualizada, Volochínov (2014) aponta o *discurso direto analisador de expressão*. Esta variação ou tendência estilística linear procura evidenciar o modo típico de expressão, da fala do sujeito citado, colocando, em geral, suas palavras marcadas entre aspas.

Uma outra variação apontada por Volochínov (2014) é a *variante impressionista*, que é essencialmente encontrada na língua literária russa, e transmite o discurso interior dos heróis/personagens de modo bastante livre, uma vez que, em geral, o abrevia ou aponta seus principais temas. O *discurso indireto de variante impressionista* encontra-se num meio-termo entre as duas variantes do discurso indireto citados acima: o *analisador de conteúdo* e o *analisador de expressão*.

No caso das orientações de estilo do discurso direto, Volochinov (2014) aponta ainda a variante do *discurso direto esvaziado* no qual o discurso narrativo descreve pormenorizadamente a personagem. Essa rica descrição do herói torna-se mais importante no contexto autoral e isso faz com que o conteúdo do discurso da personagem torne-se menos importante. A medida que o peso semântico do discurso alheio da personagem diminui, proporcionalmente aumenta a caracterização pitoresca e original desta. Além do *discurso direto esvaziado*, Volóchinov (2014) também fala sobre duas outras variantes do discurso direto: o *discurso citado antecipado e disseminado, oculto, no contexto narrativo*, e o *discurso direto retórico*.

No caso da variante do discurso oculto, trata-se de um modo de interferência discursiva, ou seja, de entrecruzamento de discursos com tonalidades, acentos e expressividades distintas. Nesse caso, o contexto narrativo é perpassado pelas formas de expressão do discurso citado de outrem, pelo modo de falar e pela entoação da personagem. Em geral, o autor usa essa variante estilística para ironizar o universo valorativo e as expressões da personagem.

Por último, Volochínov (2014) fala sobre o *discurso direto retórico*, o qual está próximo do discurso indireto livre. A exclamação retórica e a pergunta retórica são típicas dessa variante. Tanto a exclamação quanto a pergunta retórica encontram-se no limite entre o discurso narrativo autoral e o discurso citado alheio, uma vez que podem ser interpretadas tanto como o discurso de um como do outro. Porém, nesses casos, prevalece a centralidade do autor, uma vez que o mesmo fala em nome da personagem. O *discurso direto substituído* é a variante em que o autor fala no lugar do personagem, substitui o seu dizer pelo que ele mesmo, o personagem deveria falar, muitas vezes o antecipando. Os dois discursos, o narrativo e o citado, têm a mesma direção entonacional.

Tendo visto o tratamento dado ao discurso alheio, por Volochínov (2014), em *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, passamos agora ao tratamento dado ao discurso monovocal e bivocal em *Problemas da Poética de Dostoiévski* (2015a) e sobre o discurso autoritário e o discurso interiormente persuasivo, em *Teoria do Romance I: A estilística* (2015b), ambos os textos assinados por Mikhail Bakhtin.

3.1.2 O discurso monovocal e o discurso bivocal

Em *Problemas da Poética de Dostoiévski*, Bakhtin (2015a) aborda as relações dialógicas do discurso a partir de um outro ângulo: aquele do discurso monovocal e bivocal, e de três diferentes tipos. Os discursos de primeiro tipo, ou seja, o “Discurso direto imediatamente orientado para o seu referente, como expressão da última instância semântica do falante” (BAKHTIN, 2015a, p.228); e o segundo tipo, o “Discurso Objetificado (discurso da pessoa representada)” (BAKHTIN, 2015a, 228). Ambos são considerados como monovocais. Já o discurso bivocal, ou seja, o de terceiro tipo, é o “Discurso orientado para o discurso do outro (discurso bivocal)” (BAKHTIN, 2015a, 228) que, por sua vez, é concebido de modo passivo e ativo.

O discurso de primeiro tipo é um discurso direto. Esse tipo de discurso é voltado para o objeto ou referente e nele não há a presença de outras vozes. Para Bakhtin (2015a, p.213) o discurso referencial, direto e imediato é o discurso que “nomeia, comunica, enuncia, representa, que visa a interpretação referencial e direta do objeto”. Já o discurso de segundo tipo, o que é representado, objetificado ou ainda, centrado no referente, é o discurso tipicamente encontrado na fala do personagem/herói através do discurso referencial, ou seja, o discurso de primeiro tipo (BAKHTIN, 2015a, p.213). O discurso típico da personagem, porém, está sempre submetido ao discurso do autor.

Sempre que no contexto do autor há um discurso direto – o de um herói, por exemplo –, verificamos nos limites de um contexto dois centros do discurso e duas unidades do discurso: a unidade da enunciação do autor e a unidade da enunciação do herói. Mas a segunda unidade não é autônoma, subordina-se a primeira e dela faz parte como um de seus momentos. (BAKHTIN, 2015a, p.214)

Nesse sentido, não pode haver diálogo entre esses discursos, pois o personagem fala de seu mundo, através do discurso referente e o autor, através do seu excedente de visão, lhe dá o acabamento estético. Como falamos anteriormente, os discursos de primeiro e segundo tipo são considerados, por Bakhtin (2015a), como discursos monovocais.

O discurso bivocalizado é o discurso de terceiro tipo que é o discurso do *skaz*, da paródia, da estilização, do diálogo, etc. Nesse tipo de discurso existe a presença de outras vozes e a possibilidade do diálogo de diferentes e variados modos.

O discurso bivocalizado se expressa, segundo Bakhtin (2015a) de duas formas diferentes: a forma passiva e a ativa. Na primeira forma, a passiva, o autor do discurso apropria-se do discurso do outro e estabelece o domínio do discurso do outro para fins próprios. Pode ser de orientação única ou vária. No caso do discurso bivocalizado passivo, de orientação única, podem ser consideradas as seguintes modalidades: a estilização; a narração do narrador; o discurso não objetificado do herói-agente (em parte) do discurso do autor; o *Icherzählung* (narração em primeira pessoa). Observe-se que, nestes tipos de discurso reduz-se “o grau de concretude”, e a tendência é a da “fusão de vozes, isto é, para o discurso do primeiro tipo” (BAKHTIN, 2015, p. 228). No discurso bivocal, de orientação vária, são apontadas a paródia, em todas as suas gradações; a narração parodística; o *Icherzählung* paródico; o discurso do herói parodisticamente representado e qualquer transmissão da palavra do outro com mudança de

acento. Nessas formas de discurso vário, “havendo redução do grau de concretude e ativação da ideia do outro, tornam-se internamente dialógicas e tendem para a decomposição em dois discursos (duas vozes) do primeiro tipo (BAKHTIN, 2015a, p.228). O discurso de terceiro tipo, único ou vário, é constituído a depender da relação entre o autor e o outro.

No discurso do terceiro tipo único mais comum, a *estilização*, o autor refere-se ao objeto presente de modo anterior no discurso e abre espaço para que o leitor/ouvinte o perceba como duas vozes presentes, a do autor e a do narrador. No caso do discurso de terceiro tipo vário, a paródia, é estabelecida uma relação de luta entre vozes através da ironia e do sarcasmo. Em relação a essa forma do discurso o próprio Bakhtin (2015a) aponta um bom exemplo:

No discurso prático da vida é extremante difundido esse emprego do discurso do outro, sobretudo no diálogo, em que um interlocutor muito a miúdo repete literalmente a afirmação do outro interlocutor, revestindo-a de novo acento e acentuando-a a seu modo com expressões de dúvida, indignação, ironia, zombaria, deboche, etc. (BAKHTIN, 2015a, p.222-223)

O discurso passivo vário, estabelece, por parte do autor, uma relação de crítica ao discurso de outrem.

O discurso bivocalizado ativo, ou discurso refletido do outro, é apontado, por Bakhtin (2015a), como sendo a polêmica interna velada; a autobiografia e a confissão polemicamente refletidas; qualquer discurso que visa o discurso do outro; a réplica do diálogo ou o diálogo velado. Sobre essas formas de discurso, de terceiro tipo ativo, Bakhtin (2015a, p.229) aponta que “o discurso do outro influencia de fora para dentro; são possíveis formas sumamente variadas de interrelação com a palavra do outro e variados graus de sua influência deformante. O centro do discurso não é mais o autor, através do controle que exerce sobre o discurso do outro, mas, nesse caso, o autor dirige-se ao objeto e espera a participação ativa do discurso do outro através de um discurso responsivo. Essa resposta pode ser contrária e isto é esperado por parte do autor, que antecipa respostas, antevendo argumentos e possíveis contradiscursos. Bakhtin (2015a), por exemplo, trata da polêmica oculta como sendo uma relação conflituosa com o discurso do outro e antecipadamente sujeito a desvalorização, deslegitimação e ressalvas por parte do autor falante.

Em seu texto, Bakhtin (2015a) também refere-se ao *discurso intensamente dialógico*. Neste, há uma relação de conflito, de polêmica que está presente de modo oculto nas réplicas dos diálogos, antecipando-se as réplicas do interlocutor. Além do discurso intensamente

dialógico, Bakhtin (2015a) refere-se ainda à *dialogicidade oculta*, presente no diálogo, mas no qual não há explicitamente a presença do interlocutor do discurso. Sendo assim, na *dialogicidade oculta*, é possível apenas observar os efeitos exercidos pelo discurso do outro no discurso do autor/falante.

Vejam, no tópico a seguir, como Bakhtin (2015b) aborda as relações dialógicas de modo bem diferente da descrição acima, ou seja, considerando as relações entre o discurso autoritário, o discurso interiormente persuasivo e a formação ideológica do indivíduo.

3.1.3 O discurso autoritário e o discurso interiormente persuasivo

Bakhtin, em *Teoria do Romance I – A estilística* (2015b), aborda as relações dialógicas de uma outra forma, apontando as possibilidades do discurso alheio como *discurso autoritário e discurso interiormente persuasivo*. Para o autor (2015b), as relações entre estes discursos extrapolam os problemas linguísticos da literatura, já que a relação polêmica, entre estes discursos, costuma determinar a história da consciência ideológica individual.

Ganha um significado ainda mais profundo e substancial a diretriz voltada para a assimilação do discurso do outro no processo de formação ideológica do homem, na própria acepção do termo. Aqui, o discurso do outro já não atua como informação, instrução, regras, modelos, etc.; ele procura determinar os próprios fundamentos da nossa relação ideológica com o mundo e do nosso comportamento, atua aqui como um discurso autoritário e como discurso interiormente persuasivo. (p.136)

Para Bakhtin (2015b), o discurso autoritário é aquele que exige reconhecimento, distanciamento e reverência. É o discurso pré-dado e vem a nós especialmente pela fala de nossos pais e das instituições. O discurso autoritário é o discurso “religioso, político, moral, o discurso dos pais, dos adultos, dos mestres, etc.” (BAKHTIN, 2015, p.136). Este tipo de discurso carece de persuasibilidade interna para a nossa consciência. O Discurso autoritário apresenta-se externamente para sujeito e não está aberto ao questionamento, uma vez que este se pretende verdade incontestável. O discurso científico, por exemplo, pretende a última palavra sobre uma verdade, mesmo que esta não seja permanente. Ao discurso autoritário estão relacionados valores como o oficialismo, o autoritarismo e o universalismo (BAKHTIN, 2015b).

O discurso interiormente persuasivo, por sua vez, apresenta-se de forma oposta ao autoritário. Para Bakhtin (2015b, p.136), o discurso interiormente persuasivo é “desprovido de autoritarismo”. Ou seja, esse tipo de discurso, está relacionado à palavra do sujeito, mas também à palavra alheia, que se misturam, e não se apoia em nenhum tipo de autoridade, mas também frequentemente carece de reconhecimento social de qualquer tipo: seja “pela opinião pública, pela ciência, pela crítica e até de legalidade” (BAKHTIN, 2015, p.136). O discurso interiormente persuasivo dá novos e diferentes sentidos a partir de novos contextos, uma vez que sua palavra é contemporânea e criativa. Na avaliação e na compreensão do discurso do dia a dia, esses dois tipos de discurso então em permanente embate e se alternam constantemente.

Nos tópicos a seguir, passamos a abordar os conceitos de *autor*, *excedente de visão e extralocalização*, *tema e significação* e *acento apreciativo* que nos auxiliarão a aprofundar questões pertinentes acerca do sentido.

3.2 AUTOR, EXCEDENTE DE VISÃO E EXTRALocalização

Em *O autor e a personagem na atividade estética*, Bakhtin (2011, p.151), considera o autor como “o agente da unidade tensamente ativa do todo acabado, do todo da personagem e do todo da obra, e este é transgrediente a cada elemento particular desta.” Bakhtin (2011), atribui ao autor o caráter de unidade dentro da obra que está em constante relação dialógica com todos os elementos desta. Essa relação responsiva quanto a esses elementos, em especial a personagem, possibilita a equipolência de vozes, ou seja, a relação equânime entre as vozes dos personagens.

O *excedente de visão* do autor em relação à personagem é o que permite que ele dê acabamento a esta. Esse *excedente de visão* é uma memória de futuro específica em relação a obra (ALMEIDA, 2011), que o permite ter domínio, conhecimento, antecipação do todo acabado da personagem e da obra, além de responder ao todo de cada aspecto desta. Nesse sentido o *excedente de visão* é a possibilidade que o sujeito tem de ver mais de um outro sujeito do que o próprio sujeito vê de si mesmo, devido a sua posição extralocalizada, de sua posição única no mundo que lhe permite poder constituir o todo de um outro indivíduo a partir de um acabamento, não egoísta, mas generoso. Nesse sentido, o *excedente de visão* do autor para com a personagem pode ser considerado uma experiência que tenho em relação a um *outro*, a qual eu próprio não tenho de mim, mas que o *outro* pode, por seu turno, ter a respeito de mim. Nesse

sentido, é impossível que duas pessoas olhem para o mesmo objeto da mesma forma e do mesmo ponto de visão, “assim como dois corpos não podem ocupar o mesmo lugar no espaço, dois olhares não podem visualizar um objeto sob o mesmo ângulo” (GOIS, 2010).

Nesse sentido, Bakhtin (2011) ao falar sobre a autoria na atividade literária, destaca que o autor se orienta no mundo estético e a personagem “vive de modo cognitivo e ético. Seu ato se orienta em um acontecimento aberto e ético da vida ou no mundo dado do conhecimento”. Para Bakhtin (2011), o autor de uma obra literária não deve ser concebido a partir da vida do autor no acontecimento ético, no mundo fora da obra, mas deve ser percebido como parte dos elementos internos a uma obra, uma vez que este faz parte dela como efeito, como unidade tensa e ativa do todo da obra. Nesse sentido, o autor-criador “é participante do acontecimento artístico”. Ou seja, não há uma relação direta e mecânica entre a vida e os pontos de vista do autor-pessoa no acontecimento ético da vida e do autor-criador como elemento da obra.

Segundo o filósofo russo (BAKHTIN, 2011), para que haja o acontecimento estético é necessário que exista transgrediência, ou seja, é preciso que haja duas consciências não coincidentes. Se assim não ocorre, trata-se de um acontecimento ético, cognitivo, ou inclusive religioso que se dá quando os autores-pessoa e as personagens coincidem e estão lado a lado diante de valores comuns, mas nesses casos, o autor não é concebido dentro do acontecimento estético.

3.3 TEMA E SIGNIFICAÇÃO

Em *Marxismo e filosofia da linguagem*, Volochínov (2014) já apresentava o problema da significação como sendo um dos mais difíceis para a linguística. Para o autor (2014), um sentido único e definido é inerente a todo enunciado e o sentido único de um enunciado completo é o seu tema. Sendo assim, o tema é sempre único, individual e não reiterável. O tema é a expressão de uma situação histórica concreta. Como podemos observar, a questão dos elementos composicionais e situacionais do enunciado são retomados quando o autor aborda a significação, uma vez que o tema do enunciado “[...] é determinado não só pelas formas linguísticas que entram na composição (as palavras, as formas morfológicas ou sintáticas, os sons, as entoações), mas igualmente pelos elementos não verbais da situação” (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2014, p.134). O tema de um enunciado é sempre concreto e atrelado à situação histórica de forma indissociável. “Somente a enunciação, tomada em toda a

sua amplitude concreta, como fenômeno histórico, possui um tema. Isto é o que se entende por tema da enunciação” (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2014, p.134).

A significação por sua vez, diferentemente do tema, é considerada como aquele elemento do enunciado que é reiterável a cada vez que é enunciada. Assim sendo, o tema seria a parte de um estágio superior da capacidade linguística de comunicação; já a significação seria o estágio inferior dessa capacidade, uma vez que não significaria nada por si mesma, constituindo-se apenas em uma potencialidade da capacidade de significar.

3.4 ACENTO APRECIATIVO

A partir da diferença apontada aqui entre os conceitos de *tema* e *significação*, é importante que nos atenhamos a relação intrínseca existente entre os dois aspectos que o sentido mantém com o problema da compreensão. Nessa perspectiva, toda a forma de compreensão será sempre responsiva e ativa, ou seja, exige uma resposta do interlocutor, considerando-se ainda que todo e qualquer enunciado é sempre acompanhado de concordância, discordância, complementação, etc. Tais respostas podem ser tanto verbalizadas, pelos interlocutores, como permanecer na forma de um discurso internalizado por eles. Para Volochínov (2014), quanto mais numerosas, substanciais e profundas forem nossas palavras, ou melhor, nossas respostas aos enunciados, mais profunda será também nossa compreensão: Segundo o pensador russo, “a compreensão é uma forma de diálogo; ela está para a enunciação, assim como a réplica está para a outra no diálogo. Compreender é opor a palavra do locutor uma contrapalavra (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2014, p.137).

Quanto à significação, ela é aquele elemento que une os interlocutores, uma vez que é realizada a partir de suas compreensões ativa e responsiva. A significação “[...] é o efeito da interação do locutor e do receptor produzido através do material de um determinado complexo sonoro (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2014, p.137).

Além do tema e da significação, existe um outro importante elemento a ser considerado em relação à toda a palavra que entra na corrente verbal de comunicação em um dado horizonte social: o acento apreciativo ou acento de valor. Tal acento acompanha qualquer conteúdo objetivo expresso, seja ele escrito ou falado, o qual confere o tom, o valor, o juízo axiológico daquilo que é dito. Para Volochínov (2014) “Sem acento apreciativo não há palavra”. De forma

mais geral, o acento apreciativo dá-se através da entonação expressiva que abrange a maioria das situações mais imediatas do cotidiano as quais, na maioria das vezes, são determinadas pelas circunstâncias mais superficiais e efêmeras da comunicação.

Ao abordar o acento apreciativo expresso através de entonações, Volochínov (2014) dá um exemplo retirado do livro *Diário de um escritor*, de autoria de Dostoiévski, em que seis operários enunciam em uma determinada situação a mesma palavra, que apesar de ser o mesmo elemento sonoro repetível (significação), de modo algum se poderia considerar que expresse o mesmo sentido, uma vez que trata-se de seis sentidos (temas) que, como já observamos no tópico anterior, são propriedade do enunciado e são irrepetíveis e dotados de significação própria e completa. O exemplo foi mencionado para ilustrar o acento apreciativo que acompanha axiologicamente cada tema na enunciação, conforme podemos observar da citação abaixo:

As seis “falas” dos operários são todas diferentes, apesar do fato de todas consistirem de uma mesma e única palavra. Essa palavra, de fato, só constitui um suporte da entoação. A conversa é conduzida por meio de entoações que exprimem as apreciações dos interlocutores. Essas apreciações, assim como as entoações correspondentes, são inteiramente determinadas pela situação imediata em cujo quadro se desenvolve a conversa; é por isso que elas não têm necessidade de um suporte concreto. No registro familiar, a entoação as vezes não tem nada a ver com o conteúdo do discurso. O material entoativo acumulado anteriormente encontra muitas vezes uma saída em construções linguísticas que não são absolutamente adaptadas à entoação em questão. Mais ainda, a entoação não se integra no conteúdo intelectual, objetivo, da construção (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2014, p.139).

Sendo assim, tomando o exemplo do referido texto como ponto de reflexão, o tema da enunciação realiza-se através da entonação expressiva de forma completa e exclusiva, sem ajuda dos elementos reiteráveis da enunciação (significação) das palavras ou da articulação verbal: “Os acentos apreciativos dessa ordem e as entoações correspondentes não podem ultrapassar os limites estreitos da situação imediata e de um pequeno círculo social íntimo. Podemos qualificá-los como auxiliares marginais das significações linguísticas” (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2014, p.139-140).

Mas além dos contextos situacionais mais íntimos e imediatos, mesmos nas situações e horizontes sociais mais amplos, o enunciado é construído a partir de uma orientação apreciativa. Há sempre, no enunciado, e ao mesmo tempo, um sentido e uma avaliação. Não havendo a

possibilidade de existir enunciado sem modalidade apreciativa (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2014). Além disso, a apreciação é o que, de fato, forma a significação objetiva, indicando que uma determinada significação faz parte do horizonte imediato e social dos interlocutores.

[...] é à apreciação que se deve o papel criativo nas mudanças da significação. A mudança de significação é sempre, no final das contas, uma reavaliação: o deslocamento de uma palavra determinada de um contexto apreciativo para outro. A palavra ou é elevada para um nível superior, ou abaixada a um inferior. (BAKHTIN/ VOLOCHINOV, 2014, p.140)

Para compreendermos a evolução semântica da língua é necessário reconhecer que esta evolução dá-se a partir da avaliação social. Para Volochínov (2014), tudo o que é importante, ou deixa de ter valor, o que ganha *status* e o que perde, o que se torna sinal de saúde ou de patologia, enfim, tudo o que torna-se privilegiado, por parte de um determinado grupo, é determinado pela ampliação da base econômica, ou seja, pela ampliação do horizonte social¹⁹.

¹⁹ O Horizonte Social é constituído pelo conjunto de interesses e valores, sempre em processo de formação, de um determinado grupo social, bem como, do autor e da personagem na transmissão do discurso de outrem. A sua ampliação constante provoca a reavaliação e a redistribuição dos sentidos linguísticos antigos.

4 O CUIDADO

O cuidado é uma noção que assume um lugar central em relação à temática do presente estudo. Por conseguinte, neste contexto, é importante destacar que o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico não é necessariamente um cuidado específico, ou pelo menos não o deveria ser, uma vez que a própria noção do que seria normal ou patológico é bastante diversa e conflitante, especialmente no campo da psicopatologia (CANGUILHEM, 2011). A noção de um cuidado específico, porém, tem sido fortalecida pelo discurso médico (CLARVREUL, 1983) e há muito foram apontados problemas e riscos acerca de se conceber cuidados específicos a pessoas em sofrimento psíquico que tendem a separar o louco de sua humanidade e, muitas vezes, o concebe de forma generalizante e abstrata como a um objeto. Este tipo de pensamento tende a transformar o louco em um tipo de pessoa diferente do resto da humanidade. Isso dito, devemos refletir sobre o cuidado do ser humano em sua relação consigo mesmo, com os outros e pelos outros.

Assim como apontado nos trabalhos de Saraceno (1996) e Lüchmann e Rodrigues (2007), os cuidados em saúde mental ainda estão à espera de uma teoria. Além disso, cabe destacar que os militantes da Reforma Psiquiátrica não propuseram, em nenhum momento, uma teoria sobre o cuidado. No entanto, é possível fazer aproximações entre algumas teorias e reflexões sobre o cuidado que concebem o homem de forma mais ampla e que respeitem a sua singularidade. Sendo assim, abordamos a noção de cuidado, tomando como referência o pensamento histórico-filosófico de Foucault (1984, 1985, 2010). Este mostra o cuidado, especialmente a partir do período helenístico-romano como coletivo, relacionado a todos, independentemente de classe social, idade, profissão, etc. Ou seja, em Foucault (1984, 1985, 2010) é possível identificar um pensamento coletivo perpassando o conceito de cuidado, o que permite fazermos uma aproximação à concepção de cuidado em saúde mental.

Em suma, entendemos o cuidado em saúde mental como um cuidado coletivo, que cabe a todos os envolvidos, usuários, familiares, profissionais e, em última instância, a sociedade em geral, através de meios políticos que visem criar condições suficientes para que a pessoa, em sofrimento psíquico, possa tornar-se cuidadora de si mesma e dos outros com os quais ela se relaciona, ou seja, que possa tornar-se autônoma através do cuidado e para o cuidado.

Para tanto, achamos importante apresentar, de forma sucinta, o pensamento sobre o *cuidado de si* em Foucault (1984, 1985, 2010). Propomos caminhar brevemente entre as ideias

deste pensador e introduzir alguns apontamentos acerca do cuidado a partir de suas reflexões. Vejamos, pois, como o *cuidado de si* foi concebido por Foucault (1984, 1985, 2010), em três momentos distintos de sua obra. Este conceito é considerado fundante em seu pensamento e continua influenciando fortemente as concepções sobre o *cuidado* até os dias atuais.

4.1 O CUIDADO DE SI

O filósofo francês, Michel Foucault, em uma terceira e última fase de seus interesses filosóficos, posterior às fases voltadas ao sujeito do conhecimento e às relações de poder, voltou-se para questões da ética na sociedade ocidental. (VIVAR Y SOLER; 2008, BOLSONI, 2012; GALLO, 2017). Nos livros, *O uso dos Prazeres* (1984) e *O cuidado de si* (1985), além de em *Hermenêutica do sujeito* (2010), escrito a partir dos manuscritos das aulas dadas no *Collège de France*, no verão de 1982, percorre os modos de pensar o *cuidado de si* deste o século V a.C. até os séculos IV e V de nossa era. Esta reflexão sobre o *cuidado de si* perpassa o pensamento socrático-platônico, helenístico-romano e ascético-monástico ou cristão.

O conceito *cuidado de si* ou *epiméleia heautoû*²⁰, mesmo na Grécia antiga, segundo Foucault (2010), é concebido como uma aplicação concreta de todo o *cuidado de si* mesmo no período socrático-platônico, especialmente entre os jovens da aristocracia ateniense. Esse *cuidado* é constituído por uma ocupação regrada, de um trabalho com objetivos e procedimentos que visavam o aprimoramento da capacidade para o ofício, especialmente o político.

Foucault (2010) parte do diálogo Alcibíades²¹, de Platão para evidenciar a preocupação desde o século V a.c. com o *cuidado de si*. A partir deste diálogo, Platão apresenta Sócrates

²⁰ “*Epiméleia heautoû* é o cuidado de si mesmo, o fato de ocupar-se consigo, de preocupar-se consigo, etc.” ou ainda *cura sui* para os latinos. (FOUCAULT, 2010, p.04).

²¹ Alcibíades era um jovem ateniense, enamorado de Sócrates. No fim do diálogo Alcibíades, escrito por Platão, Alcibíades, angustiado por já ter passado da idade ideal para governar, recebe conselhos de Sócrates acerca do cuidado de si. Alcibíades é um jovem de família rica e com status em Atenas, tanto pelo lado materno quanto paterno. Teve como tutor Péricles, que não soube educar bem seus próprios filhos uma vez que não dispunha das qualidades e comportamentos que pudesse levar alguém sob sua tutela a cuidar de si mesmo, já que ele mesmo não o fazia. Alcibíades era jovem, exageradamente rico, bonito e muito assediado por homens que apenas se interessavam por sua beleza e fortuna e não pela emancipação do mesmo através dos ensinamentos sobre o cuidado de si. Apesar de jovem, Alcibíades passava a envelhecer, já sendo um jovem adulto e ficando evidente que o interesse que despertava era material e passageiro. Fica evidente no diálogo que Alcibíades não soube cuidar de si, pois achava que beleza, fortuna e *status* eram suficientes para garantir um lugar no governo de Atenas. Sócrates em seu diálogo com Alcibíades o faz perceber que ele mesmo não sabe quais as qualidades de um bom governante e nem o propósito de governar, no entanto, o filósofo diz que apesar de os cuidados consigo deverem começar no

como filósofo que incitava os gregos a pensar, ocupar, cuidar de si mesmos. Em seu diálogo com Alcibíades, Sócrates havia se empenhado em fazer com que o próprio jovem se ocupasse de si mesmo, inquirindo-o sobre os motivos de querer ser governante de Atenas. Ao não saber responder as perguntas do filósofo e, constatando sua própria ignorância quanto aos propósitos de governar a cidade, Alcibíades teria se dado conta, a partir das indagações de Sócrates, da necessidade de cuidar de si mesmo, uma vez que, apenas cuidando de si, seria capaz de governar, proteger e fazer reinar a concórdia sobre os atenienses. Foucault (2010), resume o conselho de Sócrates a Alcibíades da seguinte maneira: “é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidado contigo mesmo” (FOUCAULT, 2010, p. 07). Além disso, faz a ressalva de não ser ainda tarde para que Alcibíades cuidasse de si mesmo, pois ainda poderia governar por não ter chegado ainda a velhice. “[...] Alcibíades se desespera. Sócrates consola-o dizendo-lhe: não é tão grave assim, não te inquietes, afinal tu não tens cinquenta anos, és jovem, portanto, tens tempo.” (FOUCAULT, 2010, p.57-58).

Para o pensamento socrático-platônico, cuidar de si mesmo evidenciava uma relação “singular, transcendente, do sujeito em relação ao que o rodeia, aos objetos que dispõe, como também aos outros com os quais se relaciona, ao seu próprio corpo e, enfim, a ele mesmo” (FOUCAULT, 2010, p. 50).

Para o entendimento da época, segundo Foucault (2010), os cuidados de si estavam entrelaçados em seu caráter erótico, pedagógico e político. Erótico pois, em geral, dava-se na relação entre os enamorados, relação na qual um mestre incitaria o seu enamorado e pupilo ao cuidado de si mesmo. Pedagógico, uma vez que o cuidado de si seria pautado por quatro pilares que constituiriam a boa educação de um cidadão da elite: a sabedoria (*sophía*), a justiça (*dikaiosyne*), a temperança (*sophrosyne*), e a coragem (*andreía*) (FOUCAULT, 2010). E político, já que o cuidado de si, assim como dissemos, era uma prática desenvolvida no seio de uma elite aristocrática, especialmente a elite ateniense, a qual pertenciam os jovens como Alcibíades, jovens que, cuidando de si, estariam em breve aptos a governar (BOLSONI, 2012). Sendo assim, uma das principais características do cuidado de si seria seu caráter político: “é preciso cuidar-se para bem cuidar da cidade, governar-se para governar os outros; desempenhando papel ‘claramente instrumental’, a relação de si para consigo passa, portanto, pela ‘mediação da cidade’” (FOUCAULT, 2011, p. 74).

início da juventude, Alcibíades ainda disfrutava de tempo para poder cuidar de si por não ter chegado aos 50 anos. (BOLSONI, 2012)

A necessidade de vencer a ignorância e a ignorância do que se ignora, bem como a importância de conhecer a si mesmo por meio da verdade e assim conhecer o divino são também outras características do cuidado de si no entendimento socrático-platônico. Este modo de conceber o cuidado foi vigente até antes da era de ouro do cuidado de si, quando deu início o segundo período destacado nas aulas do *Collège de France*.

Foucault (2010) leva para suas aulas um segundo momento, o de maior expressão ou ápice do *cuidado de si*. Esse período é referente à cultura helênico-romana dos séculos I e II. É nesta época que existe uma preocupação maior com o cuidado de si. Segundo Foucault (2011, p. 76), desde então, o entendimento passou a ser de que:

cuidar-se não é privilégio, nem dever de alguns para o governo de outros, é imperativo para todos; [...]. Cuidar-se não se endereça a uma fase específica da vida, é tarefa para todo o tempo, e se há alguma etapa que melhor se destina é a maturidade, principalmente a velhice [...]. Cuidar-se não se circunscreve ao vínculo dual e amoroso entre mestre e discípulo, expande-se aos círculos de amizades [...], de parentesco, de profissão, quer em forma individualizadas (cartas, aconselhamentos, confidências), quer institucionalizadas e coletivas (escolas, comunidades, etc.)

A partir dos séculos I e II d.C. o cuidado de si aparece presente nas relações sociais de todos, de qualquer idade, e em qualquer lugar ((BOLSONI, 2012; GALLO, 2017). Segundo Foucault (2010) ter cuidado passa a ser “um princípio válido para todos, todo o tempo e durante toda a vida” (p.53). O cuidado de si transforma-se em um princípio necessário para a formação do sujeito durante todo o ciclo da vida. Quando jovem, a pessoa passa a se preparar para a vida e, na velhice, para rejuvenescer através do pensamento e reflexão sobre o vivido:

[...] essa atividade de ter cuidados com a própria alma deve ser praticada em todos os momentos da vida, quando se é jovem e quando se é velho. Entretanto, com duas funções diferentes: quando se é jovem trata-se de preparar-se para a vida, armar-se, equipar-se para a existência; e no caso da velhice, filosofar é rejuvenescer, isto é, voltar no tempo ou, pelo menos, desprender-se dele, e isso graças a uma atividade de memorização que, para os epicuristas, é a rememoração dos momentos passados (2010, p. 80-81).

Com este novo entendimento sobre o *cuidado de si*, a preparação para a vida, na juventude, e para a velhice, no filosofar, exige que pouco a pouco aconteça o afastamento da ideia de cuidado como preparação para um desempenho político, um ofício, e, ao mesmo tempo, transforme o *cuidado de si* em preparação para a vida e para o imprevisível, como os perigos,

as perdas, as desgraças, os infortúnios, os desamores, etc. (BOLSONI, 2012). Além dessas duas concepções de *cuidado de si*, apresentadas até aqui, a partir dos séculos IV e V, começa-se a exercer um outro modo de *cuidar de si* fortemente influenciado pelo cristianismo e a vida monástica.

Neste terceiro momento, o ascético-monástico, Foucault (2010) aponta o cuidado de si como o cuidado com a espiritualidade, da qual a verdade é acessada apenas pela pureza da alma. O período ascético-monástico foi caracterizado pelo conhecimento de si, o conhecimento da verdade e o *cuidado de si* em uma relação circular e necessária à contemplação interior (BOLSONI, 2012). A exegese de si, prática comum na época entre os cristãos, e que tinha como característica o mapeamento, a decodificação dos caminhos secretos da alma, fazia com que o cuidado e o *conhecimento de si* conduzissem a um desprendimento de si mesmo, uma renúncia que prepararia, como consequência, as condições propícias para a vida ascética. Esse olhar para o contemplar da interioridade “apresentou uma acentuação extremamente forte das relações de si para consigo, mas sob a forma de uma desqualificação dos valores da vida privada” (FOUCAULT, 1985, p. 48). Esses três momentos do *cuidado de si*, influenciaram a visão sobre o *cuidado de si* no ocidente até a atualidade.

5 MÉTODO

5.1 ANÁLISE DIALÓGICA DO DISCURSO

A abordagem de nosso objeto de estudo é a Análise Dialógica do Discurso, a qual é fundamentada na Teoria Dialógica da Linguagem e nas ideias filosóficas postuladas por Mikhail Bakhtin e o Círculo (1997, 2011, 2014, 2015a, 2015b, 2016, 2017), cujo arcabouço conceitual encontra-se explicitado no capítulo da fundamentação teórica.

Na perspectiva destes fundamentos, ao concebermos todo o ser humano como sujeito historicamente situado, inserido na arquitetônica do mundo de fato vivido, no acontecimento do ser, contemplado em sua unicidade e irrepetibilidade (BAJTIN, 1997), tomamos também os sujeitos em sofrimento psíquico, objetos privilegiados de nosso estudo, bem como os demais atores sociais envolvidos no campo da saúde mental, pelos mesmos princípios. Aqui cabe lembrar que já no texto *Por uma Metodologia das Ciências Humanas*, Bakhtin (2017, p.59) afirmava que “o objeto das ciências humanas é o ser *expressivo e falante*. Esse ser nunca coincide consigo mesmo e por isso é inesgotável em seu sentido e significado”. Esse ser *expressivo e falante* é o sujeito com os quais é possível manter uma relação de conhecimento dialógico. E esse diálogo será objeto de nossa análise através dos discursos instaurados por esses atores sociais.

Como sugere Amorim (2004), em sua obra *O pesquisador e seu outro. Bakhtin nas Ciências Humanas*, o pesquisador, diante do desafio de dialogar com o outro, de deslocar-se do seu território para o território do outro, de fazer o trabalho de escuta desse outro, para só então retornar ao seu próprio lugar e, a partir do seu excedente de visão, dar acabamento aos sentidos expressos nos discursos do outro, assume, do lugar único e irrepetível que ocupa em sua própria existência, a responsabilidade pelos seus atos (de pensamento, de linguagem e emoções) envolvidos no processo de toda a pesquisa. Sendo assim, participamos do diálogo instaurado entre o pesquisador e os outros (sujeitos em sofrimento psíquico e todos os demais atores envolvidos), valorando e acentuando, através de um pensamento emocional-volitivo, os sentidos expressos nos documentos analisados.

Para tanto, é importante lembrar que a própria escolha das teorias que norteiam o olhar do pesquisador para o objeto já se constitui em método, uma vez que este assume também a responsabilidade de pensar tais teorias não de uma forma abstrata e generalizante, tomando-as

como verdades absolutas que apenas serão replicadas em um *corpus discursivo*. Trata-se, aqui, de (re)pensá-las na arquetônica do mundo de fato vivido e do acontecimento do ser, em sua singularidade e irrepetibilidade. Faremos, pois, um movimento hermenêutico contínuo de compreensão e interpretação dos acentos apreciativos e das relações de sentido que decorrem deste diálogo instaurado entre pesquisador-sujeitos e atores sociais envolvidos no campo da saúde mental, cuja motricidade mobiliza a interpenetração dialógica dos textos (discursos) e de seus respectivos contextos sociais e históricos do passado e do presente, projetando-os para o futuro.

Por fim, temos consciência de que nossas escolhas metodológicas revelam posicionamentos, aproximações e distanciamentos sobre um determinado objeto e, assim sendo, nossas lentes vislumbram um homem como sujeito situado sócio-historicamente, expressivo e falante, que dialoga e responde, valora e aprecia, em um diálogo constante, com os seus enunciados e o dos outros.

6 METODOLOGIA

6.1 NATUREZA DA PESQUISA

Nossa pesquisa é de caráter documental, uma vez que tem como *corpora* documentos institucionais. Ela tem também caráter qualitativo já que nos interessam os acentos apreciativos presentes nos discursos dos documentos analisados.

6.1.1 Caracterização dos *corpora*

Os *corpora* da pesquisa são constituídos por três documentos de acesso público, disponíveis, em rede, na Biblioteca Virtual 18 de maio, no *site* da Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME. Quais sejam: 1. *O relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (2010)*²²; 2. *Carta de Manaus por uma saúde integral aos povos indígenas (2014)*²³ e 3. *As Contribuições a Política Nacional de Saúde Mental: Teses da ABRASME (2015)*²⁴.

O Primeiro documento, o *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial* foi publicado em dezembro de 2010 e é um documento que congrega as deliberações, sugestões e reivindicações que surgiram a partir da IV conferência, com participação paritária entre os usuários do SUS, familiares, trabalhadores de saúde mental do SUS, movimentos sociais e membros do Ministério da Saúde e da Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal. Sendo assim, um documento de grande relevância para nossa pesquisa. O relatório é dividido em três eixos. I. *Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais*; II. *Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais* e III. *Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial*.

A *Carta de Manaus por uma saúde integral aos povos indígenas*, o segundo documento que compõe nossos *corpora*, foi publicado em 2014 e é resultado de discussões no IV Congresso de Saúde Mental, realizado pela ABRASME em Manaus-AM. A carta versa sobre os desafios e problemas enfrentados pelos povos indígenas em relação aos cuidados específicos referentes à saúde mental desta população e expressa a solidariedade da ABRASME e seus posicionamentos em relação aos enfrentamentos dos desafios mencionados na carta.

²² Anexo 9

²³ Anexo 8

²⁴ Anexo 10

O terceiro documento, *Contribuições a Política Nacional de Saúde Mental: Teses da ABRASME*, foi publicado em 2015 e é composto por três eixos de discussão sobre os quais a ABRASME se posiciona: I. *A Reforma Psiquiátrica no Brasil*; II. *A Medicalização do Sofrimento Psíquico* e III. *Associativismo contra a reação Conservadora*. Os três eixos compreendem a problematização das questões referidas e são seguidos, cada um, por propostas políticas. Esses documentos, compilados a partir da Biblioteca Virtual 18 de Maio, apresentam os posicionamentos, críticas e contribuições da ABRASME e de representantes da saúde mental à política de saúde mental, em permanente diálogo com outros textos da biblioteca.

6.1.1.1 Critérios para a escolha dos documentos

A inclusão do *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*²⁵, em nossa análise, deu-se pelo fato deste documento, como dito acima, além de ser o resultado da IV Conferência de Saúde Mental mais atual, destaca-se pelo fato desta ter sido, pela primeira vez, intersetorial, ou seja, com a participação de representantes das redes municipais, estaduais e federais e do distrito federal. O coordenador geral, da referida conferência, Pedro Gabriel Delgado, na apresentação do relatório, afirma que este documento “expressa as recomendações dos atores do campo da saúde mental” (BRASIL, 2010, p.11). Este relatório compõe um conjunto com outros documentos de referência elencados como importantes na Biblioteca 18 de maio da ABRASME, segundo a associação

A Biblioteca Virtual 18 de Maio tem o objetivo de proporcionar ao leitor, o contato com artigos, teses, livros sobre os temas relacionados as lutas sociais, aos direitos humanos, a cultura, a economia solidária, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica

A Biblioteca Virtual 18 de Maio, até o primeiro semestre de 2018, é composta por 32 textos que dialogam entre si, constituindo uma cadeia discursiva que abrange parte da história da ABRASME, da luta antimanicomial, da reforma psiquiátrica no Brasil, na América Latina e na Europa. Os documentos nela presentes são compostos por relatórios, cartas, manifestos, livros, reportagens, entre outros gêneros. No entanto, apesar da diversidade da composição da biblioteca, apenas a *Carta de Manaus por uma saúde integral aos povos indígenas (2014)*²⁶ e

²⁵ Doravante nos referimos também a este documento como *IV- relatório, relatório da IV-CNSM-I* ou apenas como *relatório*.

²⁶ Doravante nos referimos também a este documento como *carta de Manaus* ou apenas *carta*.

*As Contribuições a Política Nacional de Saúde Mental: Teses da ABRASME (2015)*²⁷ consideram, a ABRASME, como autora direta dos textos. Por esta razão, incluímos estes dois documentos em nossos *corpora*, por considerá-los expressão direta de uma associação de grande representatividade no Brasil e em outros países, no tocante à saúde mental.

Esses três documentos constituem, pois, importantes registros a respeito das concepções de cuidado em saúde mental, tanto pela abrangência de suas ideias quanto pela atualidade dos mesmos, além da representatividade de pessoas que participam do diálogo constante com estes textos de referência em saúde mental que, por sua vez, dialogam entre si em tom nem sempre consensual.

²⁷ Doravante nos referimos também a este documento como *Teses da ABRASME* ou apenas *Teses*.

7 QUEM FALA E COMO SE FALA SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL? A QUESTÃO DA AUTORIA

7.1 A QUESTÃO PRÁTICA DA AUTORIA: OS ATORES DA SAÚDE MENTAL

Nossa pretensão neste capítulo é explorar o complexo fenômeno da autoria do *Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial*, da *Carta de Manaus* e das *Teses da ABRASME*. Em primeiro lugar, tentamos abordar os aspectos práticos da autoria e da caracterização dada por nós nesse trabalho aos sujeitos que, apesar de serem autores de documentos distintos, são considerados por nós, autores dos discursos situados no campo da saúde mental.

A nós, o termo *atores sociais da saúde mental* ou *atores da saúde mental*, nos parece mais apropriado para nos referirmos aos autores dos discursos aqui analisados, pois esse epíteto, reúne diferentes atores sociais de movimentos como o MLA²⁸, o RENILA²⁹, os diversos movimentos de familiares de usuários, diversos conselhos profissionais, cooperativas e associações, assim como, outros sujeitos não filiados a movimentos ou à alguma coletividade nomeada, mas que participam dos debates sobre a saúde mental de forma ativa, como usuários do SUS, especialmente dos serviços de saúde mental, os profissionais de diversos setores como saúde, educação, previdência e justiça e pesquisadores de institutos de pesquisa e universidades, etc. Sendo assim, adotamos o termo *atores da saúde mental* por aqui ter o sentido de que engloba a diversos sujeitos individuais e coletivos *atuando* dentro do campo da saúde mental a partir de suas práticas languageiras.

Nesse sentido, apesar de nos referirmos a autoria da ABRASME, em relação à carta e às teses, estes, aqui, são compreendidos como parte dos atores da saúde mental. Sendo assim, esses dois referidos documentos e o relatório, apesar de terem sido criados em cronotopos³⁰ diferentes, são concebidos aqui como discursos dos mesmos atores. Apenas quando convir aos nossos propósitos analíticos, nos referimos a autoria dos discursos de forma separadamente. A exemplo de autoria da carta, autoria das teses, autoria da ABRASME, autoria

²⁸ Movimento da Luta antimanicomial.

²⁹ Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial.

³⁰ O conceito de cronotopo, que a princípio fora formulado dentro do contexto estético, está relacionado a relação tempo-espaço. Nele, “[...] ocorre a fusão dos indícios espaciais e temporais num todo compreensivo e concreto. Aqui o tempo condensa-se, comprime-se, torna-se artisticamente visível; o próprio espaço intensifica-se, penetra no movimento do tempo, do enredo e da história” (BAKHTIN, 2014, p. 211).

do relatório. Com maior frequência optamos por autoria dos discursos dos atores da saúde mental.

7.2 A AUTORIA DOS DOCUMENTOS NO ACONTECIMENTO DO SER

Os atores da saúde mental ao se posicionarem discursivamente na arena das tensões em relação aos sentidos do cuidado, da saúde e da doença mental, falam de um sujeito, a pessoa em sofrimento psíquico, das posições únicas que ocupam no mundo, as suas – enquanto atores sociais, a as dos outros – as pessoas em sofrimento psíquico, que são dois centros de valores distintos no acontecimento do ser (BAJTÍN, 1997). Tal posição singular que ocupam na própria existência de suas vidas permite que eles contemplem o outro, a pessoa em sofrimento e, a partir de seu excedente de visão, dar-lhe um acabamento discursivo-valorativo, conforme sugere Bakhtin (2011):

Quando contemplo no todo um homem fora e diante de mim, nossos horizontes concretos efetivamente vivenciais não coincidem. Porque em qualquer situação ou proximidade que esse outro que contemplo possa estar em relação a mim, sempre verei e saberei algo que ele, da sua posição fora e diante de mim, não pode ver: as partes do seu corpo inacessíveis ao seu próprio olhar – a cabeça, o rosto, e sua expressão -, o mundo atrás dele, toda uma série de objetos e relações que, em função dessa ou daquela relação de reciprocidade entre nós, são acessíveis a mim e inacessíveis a ele. Quando nos olhamos, dois diferentes mundos se refletem na pupila de nossos olhos (BAKHTIN, 2011, p.21).

O acabamento dado pelo autor é um ato ético responsável como entendido por Bajtín (1997). Em *Para uma filosofia do ato*, o ato é entendido como pensamento, desejo, sentimento, fala ou ação intencional e responsável, uma vez que não há álibi para o meu existir, ou seja, não há desculpas para o meu não agir/atuar no mundo. Para Bajtín (1997), o meu não álibi no acontecimento do ser, ou seja, naqueles momentos constituintes comuns, em suas várias arquitetônicas concretas da vida, é o que caracteriza a minha singularidade, minha unicidade e a impossibilidade de minha substituição. Como não existe álibi para o ser, os meus atos são responsáveis, uma vez que apenas eu, do meu lugar único no mundo posso realizá-los.

Ainda ao falar sobre essa posição única no mundo, Bajtín (1997) sugere que a nossa posição única no mundo, o eu, seja o centro irradiador no acontecimento do ser o qual se organiza e se constrói em relação com outros centros, a outros *eus*, também concretos, únicos e insubstituíveis no acontecimento do ser. O *outro* ocupa, a partir de sua singularidade, um lugar único no mundo vivido e esse lugar é uma posição espaço-temporal que só pode ser ocupado por ele como centro de valor sobre o tempo, o espaço, e as outras posições da arquitetura: o *eu-para-mim*, o *eu-para-o-outro* e o *outro-para-mim*. No mundo da vida as interações dão-se em termos de alteridade.

Nesse sentido, os atores da saúde mental, ao participarem do embate discursivo acerca do cuidado, dos direitos, da autonomia, da doença e da saúde mental e de outros aspectos relacionados às pessoas em sofrimento psíquico, posicionam seus discursos sobre esse outro, de forma não indiferente e participativa, uma participação que se realiza a partir de seus pensamentos emotivo-volitivos, de seus posicionamentos axiológicos, compreendendo as pessoas em sofrimento psíquico como outros centros de valor de uma arquitetura que só podem ser vistos de sua própria unicidade no acontecimento do ser.

Sendo assim, é neste espaço discursivo, em permanente tensão, que é o campo da saúde mental, e que tem como temas polêmicos os sentidos sobre o cuidado, a saúde e a doença, que se entrecruzam discursos, sentidos, apreciações e contrapalavras de diversos atores que dialogam polemicamente com outros discursos acerca do cuidado, tanto a partir do senso comum de sujeitos, como de usuários de serviços de saúde, familiares, profissionais e a população em geral, quanto pelas falas autorizadas da ciência, da universidade, de conselhos profissionais, associações, governo, etc. Cabe destacar que tais discursos, em suas relações dialógicas, são autorais, são endereçados a um outro, esperam respostas, e pressupõem um processo de compreensão ativa de todos os sujeitos envolvidos. Sendo assim, podemos observar que os conceitos de autoria, de excedente de visão e de extralocalização/exotopia são constitutivos do próprio movimento dialógico da linguagem.

A seguir apresentamos e analisamos, sucintamente, a autoria dos discursos contidos nos documentos que compõem os nossos *corpora* e seus respectivos contextos: o *Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental -Intersetorial*, a *Carta de Manaus* e as *Teses da ABRASME*.

7.2.1 A autoria do relatório

O *IV Relatório da CNSM-I* teve um processo complexo de autoria em diversas etapas. No texto, são apresentados um grande número de revisores, e a autoria é atribuída ao coletivo, aos atores da saúde mental e da reforma psiquiátrica. Os revisores/autores reconhecem e apontam a importância do processo autoral em vários passos, no próprio relatório, e da escolha, pela *assinatura* da coletividade autoral. Sendo assim, é dado destaque ao processo e aos aspectos composicionais do texto, mas também ao número de participantes da elaboração do documento nacional que, intencionalmente, destaca o processo democrático de escrita e de participação e controle social. Mais de 46 mil pessoas participaram de todo o processo de elaboração do relatório, desde a apresentação de propostas, reivindicações, críticas e discussões acerca de questões sobre os três eixos voltados às políticas sociais e políticas de Estado, até o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e dos movimentos sociais, dos direitos humanos e da cidadania como desafio ético intersetorial. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial, ao longo do ano de 2010, reuniu todos estes atores e foi vivenciada em diversas esferas: municipal, estadual, regional e, por fim, nacional.

No entanto, apesar do processo coletivo e da grande participação e heterogeneidade dessa coletividade, pudemos observar, em relação à autoria do texto (discurso) do referido relatório, que este não expressa, necessariamente, o pensamento do grande número de participantes do evento, ou seja, dos aproximadamente 46 mil indivíduos, mas o de um efeito autoria, uma voz autoral, o que parece corroborar com Bakhtin (2015a), ao observar a autoria dos enunciados (discursos)³¹:

Neste sentido, todo enunciado tem uma espécie de autor, que no próprio enunciado escutamos como seu criador. Podemos não saber absolutamente nada sobre o autor real, como ele existe fora do enunciado. As formas dessa autoria real podem ser muito diversas. Uma obra qualquer pode ser produto de um *trabalho de equipe*, pode ser interpretada como trabalho hereditário de várias gerações, etc., e, apesar de tudo, sentimos nela uma vontade criativa única, uma posição determinada diante da qual se pode reagir dialogicamente.

³¹ Em diversas passagens da Poética de Dostoiévski, Bakhtin (2015a), ao se referir à criação de uma nova disciplina de análise das relações dialógicas – a Metalinguística – , faz uso indiscriminado da noção de enunciado/discurso, quando assevera que relações dialógicas são possíveis quando se tornam enunciados e, mais adiante, reiterando o dito, afirma que as relações lógicas e concreto-semânticas, para se tornarem dialógicas, precisam “passar para um outro campo da existência, ou seja, devem tornar-se discurso, ou seja, enunciado e ganhar autor, criador de dado enunciado cuja posição ela expressa” (Bakhtin, 2015a, p. 182;184).

A reação dialógica personifica toda enunciação a qual ela reage (BAKHTIN, 2015a, p.210).

Para o pensamento bakhtiniano (2011), o autor-criador e o autor-pessoa não se confundem, pois o primeiro seria um efeito de autoria no enunciado (discurso) e que está sujeito ao *dom*, ao poder, do autor-pessoa, mas que só pode ser visto em sua relação com a obra, no presente caso, o relatório. Nesse sentido, o autor-criador seria um *elemento da obra*, e o autor-pessoa estaria relacionado ao *elemento do acontecimento ético e social da vida*.

Em *Autor e o Herói na Atividade Estética* (2011), embora Bakhtin trate a questão da autoria do enunciado (discurso) no contexto da atividade estética, é possível estender esta mesma visão autoral, envolvendo o autor-pessoa, para a coletividade dos atores da saúde mental na vida de fato vivida, no acontecimento do ser. Neste caso, identificamos o autor-criador (a voz autoral) como efeito de autoria dos enunciados presentes no relatório. Esta voz é percebida, por sua vez, como uma posição e, nesse sentido, não se confunde com as diversas vozes individuais de cada autor-pessoa participante de um dado acontecimento do ser. Poderíamos também identificar o personagem (ou herói) central com a pessoa em sofrimento psíquico. E a obra, com o relatório. Nesse sentido, a relação da consciência do autor sobre a personagem, na atividade estética, seria uma consciência privilegiada, conforme destaca Bakhtin (2011):

A consciência do autor é a consciência da consciência, isto é, a consciência que abrange a consciência e o mundo da personagem, que abrange e conclui essa consciência da personagem com elementos por princípio transgredientes a ela [...]. O autor não só enxerga e conhece tudo o que cada personagem em particular e todas as personagens juntas enxergam e conhecem, como enxerga e conhece mais que elas, e ademais, enxerga e conhece algo que por princípio é inacessível a elas, e nesse excedente de visão e conhecimento do autor, sempre determinado e estável em relação a cada personagem, é que se encontram todos os elementos do acabamento do todo, quer das personagens, quer do acontecimento conjunto de suas vidas, isto é, do todo da obra. (BAKHTIN, 2011, p.11)

Salientamos aqui que essa consciência privilegiada, não é uma consciência autoritária e egoísta, mas uma consciência que, através do acabamento possível, a partir do *excedente de visão* do autor, generosamente enuncia, fala sobre o outro, emoldurando-o a partir da generosidade de sua posição única e singular no mundo. Em nosso caso, a posição única e singular de um coletivo, como centro de valor, atuando participativamente de seu pensamento

emotivo-volitivo e de seus excedentes de visão que, de sua posição única, avaliam e se posicionam em relação às pessoas em sofrimento psíquico e de seus cuidados. Neste sentido, sugere-se, como ilustra a citação abaixo, extraído do relatório, que trata-se, no presente caso, de uma avaliação generosa, como uma doação de um olhar amoroso:

- (1) No que se refere ao processo e construção do Relatório, o aspecto mais ressaltado foi a complexidade e delicadeza do trabalho. Assim, o trabalho da relatoria deveria estabelecer um equilíbrio muito sutil entre a necessidade de se fazer síntese efetiva para um relatório mais conciso, mas ao mesmo tempo ter respeito pelo texto original das propostas. Além disso, outro desafio seria o de equilibrar a necessidade de se eliminar as repetições e amalgamar as propostas similares, mantendo a melhor redação entre elas (optou-se então pela ênfase na operação de corte e cola), e ao mesmo tempo se respeitar a complexidade e a singularidade dos vários aspectos expressos nas diversas propostas. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

No exemplo destacado pode-se observar que o próprio processo metodológico de criação do relatório torna-se o herói, o objeto, a personagem do enunciado acima. O autor-criador avalia, através de seu excedente de visão, a possibilidade de olhar este processo de uma certa distância, de um lugar extralocalizado, no tempo e no espaço. Segundo a avaliação dos autores-pessoa do enunciado (discurso), o aspecto mais ressaltado deste processo foi a *complexidade e a delicadeza* da empreitada. Coube ainda aos autores-pessoa, dialogar com outros discursos, outras vozes, responder a essas vozes, *equilibrar* os dizeres, os tons, os acentos, as contradições, tentar sintetizar o extenso e estender o sintético. Tais movimentos, da enunciação escrita, é que caracterizam as relações dialógicas que se estabelecem entre autor-texto-contexto. O resultado obtido, através deste processo dialógico e da manutenção de um certo distanciamento espaço-temporal dos autores-pessoa envolvidos com a própria temática em questão e os sujeitos em sofrimento psíquico, foi o acabamento do texto (enunciado) do relatório final. Conforme avaliação acima descrita, buscou-se a fidelidade dos discursos, “*mantendo a melhor redação entre elas e a singularidade dos vários aspectos expressos nas diversas propostas*”. Não obstante, este acabamento não pode deixar de ser uma tomada de posição, um recorte de um posicionamento singular, de uma avaliação axiológica feita pelos autores. Analisemos, pois, um outro exemplo do relatório:

- (2) 1. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI) reafirma o caráter efetivamente público da Política de Saúde Mental, recusando todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços. Nesse sentido, responsabiliza os gestores, nos três níveis de governo, pelo desenvolvimento e sustentabilidade da Política de

Saúde Mental, com garantia de dotação orçamentária específica, espaços físicos próprios, condições materiais e técnicas adequadas, para a viabilização do novo modelo assistencial. Propõe, ainda, que a saúde mental esteja integral e universalmente inserida em todas as esferas de saúde, de forma que os usuários tenham participação em todos os níveis de atenção à saúde (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010).

O relatório da IV conferência tem caráter oficial, como resposta à uma demanda social e governamental, serve, então, a dois propósitos: responder a convocação do governo, para saber como os atores da saúde mental avaliam a atual situação e fazer ressoar, de forma sistematizada, as demandas, as reivindicações, as queixas, as propostas de soluções e aos redirecionamentos como resposta a esta convocação. Por isso, a conferência é um evento de avaliação de um processo no tempo e no espaço.

Os autores do IV relatório enfatizam a clareza em seu discurso através de escolhas lexicais que reforçam o caráter de um documento que deve circular em várias esferas de forma mais clara possível. Os verbos, por exemplo, estão, em sua maioria, no presente do indicativo: “*reafirma*”, “*responsabiliza*”, “*propõe*”.

Aqui o discurso dos autores-pessoa do relatório também pode ser identificado como do tipo monovocal objetificado, ou seja, aquele discurso (da personagem) em que o autor fala através dela, como podemos ver na “*IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) ao reafirmar o caráter efetivamente público da Política de Saúde Mental, recusando todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços.*”. No destaque feito entre aspas, a IV-Conferência Nacional de Saúde Mental é personificada, discursivamente, como uma personagem, reafirmando o caráter efetivamente público da Política de Saúde Mental. É também neste evento que podemos observar o repúdio a todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços. No entanto, no exemplo que estamos analisando, o excerto (2), é o *autor-criador* quem reafirma o caráter público da política e o repúdio às formas de terceirização, através da *personagem* (a IV-CNSM-I).

No excerto (3), por sua vez, é possível observar que o discurso é referencial, ou seja, é aquele que fala, comunica, nomeia, etc. (BAKHTIN, 2015a), podendo ser caracterizado como um discurso do tipo monovocal (BAKHTIN, 2015a, p.228-229).

- (3) 255. A reafirmação do SUS e da Reforma Psiquiátrica implica o repúdio a algumas práticas de gestão e de atenção, tais como as privatizações e funcionamento de hospitais psiquiátricos descredenciados pelo PNASH (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares). (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

Os dois exemplos acima analisados, o (2) e o (3), são sugestivos de que os autores-pessoa, ao darem acabamento ao enunciado (discurso), optaram por palavras de uso corrente, evitaram usar apenas siglas, escrevendo por extenso o significado delas. Optaram também por um discurso monovocal, evitando a introdução de autores-pessoa estranhos à comunidade discursiva do evento em questão. Neste caso, observa-se que não foram feitas citações e nem indagações que pudessem abrir espaço para a presença de outros atores, levando-se em consideração que a própria convocação e o gênero do discurso em questão (relatório técnico), favoreceram uma posição enunciativa-discursiva de caráter muito mais informativo do que propriamente de um debate discursivo.

No próximo subtópico prosseguimos a discussão sobre a autoria, extralocalidade e excedente de visão a partir da autoria da *Carta de Manaus* e das *Teses da ABRASME*.

7.2.2 A autoria da carta

A autoria da *Carta de Manaus* também foi atribuída a um processo coletivo, e assinada pela ABRASME, dando destaque também à participação popular e sendo assinada pela instituição.

- (4) Carta produzida durante o IV Congresso de Saúde Mental, realizado entre os dias 4 e 7 de setembro de 2014. A carta obteve a aprovação de instituições vinculadas aos profissionais de saúde e associações indígenas e foi nominalmente assinada por mais de cem participantes do evento. A leitura pública da carta foi realizada no dia 7 de setembro de 2014 e o documento foi aprovado por unanimidade pela assembleia da ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental). (CARTA DE MANAUS, 2014).

É possível observar, no enunciado (discurso) acima, alguns indícios que falam das posições dos centros de valor na arquitetura do mundo, a partir da centralidade do valor de quem fala, ou seja, o autor. Podemos ver que a carta foi escrita em um evento situado no tempo e no espaço “*durante o IV Congresso de Saúde Mental, entre os dias 4 e 7 de setembro de 2014*”. Esse evento situado é comum, em seu aspecto-conteúdo, a todos os participantes do evento, a todas as centralidades. No entanto, esse mesmo evento pode ser visto de forma diferente pelas pessoas que participaram dele de forma integral, em todos os dias, e diferente para os que apenas participaram parcialmente. Além disto, o mesmo evento pode ser valorado e acentuado de forma diferente pelos sujeitos que mantêm um maior ou menor interesse,

participação e comprometimento com as causas dos povos indígenas, ou ainda por aqueles que começaram a se familiarizar a partir desse evento com esta causa.

O fato de existir uma carta em prol dos cuidados integrais à saúde mental dos povos indígenas não é, por si só, uma um fenômeno que teria validade, ou importância se, nesse mesmo evento a carta não tivesse sido valorada pela centralidade do outro, através da aprovação de entidades legitimadas pelo eu, do autor, como centralidade axiológica, como podemos observar na carta que “*obteve a aprovação de instituições vinculadas aos profissionais de saúde e associações indígenas*”. Essa não é uma afirmação, por si só, sem valor, mas demonstra que essa carta não foi feita à *revelia* dos participantes mais interessados no diálogo, não foi escrita de cima para baixo, em relação de autoridade, mas em um processo de diálogo, e após um outro evento, situado no tempo-espaço, “*A leitura pública da carta foi realizada no dia 7 de setembro de 2014*”. Somente depois disso pôde ser valorada como legítima, não apenas pelo autor-criador da carta, mas por outros autores-pessoa, tendo sido “*aprovada, por unanimidade, pela assembleia da ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental)*” o que faz com que todo esse processo tenha valor para outros *eus*, em suas unicidades.

Vejamos o excerto abaixo para exemplificar uma outra questão referente a autoria: presença de outros autores-pessoas no texto. O excerto a seguir serve como um exemplo típico da carta:

- (5) 1) É de fundamental importância primar pelo conhecimento e reconhecimento das diferentes cosmovisões e práticas que expressam distintos significados a respeito dos processos de adoecimento e promoção de saúde, pertinentes aos mais de 305 povos indígenas que vivem no Brasil; (CARTA DE MANAUS, 2014)

O exemplo acima, semelhante ao recorte trazido do relatório da IV conferência, busca a clareza discursiva, expressa, entre outros, através de verbos no presente do indicativo e o apagamento de outras presenças autorais, sendo apenas aparente o discurso referencial monológico do autor. Vejamos no próximo subtópico como essas e outras questões sobre autoria aparecem no segundo documento de autoria da ABRASME.

7.2.3 A autoria das teses

Em relação às *Teses da ABRASME*, pelo menos em sua introdução, a autoria é atribuída a diretoria da ABRASME e não a própria associação. A explícita referência de que o documento é um posicionamento da diretoria da ABRASME, e não da associação em si, provoca, em relação à autoria do texto, uma certa ambiguidade, uma vez que, ao longo das teses, o autor-criador, ou seja, o elemento integrante da obra, o efeito autoria, refere-se, a si próprio, como “A ABRASME”. Vejamos o excerto:

- (6) Com as teses que aqui serão apresentadas, a diretoria da ABRASME vem a público se posicionar frente a um conjunto de questões que considera cruciais na conjuntura atual da assistência psiquiátrica e da atenção psicossocial do país. O seu conteúdo é polêmico, pela natureza das questões abordadas. Ou seja, seu conteúdo não deve ser tomado como uma argumentação dogmática, como verdades já estabelecidas e que, assim sendo, deveriam ser aceitas e seguidas; por serem assuntos polêmicos, é no debate que seu sentido pode vir a ganhar corporeidade e produzir efeitos construtivos. (TESES DA ABRASME, 2015)

Nesse contexto, torna-se, pois, importante situar a composição da diretoria em questão, já que, no texto, é acentuada também sua autoria. A diretoria é composta por cinco integrantes: três médicos psiquiatras, um psicólogo – sendo os quatro últimos professores universitários e militantes do MLA; e um militante de movimentos de familiares de pessoas em sofrimento psíquico e do MLA. Esse dado se torna relevante, pois os posicionamentos do documento, quando atribuída também aos autores-pessoa, buscam dar maior legitimidade sobre o discurso expresso nas teses, já que as opiniões acerca de questões médicas e psicológicas e, no tocante ao associativismo, são acentuadas no documento como “*polêmicas*”. Nesse sentido, podemos perceber que os autores antecipam as contrapalavras de seus interlocutores, uma vez que esses poderiam responder contrariamente, alegando falta de conhecimento técnico sobre “*os assuntos polêmicos*”. Nesse sentido, os membros da diretoria, além do pioneirismo no campo da saúde mental, são pessoas legitimadas em seus campos de atuação, seja pela militância ou pelo conhecimento técnico e acadêmico, o que dificulta que o leitor, na posição do *outro*, possa opor-se a discursos previamente legitimados, sem que leve em consideração o valor atribuído aos conhecimentos dos autores-pessoa.

Seguindo nossa reflexão sobre as questões de autoria, propomos continuá-la a partir de algumas reflexões sobre o *excedente de visão* e a *extralocalização*. Ao refletirmos sobre o conceito de *excedente de visão*, precisamos distingui-lo e relacioná-lo ao conceito de *extralocalização/exotopia*, os quais são condições necessárias para compreendermos e

interpretarmos, na condição de pesquisador, e com o nosso excedente de visão, a construção dos discursos e das formas de pensamento que constituem o *outro*.

Para Bakhtin (2011), o *outro* jamais é herói/personagem de sua própria história, necessitando sempre de um *outro* eu para poder se constituir, a partir do excedente de visão deste outro. Eventos como nascimento, morte, e porque não dizer, o trajeto da loucura e do sofrimento psíquico, são sempre constituídos a partir da posição extralocalizada de alguém e de seu excedente de visão.

A extralocalização é um conceito complexo que permite compreender o excedente de visão. Ele aparece na obra bakhtiniana relacionado à posição de exterioridade que o autor ocupa em sua obra, a qual permite a observação do *outro*, do lugar singular que ocupamos na arquitetônica do mundo concreto.

Deste os primeiros textos de Bajtín (1997), a exemplo de *Hacia una filosofía del acto ético*, que a noção de lugar de exterioridade, no ato de criação e em sua objetivação, vem sendo refletido. No entanto, é em *O Autor e a Personagem na Atividade Estética*, texto incluído na coletânea *Estética da Criação Verbal* (2011), que o excedente de visão recebe um lugar de maior destaque, conforme podemos observar na citação abaixo:

[...] Esse excedente de minha visão, do meu conhecimento, da minha posse – excedente sempre presente em face de qualquer outro indivíduo – é condicionado pela singularidade e pela insubstituíbilidade do meu lugar no mundo: porque nesse momento e nesse lugar, em que sou o único a estar situado em dado conjunto de circunstâncias, todos os outros estão fora de mim (BAKHTIN, 2011, p. 21).

Para o autor (BAJTÍN, 1997), não poderemos compartilhar, com fidelidade completa, a nossa visão sobre uma pessoa, objeto ou fenômeno, uma vez que esta pessoa teria que compartilhar conosco não somente o espaço de onde falamos, mas também pensamentos e sentimentos em relação ao objeto observado. No entanto, é através do excedente de visão que construímos, transformamos e elaboramos enunciados e realidades através da linguagem. É importante salientar que, enquanto pesquisadores, também somos transformados ao retornarmos para o nosso lugar de observação extralocalizado.

Em relação às outras questões sobre a autoria, como a presença de outras vozes e os estilos presentes nos discursos, podemos observar que as teses da ABRASME tomam um

caminho diferente dos dois textos anteriores, o IV relatório e a carta, conforme podemos observar nos recortes abaixo:

- (7) As conferências têm sido convocadas como meras formalidades, uma vez que suas decisões e encaminhamentos são desprezados, como é emblemática a desconsideração ao veto às Comunidades Terapêuticas na plenária final da XVI Conferência nacional de Saúde e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, veto este sistematicamente ignorado pelo Governo Federal que ostensivamente trabalhou a favor da regulamentação das CT's. (TESES DA ABRASME, 2015)

Apresentamos um segundo excerto:

- (8) A criação da última revisão do DSM vem atraindo uma tempestade de protestos do público e de grupos profissionais. Como tem sido as campanhas anti-DSM-5³² e petições, ou o blog crítico do chefe do coordenador da força-tarefa do DSM-IV, o psiquiatra Allen Frances, senão a resposta crítica contundente feita pela Sociedade Inglesa de Psicologia. (TESES DA ABRASME, 2015)

Podemos observar, nos dois exemplos acima, a presença de outras vozes, de outros textos, de outros autores, como é o caso, no excerto (7) da *“desconsideração ao veto às Comunidades Terapêuticas na plenária final da XVI Conferência nacional de Saúde e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial”*. Essas duas presenças autorais, as das deliberações da XVI Conferência Nacional de Saúde e da IV-CNSM, através de suas respostas e de seus vetos, são mostrados, pelo autor-criador nas teses da ABRASME. Não só mostrado, mas o autor-criador ainda deixa transparecer a polêmica entre os discursos contidos na tese e a resposta do governo federal, uma vez que este tem não apenas *ignorado*, mas também trabalhado *“ostensivamente [...] a favor da regulamentação das CT's.”*

Em nosso outro exemplo, o excerto (8), podemos observar também, além de uma outra polêmica, outras presenças autorais: a dos profissionais e a do público que protesta contra a criação da última versão do DSM, como também, o psiquiatra Allen Frances e a da Sociedade Inglesa de Psicologia que entram na polêmica sobre a criação de uma versão mais nova e maior desse Manual Diagnóstico

³² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5, ou, em português, Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – DSM-5. É um manual diagnóstico e estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais. Atualmente está em sua 5ª versão.

Assim, pode-se observar, em ambos os exemplos acima, excertos (7) e (8), não mais o estilo referencial e objetivo do relatório e da carta. Pelo contrário, o autor introduz e deixa transparecer, em seu discurso, outras presenças discursivas que polemizam entre si e entram em polêmica com o autor, a ABRASME.

Após abordarmos a questão da autoria, nos documentos em questão, daremos seguimento a análise das relações dialógicas observadas e dos acentos apreciativos expressos nos discursos sobre o cuidado em saúde mental, os quais serão relacionados a outros conceitos, tais como *horizonte social, tema e significação*.

8 OS ACENTOS APRECIATIVOS E OS MOVIMENTOS DE (RE)AVALIAÇÃO EXPRESSOS NOS DISCURSOS SOBRE O CUIDADO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Nosso intuito, neste capítulo, é analisar os acentos apreciativos e as reavaliações dos sentidos do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Para tanto, propomos observar esse processo em dois movimentos presentes nos discursos dos atores da saúde mental: um primeiro movimento discursivo distancia-se, nega e rompe com os sentidos acerca do cuidado, expressos em discursos tradicionais anteriores e com sentidos já bastante consolidados no horizonte social da saúde mental. É o caso dos discursos médico-psiquiátrico tradicional e do comercial, no qual o sofrimento psíquico é avaliado não como motivador de cuidados, mas como possível fonte de lucro. Além destes últimos, pode-se observar ainda a presença de um discurso moral sobre a pessoa em sofrimento, cujos sentidos ficam restritos ao sofrimento psíquico como doença e a dependência. Nesse sentido, o recorte abaixo é ilustrativo dos movimentos discursivos de avaliação negativa e de afastamentos:

- (9) Não obstante os sucessivos escândalos acerca da comercialização de medicamentos para fins não indicados na bula e da supressão de dados sobre efeitos colaterais, a indústria farmacêutica continua a promover suas drogas psiquiátricas para uma parcela cada vez maior da população, usando vagas noções acerca de desequilíbrio químico, sem suporte científico consistente. O mito do desequilíbrio químico que hoje fundamenta a psiquiatria biológica é amplamente ensinado nas Universidades, é reforçado junto aos profissionais de saúde mental via a supervisão e consultorias, é objeto privilegiado para financiamento de pesquisas e publicação de artigos em periódicos científicos. (TESES DA ABRASME, 2015)

No recorte acima, pudemos perceber, por exemplo, nos acentos apreciativos acerca do sofrimento psíquico visto apenas pelo viés biologizante, que este sentido não é legitimado nos discursos dos atores da saúde mental. O sofrimento psíquico é apreciado nos discursos os quais o autor-criador polemiza, o biologizante e o comercial, como um “*desequilíbrio químico*” e este sentido é reacentuado pelo autor-criador no enunciado como “*o mito do desequilíbrio químico*”. Além disso, nos discursos dos quais o autor busca se afastar, o saber sobre esse mesmo desequilíbrio é questionado quando se avalia como “*vagas*” essas “*noções acerca de desequilíbrio químico*”. Ao pôr em xeque a validade desse sentido para o sofrimento psíquico, os atores da saúde mental negam a legitimidade dessa acepção e se distanciam de tais discursos.

Um segundo movimento discursivo, ao contrário, expressa a introdução de novos sentidos e valores que polemizam com os primeiros, os quais compreendem o homem e sua

relação com o sofrimento, de maneira singular, histórica e concreta, propondo-se uma simetria nas relações interpessoais e o respeito à singularidade de vivências. Este movimento amplia o olhar sobre o sofrimento, uma vez que está voltado para a saúde mental dos sujeitos, promovendo-a na relação entre as pessoas, ao invés de apenas tratá-la. Nesses discursos de aproximação, é possível perceber a importância do *outro*, por exemplo, o coletivo, na relação com o cuidado.

- (10) Diversos estudos e a Práxis cotidiana mostram a importância da vida associativa para a democracia e para dar voz aos desfavorecidos em função das condições desiguais de distribuição de dinheiro e poder. Viver com o apoio de outras pessoas, com objetivos comuns, e em espaços coletivos (associativos) promove significativa proteção para os associados. Ressaltam sua potencialidade criativa e criadora, conferindo-lhe um lugar social, de protagonista, de ator das mudanças sociais. (TESES DA ABRASME, 2015)

É possível ver no exemplo acima que os atores da saúde mental legitimam os discursos epistemológicos sobre o cuidado sem privilegiar o conhecimento biologizante. São os “*diversos estudos*” que fundamentam seus cuidados, e não apenas o conhecimento teórico diverso é avaliado positivamente, mas a “*práxis cotidiana*” da relação entre pessoas que juntas promovem “*proteção*” e “*potencialidades criativa e criadora*”. Nesse discurso, o sujeito em sofrimento psíquico é mais um “*protagonista*” e “*ator de mudanças sociais*” junto a outros sujeitos singulares e concretos como ele. Os atores da saúde mental, em seus discursos, afirmam e se aproximam dos discursos que concebem o sujeito e seu sofrimento em relação oposta daquela concebida nos discursos de negação e afastamento. Os sofrimentos psíquicos são, para os atores da saúde mental, além de biológicos, também existências, históricos e sociais. O sofrer do homem nos discursos da saúde mental é um sofrer singular e concreto, que não pode ser apenas geral e abstrato como no mundo da teoria. No discurso da saúde mental, visa-se o protagonismo do sujeito em sofrimento em relação ativa com a vida a partir de suas potencialidades e possibilidades de acontecer.

Optamos por avaliar estes movimentos discursivos dos quais a saúde mental se aproxima através do epíteto de *discursos de potencialidade*, pois são a partir deles que se pode observar, pela primeira vez, a introdução de uma concepção de homem e de cuidado no horizonte social da saúde mental.

Assim, cada grupo social acentua e reacentua, a seu modo, palavras comuns. É tomando, pois, como ponto de partida a acentuação ou avaliação de enunciados sobre o cuidado expressos

nos discursos dos atores da saúde mental que buscamos dialogar e compreender as relações dialógicas de sentido nesse campo de atuação, polarizado e polêmico, que é a saúde mental. Volochínov (2013[1926], em *Palavra na Vida e Palavra na Poesia: Introdução ao problema da poética sociológica*, sugere que qualquer epíteto, de qualquer qualificante, já é, em si, um ato de avaliação ativa, orientado na direção do objeto de que se fala (o herói/personagem) e na direção de um terceiro, o ouvinte/leitor:

As avaliações determinam a seleção de palavras pelo autor e a percepção desta seleção (co-eleição) pelo ouvinte. Por que o poeta (autor) não escolhe as suas palavras de um dicionário, mas do contexto da vida no qual as palavras se sedimentam e se impregnam de valorações. Desse modo, escolhe as valorações relacionadas com as palavras, e, além disso, desde o ponto de vista dos portadores encarnados destas valorações. Pode-se dizer que o poeta (autor) trabalha todo o tempo com a aprovação ou desaprovação, com a concordância ou discordância do ouvinte. (VOLOCHÍNOV, p.88, p.2013).

Por conseguinte, no contexto autoral nos quais estão localizados os atores da saúde mental, ou seja, na relação de espaço-tempo que é configurado neste campo circunscrito mais especificamente pelo cronotopos da trajetória da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial como espaço/arena de tensões e embates sobre o sentido do cuidado, da saúde e da doença mental, os autores do relatório, da carta e das teses, avaliam os discursos, sobre essas questões, no horizonte avaliativo do grupo social ao qual pertencem. Tais avaliações determinam não apenas as palavras, mas os temas e mesmo o gênero discursivo nos quais os sentidos são construídos.

No contexto dos discursos dos atores da saúde mental, pode-se observar que, além de responderem a discursos anteriores, estão sempre endereçados ao *outro*, um interlocutor, projetando-se também para um horizonte social futuro. Dessa forma, antecipam outros enunciados, contrapalavras, concordâncias, legitimações, valorizações, etc. Além disso, os discursos sobre o cuidado, em suas dimensões sociocultural, jurídico-política, técnico-assistencial e teórico-conceitual estão repletos de avaliações que dão corpo às ideias e posicionamentos sobre a saúde mental.

Nesse contexto, os acentos apreciativos presentes nos discursos dos atores da saúde mental respondem aos paradigmas autorizados e autoritários nos campos epistemológico, político, jurídico, assistencial, cultural e social da relação com o sofrimento psíquico. Tais posicionamentos pressupõem diferentes práticas e saberes em relação aos paradigmas

tradicionais ainda vigentes na sociedade e na assistência às pessoas no campo da saúde mental. Essas novas relações pressupõem também diferentes sentidos para o cuidado entre os seres humanos aqui tomados em sua dimensão de unicidade e historicidade. Vejamos, pois, como esses discursos se apresentam e como e quais posicionamento e avaliações eles expressam.

8.1. OS DISCURSOS SOBRE O CUIDADO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: MOVIMENTOS (AVALIAÇÕES) DE NEGAÇÃO E DISTANCIAMENTO

8.1.1 O discurso médico-psiquiátrico: o saber, a validade e a ética na psiquiatria

Como vimos anteriormente, os posicionamentos discursivos dos atores da saúde mental estão em oposição àqueles expressos nos paradigmas teóricos tradicionais os quais têm fundamentado o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, especialmente nos espaços manicomial, mas também em outros espaços que extrapolam seus muros. Tais paradigmas são: o comercial, o jurídico-moral e o médico-psiquiátrico. Em relação a este último, tal como caracterizado no discurso autoritário, referido por Bakhtin (2015b), o mesmo reclama, para si, a centralidade do sofrimento psíquico, como que por direito, posicionando-se como sendo a última palavra, o que equivale dizer, a última verdade. Para o filósofo russo (BAKHTIN, 2015b), o discurso autoritário exige reverência, distanciamento e não se abre ao questionamento e ao diálogo em posições equânimes.

Os posicionamentos expressos nos discursos dos atores da saúde mental através dos três documentos analisados propõem, a partir de uma forte e permanente tensão com os discursos das ciências médicas, rupturas, mudanças e a deslegitimação dos discursos e paradigmas médico-psiquiátricos. Nesse sentido, os saberes, as técnicas, as práticas e, inclusive, a validade da psiquiatria são confrontadas, desvalorizadas e vistas como nocivas à própria saúde da pessoa em sofrimento psíquico e à condição humana em geral.

8.1.1.1 O saber no discurso médico-psiquiátrico

Os acentos apreciativos presentes nos discursos sobre o cuidado em psiquiatria, expressos pelos autores das teses da ABRASME, apontam para a estagnação do processo de cuidado do homem na psiquiatria tradicional, como podemos observar no excerto abaixo:

- (11) Seu modo de conhecimento é ainda dominado predominantemente pela perspectiva biologicista, desde meados do século XIX, até a psiquiatria atual – fundada em supostos desequilíbrios químicos no cérebro fornecendo fundamentos às categorias de diagnóstico arbitrariamente construídas a cada revisão do DSM e do CID³³. (TESSES DA ABRASME, 2015)

Para a ABRASME, os discursos que sustentam o saber médico-psiquiátrico e suas respectivas práticas, no campo da saúde mental, ainda são aqueles direcionados às doenças e não ao ser humano. Ao primar pelos acentos apreciativos “*biologicistas*” e “*estagnadas*”, presentes em seus discursos e práticas, os defensores da saúde mental, ainda na atualidade, não se distanciam dos modelos de saber combatidos pela reforma psiquiátrica. Nesse sentido, para a associação, não houve, de fato, um rompimento com tais saberes e suas respectivas práticas. Nesta perspectiva, ainda continua presente, no discurso médico e em sua prática, a centralidade e a autoridade sobre o sofrimento psíquico. Por conseguinte, podemos afirmar que, de forma semelhante aos discursos que marcaram a saúde mental no século XIX, o discurso médico e sua relação com o homem em sofrimento psíquico continuam a balizar o saber e suas respectivas práticas na saúde mental na atualidade.

O acento apreciativo “*biologicista*”, contido neste tipo de discurso, concebe o homem a partir de sua divisão biológica, o que serve de fundamento para legitimar o tratamento de seu sofrimento o qual é enquadrado em “*categorias de diagnósticos*” que visam reestabelecer o que está desequilibrado. Essa separação abstrata e generalizante, que em princípio é uma etapa possível e, muitas vezes, necessária na construção de um discurso de cunho científico, no entanto, quando vista apenas em sua abstração e generalização teórica, acabam por retirar do homem o caráter de sua singularidade e de eventicidade, uma vez que, como nos lembra Bajtín (1997), não é possível viver no mundo teórico:

³³ A CID-10 é a sigla para Classificação Internacional de Doenças, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2018, em sua 10ª versão vigente. A CID-10 determina a classificação e a codificação das doenças relacionadas a uma ampla variedade de sinais, sintomas, achados anormais, denúncias, circunstâncias sociais e causas externas de danos e/ou doença. Especificamente no tocante às doenças mentais, a CID-10 dedica o capítulo V que engloba os códigos F-00 até F-99. Em 18 de junho de 2018, a OMS lançou a nova versão deste documento, a CID-11, que, por sua vez, entrará em vigor a partir de 2022.

O mundo teórico se obtém por uma abstração de princípio com respeito ao fato do meu ser único e seu sentido ético, concebido “como se eu não tivesse existido”, e esta concepção de um ser para o qual é indiferente o fato, que para mim é central, da minha comunhão com o real e singular com o acontecimento de ser (eu também sou), fato que não pode, por princípio, agregar ou subtrair nada a este mundo teórico, que em seu sentido e significação permanece igual a si mesmo e idêntico, exista eu ou não; esta concepção teórica não pode oferecer nenhum critério para a vida prática, para a vida do ato ético, eu não o habito, e se este ser teórico tivesse sido único, eu não teria existido. (BAJTÍN, 1997, p.16-17)³⁴

O homem, no presente caso, o ser em sofrimento psíquico, ao ser concebido apenas a partir do enquadramento em categorias diagnósticas abstratas, acaba, muitas vezes, por perder o caráter de sua unicidade em sua humanidade. Por outro lado, o médico e os demais profissionais envolvidos no cuidado, muitas vezes, deliberadamente ou irrefletidamente, deixam de estabelecer uma relação interpessoal, afetiva e interessada com este ser humano, substituindo-a pelo mero diagnóstico, clínico/tecnológico. Desta forma, o pensamento participativo, não indiferente, do qual fala Bajtín (1997), que deveria ser considerado nesta relação entre o cuidador e a pessoa em sofrimento psíquico, é desconsiderado, dando espaço apenas ao pensamento teórico-abstrato que passa a orientar este cuidado que acaba sendo reduzido à uma prática normativa-prescritiva.

O discurso médico-psiquiátrico e as práticas médicas, nas avaliações dos atores da saúde mental, fundamentam atos de controle, proteção e cuidado ao homem louco ou dependente e patenteiam sua relação com a sociedade. O cuidado e a proteção fundamentados nesse discurso acabam por subtrair a autonomia do sujeito. Nesse sentido, busca-se controlar o homem à semelhança da máquina, previsível, ou pretensamente previsível. A empreitada é de controle e não de promoção das potencialidades do homem, mas de submetê-lo ao modelo aceito como normal, no sentido sugerido por Canguilhem (2011): o da *normalidade* enquanto maioria em uma espécie. Podemos ilustrar este tipo de discurso polemizado pelos atores da saúde mental com a imagem abaixo:

³⁴ El mundo teórico se obtiene en una abstracción de principio con respecto al hecho de mi único ser y de su sentido ético, es concebido «como si yo no hubiese existido», y esta concepción de un ser para el cual es indiferente el hecho, que para mí es central, de mi comunión real y singular con el ser (yo también soy), hecho que no puede, por principio, agregar o restar nada a este mundo teórico, que en su sentido y significación permanece igual a sí mismo e idêntico, exista yo o no exista; esta concepción teórica no puede ofrecer ningún criterio para la vida práctica, para la vida del acto ético, yo no lo habito, y si este ser teórico hubiese sido el único, yo no habría existido.

Imagem 5 - Imagem publicitária retirada do website do IPAN-Instituto de Psiquiatria Avançada e Neuromodulação. Agosto de 2018.



Fonte: <http://www.ipan.med.br>

Nesta imagem é possível observar diversos elementos que corroboram com a avaliação dos atores da saúde mental sobre o discurso e as práticas médico-psiquiátricas. Trata-se de uma cena publicitária que tem como foco mostrar o procedimento de *Estimulação Magnética Transcraniana*. Não é o nosso propósito e nem de nossa competência, em um trabalho de cunho linguístico, tecer comentários técnicos sobre o procedimento acima ilustrado. O que nos interessa analisar, nesta imagem verbo-visual, são os seus elementos linguísticos e imagéticos que ilustram as polêmicas instauradas em torno dos discursos e das práticas médico-psiquiátricas

Podemos observar, inicialmente que, apesar da presença dos acentos apreciativos expressos nas palavras “*personalizado*” e “*humanitário*” aparecerem em fonte menor e, portanto, secundariamente, no texto publicitário – já que o *lead* do anúncio acentua, em fonte maior, o acento apreciativo “*tecnologia de ponta*”, os significados/sentidos que “*personalizado*” e “*humanitário*” assumiriam, ainda que tomados, respectivamente, de um dicionário ou de uma dada situação enunciativa-discursiva, como no presente caso, ainda assim estariam em desacordo com o sentido veiculado pela imagem como um todo. Nela aparecem dois profissionais, da área da saúde, e um paciente, ligado a uma máquina. Chama atenção que as três personagens não se olham entre si, e que os dois profissionais não interagem, nem gestual ou discursivamente com o paciente, que permanece ligado, passivamente, a uma máquina. Da

mesma forma, os profissionais encontram-se apenas ao lado de uma máquina e atentos aos resultados de uma planilha. Como o próprio *lead* parece indicar, de fato é a tecnologia, a grande protagonista nesta imagem. O paciente permanece em posição passiva e, aparentemente indiferente, como um corpo que é apenas extensão de uma máquina. O ambiente é estéril, a relação interpessoal profissional-paciente inexistente. O que existe é apenas uma justaposição, assimétrica, entre homem-máquina. A “*tecnologia de ponta*” é quem opera sobre os sujeitos envolvidos na situação.

Portanto, parece-nos que os acentos apreciativos presentes nos discursos médico-psiquiátrico dos atores da saúde mental, como procuramos ilustrar, na imagem acima, permanecem atrelados a esse modelo diagnóstico e, por esta razão, são objetos de desvalorização. No excerto (11), lê-se que a psiquiatria é “*fundada em supostos desequilíbrios químicos*”. Ao apontar, em tom de descrença, a suposição de desequilíbrios de elementos químicos, mas não humanos, a ABRASME responde e se posiciona contrariamente aos discursos que fundam e sustentam modelos de cuidado que dividem o ser humano (e biológico) em partes e generalizam seus sintomas. Seu sofrimento psíquico, singular, é reduzido a categorias teóricas generalizantes, ou seja, aos sinais que possam sugerir uma anormalidade, conferindo pouco ou nenhum valor às questões existenciais, sociais e históricas nas quais se inserem o homem em sofrimento psíquico.

Neste sentido o caráter de especificidade do discurso e das práticas *biologizantes* reforçam o argumento acima referido, uma vez que, no excerto (11), o desequilíbrio não se refere ao corpo, mas a uma parte específica deste. Assim sendo, o discurso ao qual a ABRASME se posiciona polemicamente é àquele do “*cérebro*”, no qual tais desequilíbrios supostamente ocorreriam.

De forma semelhante, o relatório da IV-CNSM-I também se posiciona contrário ao discurso autoritário da ciência autorizada a partir de acentos apreciativos que colocam suas práticas e seus saberes distantes da saúde. Os excertos abaixo são ilustrativos de algumas destas avaliações:

- (12) 607. No atual processo de transformação da política e assistência em saúde mental no país, um dos temas mais fundamentais para a mudança das práticas psiquiátricas convencionais é o dos direitos humanos. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma a necessidade de garantir o acesso a tratamento adequado sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, impedindo tratamentos cruéis ou degradantes, entre eles as internações prolongadas e maus tratamentos físicos aos internos nos hospitais psiquiátricos, [...] (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

- (13) 608. Entre as várias diretrizes aprovadas nesta direção, se destaca a proposição de um marco legal para a abolição das práticas de tratamento cruel ou degradante, como lobotomia, psicocirurgia, eletroconvulsoterapia (ECT), contenções físicas e químicas permanentes, internações prolongadas e maus tratos físicos contra pessoas em sofrimento psíquico. É enfatizada também a necessidade de fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância acerca dos casos de violência, cárcere privado e morte de pessoas em sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento, e unidades prisionais e domicílios, garantindo a notificação compulsória. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

Conforme pudemos observar nos excertos acima, a IV Conferência, em seus discursos, também se posiciona contrariamente ao modelo médico-psiquiátrico. Segundo o relatório, deve-se preservar e proteger a pessoa em sofrimento psíquico dos conhecimentos e práticas do saber médico-psiquiátrico nocivos à própria saúde das pessoas em sofrimento e aos direitos humanos. Note-se que a “lobotomia”, a “psicocirurgia”, a “eletroconvulsoterapia (ECT)” são procedimentos médicos. As “contenções físicas” e “químicas permanentes”, assim como, as “internações prolongadas” são atos realizáveis apenas sob prescrição médica, ou seja, submetidas ao controle e ao poder médico, que justificam essas práticas e procedimentos, visando proteger o próprio paciente de outros ou de si mesmo. Esses procedimentos são avaliados no excerto (12) como “violação de direitos humanos” e duplamente avaliados como “cruéis e degradantes”.

Um desses procedimentos “cruéis e degradantes”, a eletroconvulsoterapia (ECT), é avaliada de forma diametralmente oposta àquela dos atores da saúde mental pelo discurso médico-psiquiátrico expresso em nota de esclarecimento conjunta assinada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). A nota fala sobre a repercussão negativa do procedimento médico representado em cena da novela *Amor à Vida*, no capítulo exibido em 05 de setembro de 2013. Nela lê-se:

- (14) A eletroconvulsoterapia (ETC) ou eletrochoque, é um procedimento **seguro, eficaz, indolor**, para o qual existem **indicações precisas**. Este tratamento só é indicado para pacientes onde a medicação não apresenta resultados satisfatórios e também onde não existem indicações para que o mesmo seja tratado com medicamentos, como é o caso de pacientes debilitados ou idosos. Médicos Psiquiatras não optam por administrar a

ECT em pacientes que possam ser tratados de forma farmacoterapêutica [...] (NOTA ABP-CFM, 06/09/2013, grifos nossos)³⁵

No excerto acima podemos encontrar acentos apreciativos valorativos como *seguro, eficaz, indolor, indicações precisas*, o que sugere a quase neutralidade do procedimento. Semelhante avaliação pode ser encontrada nos discursos expressos pelo IPAN³⁶, instituto psiquiátrico de referência nacional nesse tipo de procedimento. Para o instituto, a eletroconvulsoterapia ou eletrochoque consiste em promover

[...] disparos rítmicos cerebrais autolimitados. Com isso, ocorre um equilíbrio nos neurotransmissores como a serotonina, dopamina, noradrenalina e glutamato, responsáveis por propagar os impulsos nervosos do cérebro e **manter o bem-estar. Esta reação cerebral**, que é monitorada durante o tratamento por meio de Eletroencefalograma (EEG), dura alguns segundos e é **fundamental para o efeito terapêutico**. [...] o tratamento é feito em ambiente hospitalar, com anestesia geral rápida (sedação), que dura de 5 a 10 minutos. **Não há nenhum desconforto ou dor**, e o paciente tem alta no mesmo dia. [...] A eletricidade é **apenas um meio utilizado para isso**. (IPAN, 2018, grifos nossos)

O bem-estar, para o discurso autorizado, típico da psiquiatria, é um resultado da interação de neurotransmissores, caracterizado como o equilíbrio químico desses na máquina humana. No enunciado acima, o sujeito da teoria, como entendido em Bajtín (1997), pode ser vislumbrado, uma vez que este é geral e abstrato, e um outro pode falar por ele ao afirmar que “*não há nenhum desconforto ou dor no procedimento*”. Na avaliação dos protagonistas do discurso teórico da psiquiatria, “*a eletricidade é apenas um meio utilizado*” para se chegar a alcançar o bem-estar do sujeito. No discurso dos atores da saúde mental, a realização deste procedimento, a ansiedade de saber que se irá passar por ele, a antecipação de possíveis resultados negativos, depois de realizado, são a própria causa do *mal-estar* decorrente das práticas médicas que “*violam os direitos humanos*”.

A ABRASME, através de seus acentos apreciativos, também reforça a falta de fundamentação e competência do discurso “*biologizante*” e das formas de cuidado que nele se pautam. Para a associação, esses fundamentos e categorias, como vimos no excerto (11) são “*arbitrariamente construídas a cada revisão do DSM e do CID*”. A arbitrariedade, apontada no

³⁵ Anexo 5

³⁶ Instituto de Psiquiatria Avançada e Neuromodulação

discurso médico, para os atores da saúde mental, sugere a dificuldade dos profissionais médicos em conceber o homem em sua singularidade e eventicidade, uma vez que o médico relaciona-se com aquele homem que o paciente pode ser ou voltar a ser (CANGUILHEM, 2011, CLAVREUL, 1983) e não com o homem no acontecimento e concretude de seu sofrimento.

O distanciamento histórico-social-existencial do discurso médico, sobre o homem em sofrimento, parece abrir espaço para as *novas e múltiplas* tentativas de apontar desequilíbrios cerebrais que baseiam-se, fundamentalmente, no tom autoritário do discurso *biologizante* em seus enquadres bioquímicos, pautados em um modelo conceitual abstrato e generalizante, visando a mudança ou o retorno a um comportamento normativo e ideal que se expressa através de respostas adequadas, externas e motivadas. Ou ainda, pela terapêutica medicamentosa que reequilibra o desequilíbrio químico do corpo, ou melhor, de parte dele, o cérebro, e que pode ser constatada posteriormente pela psiquiatria a partir do comportamento externo.

A superação e o enfrentamento desses discursos que fundamentam paradigmas tradicionais sobre o sofrimento psíquico e seus cuidados são apresentados pela ABRASME como um dos desafios a serem enfrentados pela reforma psiquiátrica.

- (15) Seria necessário assumir uma posição mais efetiva e firme de que o processo da Reforma Psiquiátrica deve começar com uma crítica epistemológica ao modelo teórico-conceitual da psiquiatria. (TESES DA ABRASME, 2015)

No excerto (15) acima é possível observar o tom emocional-volitivo expresso nos acentos apreciativos dos discursos da ABRASME. Estes acentos, não apenas nas teses da ABRASME, mas também no IV relatório, não têm assumido o tom valorativo de solicitação, pedido ou favor, mas sim de luta e de reivindicação de direitos. Para os autores desses discursos, trata-se de direitos garantidos em lei, através da árdua luta social que não estão sendo garantidos. O tom emotivo-volitivo dos discursos não se refere apenas ao conteúdo dos discursos, ou seja, ao que está contido na enunciação, mas às relações de sentido singulares que os atores da saúde mental mantêm com o existir e que engloba esse conteúdo. Por exemplo, a trajetória da associação na saúde mental, suas conquistas, perdas, desafios, sua avaliação da situação atual, suas possíveis respostas a estas questões. Nesse sentido:

O tom-emotivo-volitivo que abarca e o acontecimento singular do ser, não é uma reação psíquica passiva, mas uma orientação necessária à consciência, orientação moralmente significativa e responsavelmente ativa. Se trata de um

movimiento comprensivo da consciência que transforma uma possibilidade na realidade de um ato realizado: de um ato de pensamento, de sentimento, de desejo, etc. Mediante o tom emotivo-volitivo assinalamos precisamente um momento da minha atividade na vivência, a vivência enquanto minha: eu penso-atuo mediante o pensamento³⁷ (BAJTÍN, 1997, p.44).

Opondo-se à centralização, ao autoritarismo e ao oficialismo do discurso médico fundamentado no paradigma *biologicista*, a ABRASME apresenta também, em seu discurso, críticas ao atual enfrentamento para superar os paradigmas teórico-conceituais tradicionais o qual não é qualquer tipo de enfrentamento, mas um enfrentamento radical. O acento apreciativo “*efetiva e firme*”, no presente enunciado, sinaliza a urgência de um processo ainda em construção, mas que aparece como insatisfatório, aquém dos objetivos mais amplos e profundos da reforma. É através da mudança epistemológica que é direcionada a saída para esse problema.

Por conseguinte, os sentidos expressos nos documentos da ABRASME refratam o posicionamento discursivo dos atores da saúde mental através de críticas especialmente direcionadas ao paradigma *biologizante* do discurso médico-psiquiátrico. Não obstante, tais críticas, que denotam um relacionamento quase inconciliável entre psiquiatria e saúde mental, não incluem outras disciplinas/campos do saber, como por exemplo os da psicologia, que muitas vezes, quando voltadas a aspectos meramente comportamentais, podem fazer uso de conceitos tão generalizantes e abstratos quanto aqueles criticados nos paradigmas da psiquiatria. Além da psicologia, também não estão incluídas disciplinas tais como as ciências sociais que, comumente, fundamentam as práticas do serviço social; ou ainda os conhecimentos que fundamentam as práticas de cuidado da enfermagem; os discursos e modelos teórico-conceituais da educação física, da terapia ocupacional, da pedagogia, etc, parecem não ser alvo de necessidade de mudança epistemológica radical.

É reconhecendo a centralidade do discurso e das práticas médicas, especialmente a da psiquiatria, que a ABRASME aponta como necessária uma mudança. Esse posicionamento é sugestivo de que os discursos de outras disciplinas, envolvidas no cuidado em saúde mental,

³⁷ El tono emocional y volitivo que abarca y penetra el acontecimiento singular del ser no es una reacción psíquica pasiva, sino una orientación necesaria de la conciencia, moralmente significativa y responsablemente activa. Se trata de un movimiento comprensivo de la conciencia que transforma una posibilidad en la realidad de un acto realizado: de un acto de pensamiento, de sentimiento, de deseo, etc. Mediante el tono emocional y volitivo señalamos precisamente un momento de mi actividad en la vivencia, la vivencia en cuanto que mía: yo pienso-actúo mediante el pensamiento.

apresentam-se de forma, se não satisfatória, ao menos secundárias, nessa tensão de sentidos sobre o cuidado, a saúde e a doença mental, necessitando apenas de revisão teórico-conceitual.

Dando seguimento à nossa reflexão sobre os acentos apreciativos acerca do lugar do conhecimento médico-psiquiátrico na saúde mental, iremos analisar o excerto abaixo:

- (16) Não obstante os indiscutíveis avanços, temos fracassado em impedir que seja cada vez maior o número de cidadãos diagnosticados com alguma enfermidade mental, assim como que a prescrição de drogas psiquiátricas deixe de ser a modalidade de tratamento dominante na assistência. Conseqüentemente, ao estarem, as práticas assistenciais predominantemente subordinadas à abordagem da psiquiatria organicista, são sistematicamente anulados os bons resultados alcançáveis pelas abordagens psicossociais. É imprescindível que os profissionais de saúde e a população em geral tomem conhecimento do quanto essa psiquiatria reducionista carece de evidências científicas que justifiquem suas práticas (TESES DA ABRASME, 2015).

Os atores da saúde mental avaliam sua trajetória a partir de “*indiscutíveis avanços* e os trabalhos psicossociais realizados no âmbito da saúde mental apreciados como “*bons resultados alcançáveis pelas abordagens psicossociais*”, no entanto, o recorte também sugere que, apesar dessas avaliações positivas, os discursos e práticas autoritárias e tradicionais tem uma enorme força. Nesse sentido, o que é um avanço para a área médica é inversamente proporcional ao fracasso para a saúde mental. Sendo assim, ao termos situado o discurso médico-psiquiátrico, no discurso científico autorizado, ou seja, entre as variações do discurso autoritário, lembramos, de Bakhtin (2015b) quando sugere que o discurso

penetra em nossa consciência verbal como uma massa compacta e indivisível, precisa ser integralmente confirmado ou refutado. [...] Por isso, a distância em relação ao discurso autoritário permanece imutável em toda a sua extensão: aqui é impossível o jogo com as distâncias: fusão e divergência, aproximação e afastamento” (BAKHTIN, 2015b, p.138).

8.1.1.2 A validade do discurso e das práticas médico-psiquiátricas

Opor-se ao discurso autoritário é negá-lo por completo, a saúde mental tem sentidos diferentes, quase opostos, quando concebida pelo ponto de vista médico-psiquiátrico e dos atores da saúde mental. Lembremos que o discurso médico-psiquiátrico é voltado, legitimado e intrinsecamente relacionado à noção de doença mental e é em volta dela que, tradicionalmente, o seu conhecimento e seu poder tem sido exercido. Portando, a oposição discursiva entre os

atores da saúde mental e dos médicos representantes da psiquiatria parece ser de uma oposição de mútua negação.

- (17) Sabemos que há quase 30 anos, a Coordenação de Saúde Mental vem adotando uma política de assistência em saúde mental que não privilegia a reinserção social e **o tratamento médico adequado dos doentes com transtornos mentais, com viés unicamente ideológico**. Ao contrário, vem desativando de forma acelerada os leitos dos hospitais psiquiátricos e o sistema ambulatorial, sem que haja expansão correspondente da rede de serviços extra-hospitalares. [...] Não apoiamos o modelo de assistência centrado no hospital (hospitalocêntrico), falido há décadas, **mas também não apoiamos o modelo atual, também falido, centrado nos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (capscêntrico)** constituído pela coordenação. É **insuficiente** e, em geral, **não qualificado** para atender o paciente com transtorno mental grave e persistente. O enfoque que vem sendo adotado **tem custado a vida de muitos doentes** [...] (ABP/FENAM - NOTA DE ESCLARECIMENTO SOBRE A NOMEAÇÃO DO COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL-15/12/2015, grifos nossos)³⁸

Na nota acima, é possível perceber acentos apreciativos valorativos no discurso da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP atribuídos ao campo da saúde mental. A ABP expressa uma avaliação negativa e de deslegitimação do modelo “*assistencial psicossocial*”, pondo em questionamento a validade dos cuidados concebidos e defendidos pelos atores da saúde mental. Nessas críticas, como podemos observar no enunciado “*não privilegia a reinserção social e o tratamento médico adequado dos doentes com transtornos mentais*”, faz clara referência a um possível descompromisso com o cuidado em saúde, uma vez que seus interesses têm “*viés unicamente ideológico*”.

Interessante perceber a comparação feita pelo autor da nota com o modelo da saúde mental a partir do reconhecimento da avaliação negativa que tem o discurso médico-psiquiátrico no discurso com o qual polemiza. A nota da APB avalia ainda o modelo de saúde mental com o acento apreciativo “*falido*”, fazendo uso inclusive do neologismo “*capscêntrico*”, palavra análoga a “*hospitalocêntrico*”, que surgiu no âmbito dos discursos da luta antimanicomial. As avaliações negativas são ainda expressas em acentos apreciativos como “*insuficiente*”, “*não qualificado*” “*tem custado a vida de muitos doentes*”. Note-se, nesta última avaliação que, a nota da ABP utiliza, como contrapalavra ao modelo da saúde mental, o mesmo argumento e avaliação atribuídos às próprias práticas médico-psiquiátricas e hospitalocêntricas, ou seja, a avaliação de que estas práticas e discursos tem “*custado vidas*”.

³⁸ Anexo 6

Além disso, as pessoas em sofrimento psíquico aparecem no discurso da ABP como “doentes” sugerindo a ótica sob a qual são tipicamente vistas pelo discurso médico-psiquiátrico.

No discurso da ABRASME, as práticas médicas, entre elas as prescrições de medicações, são consideradas, a partir das avaliações expressas, como um problema e um desafio a ser enfrentado. O discurso médico, ao situar uma nova doença, tem, em geral, uma nova forma de diagnosticá-la e tratá-la. Os discursos médicos, para a ABRASME, apresentam, como saída mais rápida à pessoa em sofrimento psíquico, a prescrição de drogas, como a oferta de um milagre, prometendo a resolução dos problemas, como podemos observar no excerto abaixo:

- (18) (1) Existem muitas evidências científicas que permitem que seja afirmado que não há causas biológicas conhecidas para a maioria dos transtornos psiquiátricos hoje diagnosticados. [...] Salvo em parte a demência e alguns raros transtornos cromossômicos, não há evidências sólidas que permitam fundamentar biologicamente que esse ou aquele transtorno psíquico se deva a essa ou aquela causa biológica. Com efeito, não há nenhum teste biológico – como testes sanguíneos ou escaneamentos do cérebro – que possam ser usados para fornecer dados objetivos independentes, e que deem suporte à grande maioria dos diagnósticos psiquiátricos. (TESES DA ABRASME, 2015)

O discurso da ABRASME sugere ainda que a psiquiatria não se constitui em uma prática bem fundamentada, mas sim em um engodo, perigoso e sem resultados visíveis e claros. Além disso, ela também não oferece condições concretas de validar seus métodos, interpretações e resultados sequer em seu próprio campo do conhecimento: a medicina. Nesse sentido, nos discursos da ABRASME, a psiquiatria, seu saber e sua ética são deslegitimados, destituídos de valor. O tom emocional-volitivo é mais do que de oposição ao discurso médico-psiquiátrico e as práticas que ele fundamenta. É de denúncia, conforme podemos observar no excerto abaixo:

- (19) (6) Os efeitos negativos, que são chamados de efeitos colaterais, muito pouco são informados; por meio das bulas que acompanham as drogas, mas também na fala de quem as prescreve, e seus consumidores pouco conhecem sobre os prós e os contra de seu uso. E o clínico, aquele que prescreve, em geral não tem cuidado de discutir com o seu paciente os diversos e possíveis efeitos que sua droga prescrita produz. Os estudos hoje disponíveis sugerem que a grande maioria das drogas psiquiátricas acrescentam poucos benefícios em longo prazo, e para uma parcela significativa dos pacientes as drogas podem levar à piora significativa dos resultados (TESES DA ABRASME, 2015)

O tom de denúncia, em relação à psiquiatria, expressos nos discursos dos atores da saúde mental, parecem revelar o pouco entendimento dessa área do conhecimento médico sobre o sofrimento psíquico. O acento apreciativo negativo é revelado no enunciado “*não tem cuidado de discutir com o seu paciente os diversos e possíveis efeitos que sua droga prescrita produz*”, que faz referência às formas pelas quais os médicos agem em relação a seus pacientes, o qual está em desacordo com o compromisso ético hipocrático de não causar dano ao paciente. Para os discursos da ABRASME, os médicos-psiquiatras contradizem essa premissa hipocrática, prescrevendo e incentivando o uso de medicamentos que parecem ter muito mais potencialidades negativas que positivas para o paciente. Sendo assim, o médico coloca o paciente em perigo, especialmente quando se conclama a cura de desequilíbrios químicos sem evidências. Como podemos observar nos acentos apreciativos no excerto, abaixo que sugerem que não há comprovação de cura de transtorno psiquiátrico através de drogas:

- (20) (2) No entanto, as drogas psiquiátricas são prescritas com base no argumento de que curam um ‘desequilíbrio químico’. **Nenhum desequilíbrio químico foi provado como tendo de fato uma relação com nenhum transtorno psíquico.** Não há tampouco qualquer método disponível para testar a presença ou ausência desses supostos desequilíbrios químicos. (TESES DA ABRASME, 2015, grifos nossos)

Neste contexto, também os conhecimentos médico-psiquiátricos que fundamentam os manuais de diagnóstico, como o DSM-5 e o CID-10, classificando e servindo de referência ao diagnóstico dos transtornos mentais em escala global, são desvalorizados no discurso da ABRASME, acentuando-se o fato de não serem produtos da ciência objetiva, razão pela qual são avaliados como altamente questionáveis:

- (21) (3) Os manuais de diagnóstico psiquiátrico – tais como DSM e CID (capítulo 5) – **não são produtos de ciência objetiva, como é suposto, mas sim produtos de uma cultura.** A literatura disponível sobre os bastidores de como as versões do DSM são aprovadas é rica de evidências a respeito. Por conseguinte, **a validade e utilidade clínica desses Manuais de diagnóstico são altamente questionáveis;** ainda que a sua influência tenha contribuído para uma medicalização extensiva da experiência humana. (TESES DA ABRASME, 2015, grifos nossos)

Como podemos observar, o acento apreciativo da ABRASME é de advertência pela falta de credibilidade (“*não são produtos de ciência objetiva*”), porque é justamente este o argumento utilizado no discurso médico-psiquiátrico oficial, que é um discurso autoritário e totalitário, que

se pretende um saber pautado pela objetividade de uma ciência inquestionável. Vemos também o mesmo tom de denúncia em “*a validade e a utilidade clínica desses Manuais de diagnóstico são altamente questionáveis*”. O intuito discursivo da ABRASME é apontar para a possibilidade de minar esse poder do discurso autoritário, conclamando os leitores do texto: pessoas em sofrimento psíquico, familiares, profissionais e demais atores da saúde mental, além da população em geral, a também suspeitarem dessa autoridade, desse aparato enorme de nomenclaturas e do saber tecnicista, não clínico, dos diagnósticos.

Portanto, as evidências discursivas analisadas sugerem que as avaliações presentes nos discursos dos atores da saúde mental sejam resultantes de um saber médico desacreditado e denunciado pela ABRASME, frutos de uma cultura médica da manutenção de autoridade e da lógica incapacitante do ser em sofrimento psíquico, da exclusão, da atuação negativa da sociedade, do saber médico e do mercado criado em torno do sofrimento destas pessoas.

8.1.1.3 A ética médica-psiquiátrica

O discurso apelativo moral também é atribuído como contra-argumento aos procedimentos éticos dos médicos e do saber psiquiátrico, avaliados negativamente, e que mantêm uma relação com a droga prescrita. Para a ABRASME, essa conduta é realizada a partir de uma terapêutica falaciosa e prejudicial que cria o próprio sofrimento psíquico no sujeito ao invés de tratá-lo, conforme denunciado no acento apreciativo “*elas não curam doenças*”:

- (22) (4) Como outras substâncias que afetam a química do cérebro, como é o caso particularmente das drogas ilícitas que são comercializadas ilegalmente e são objeto de um gigantesco aparato repressivo do Estado, as drogas psiquiátricas igualmente produzem estados alterados em quem as consome. Elas não “curam” doenças. E seus mecanismos de ação ainda são pouco apropriadamente conhecidos e administrados. (TESES DA ABRASME, 2015)

A comparação entre os discursos sobre a drogas prescritas e as ilícitas dá margem a alusões não apenas a discursos prévios sobre as drogas prejudiciais que têm caráter nocivo, mas também a uma avaliação, em geral, moralizante. Se as drogas prescritas prejudicam, devem tanto quanto as drogas ilícitas passarem pelo aparato de reprimenda do Estado. Nesse sentido, não apenas o papel nocivo das drogas prescritas e ilícitas são comparados, mas, a partir desta comparação, que serve para a droga, o médico-psiquiatra pode ser moralmente comparado a outro ator nocivo: o traficante. Ambos não estão preocupados com a saúde da pessoa que terá

acesso à droga, mas agem por motivos eticamente questionáveis, como o possível lucro e a dependência, uma vez que as drogas prescritas “*não curam doenças*”. Se não curam as doenças, então as criam, ou pelo menos as alteram para pior.

Sem evidências, nem conhecimento de cura dos desequilíbrios químicos, o que impulsionaria a relação das práticas e do discurso médico-psiquiátrico em relação à classificação de tantas doenças e a prescrição excessiva de medicamentos? Temos, no discurso dos atores da saúde mental, um outro questionamento ético: a relação do discurso e das práticas médicas com a indústria comercial farmacêutica e os espaços privados de tratamento do sofrimento psíquico. Exploramos esses discursos e avaliações no tópico a seguir.

8.1.2 O discurso comercial: a doença mental visando o lucro

A ABRASME tem se oposto e respondido a outros discursos fundamentados em outro paradigma: o comercial. Neste, o sofrimento psíquico e a saúde são respectivamente vistos como fonte de lucro e resultados a serem atingidos como produto final de uma operação mercantil. O discurso dos atores da Saúde Mental sugere que o modelo comercial em saúde transforma o sofrimento em lucro através da privatização no sistema de saúde e da medicalização, não apenas em relação aos transtornos mentais, mas da vida em geral.

8.1.2.1 Hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas

Imagem 6 - Manifestação contra a nomeação do médico psiquiatra Valencius Wurch para coordenador-geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde



Fonte: Viomundo/Conceição Lemos. Sindicato dos Psicólogos de São Paulo. Janeiro de 2016. Foto utilizada na notícia: Três gerações de profissionais de saúde, usuários e familiares contra o novo diretor da saúde mental. Publicada em 13/01/2016.

A imagem verbo-visual acima ilustra o evento em oposição à nomeação do médico psiquiatra Valencius Wurch como coordenador-geral de saúde mental, em janeiro de 2016. Valencius Wurch foi ex-diretor-clínico da Casa de Saúde Doutor Eiras, em Paracambi, região metropolitana do Rio de Janeiro e, para o Sindicato dos Psicólogos de São Paulo (2016), “ajudou a escrever páginas tenebrosas do maior hospício privado da América Latina”. Segundo o Sindicato (2016), sob a supervisão clínica de Wurch, na Casa de Saúde Doutor Eiras, “centenas de usuários foram maltratados por anos, alguns até a morte, geralmente por fome (alimentação péssima em qualidade e quantidade), violência física, eletrochoques sistemáticos, doenças de fácil controle e curáveis. Uma verdadeira casa de horrores”.

O evento-protesto, que mobilizou nacionalmente os atores da saúde mental, responde à figura de Valencius Wurch como representante dos discursos mais típicos do modelo médico-psiquiátrico e da privatização da saúde mental. Para os discursos dos atores da saúde, a manutenção de espaços especializados asilares e privados para o internamento de pessoas em sofrimento psíquico, como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, contraria a lógica comunitária psicossocial e pública do cuidado coletivo, multidisciplinar e equânime. As arbitrariedades realizadas por profissionais, familiares e pela justiça, para se internar e manter alguém em espaços privados, perpassam o entendimento do sofrimento psíquico e sua relação multidimensional com as práticas comerciais voltadas ao lucro.

No discurso dos atores da saúde mental, a privatização aparece como uma grande ameaça a ser oposta e combatida, uma vez que qualquer representante desse discurso, na gestão pública, mina a manutenção dos princípios do sistema público de saúde e abre o caminho para a *oferta* de cuidados privados a pessoas em sofrimento psíquico. Nos discursos expressos pelos atores sociais, a saúde é vista como fonte de lucro pelos modelos privados que, assim sendo, só podem ser prejudiciais à saúde, como podemos observar no excerto abaixo:

- (23) A ausência de investimento público nesse setor está favorecendo visivelmente a proliferação das comunidades terapêuticas, espécie de “novos manicômios” que, principalmente por seu caráter manicomial são extremamente nocivos, perversos e violadores de Direitos Humanos das pessoas nelas internadas. (TESES DA ABRASME, 2015)

Podemos observar, pois, que esses espaços privados, ou seja, as comunidades terapêuticas, “*prolifera*” analogamente às *pragas*. Essas comunidades são avaliadas como “*novos manicômios*”, pois tem “*caráter manicomial*” uma vez que, assim como os grandes manicômios e hospitais psiquiátricos, à semelhança da Casa de Saúde Doutor Eiras, são avaliados por acentos apreciativos como “*extremamente nocivos, perversos e violadores de Direitos Humanos das pessoas nelas internadas*”. É possível perceber neste enunciado que os espaços manicomiais não são nocivos para todos. As pessoas que lucram, os profissionais que ali se empregam, os familiares que compram o cuidado ofertado e recebem o seu familiar controlado, ou os que ali os deixam para serem cuidados por tempo indeterminado enquanto a vida segue, nenhuma dessas pessoas é afetada negativamente pelas “*comunidades terapêuticas*” com seu “*caráter manicomial*”, mas especialmente as “*pessoas nelas internadas*”.

As mudanças de tema, ou seja, de sentido no discurso, estão diretamente relacionadas à ampliação do horizonte social da saúde mental. Sendo assim, os sentidos e as apreciações aos manicômios, aos hospitais psiquiátricos, às comunidades terapêuticas e seu caráter manicomial, aparecem no contexto do horizonte social dos atores da saúde mental distantes dos sentidos e avaliações sociais outrora atribuídos a esses espaços quando surgiram como alternativa ao cuidado, à loucura e à dependência. A cada novo internamento, a cada história contada sobre os ambientes manicomiais, sobre a relação entre o sofrimento e o lucro, as violações de direitos humanos, entre outros elementos, a cada novo acontecimento relacionado a esses espaços, os conhecimentos, as avaliações e os sentidos sobre espaços e condutas de “*caráter manicomial*” se integram e se expandem no horizonte social. Sobre esta evolução de sentido no horizonte social lembramos Volochínov (2014) ao afirmar que:

A evolução semântica na língua é sempre ligada à evolução do horizonte apreciativo de um dado grupo social e a evolução do horizonte apreciativo – na totalidade de tudo o que tem sentido e importância aos olhos de um determinado grupo – é inteiramente determinada pela expansão da infraestrutura econômica. À medida que a base econômica se expande, ela promove uma real expansão no escopo de existência que é acessível, compreensível e vital para o homem (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV³⁹, 2014, p.141)

Nesse sentido, para Volochínov (2014), tudo o que compõe a existência e tudo o que faz parte do interesse social de um grupo e que se torna presente na fala e nas emoções deste, não coexistem de forma pacífica com todos os elementos que compunham a existência antes deles. Esses novos elementos, sentidos e valores entram em luta social e discursiva, em uma relação polêmica com sentidos e avaliações anteriores que, por sua vez, são submetidos à reavaliação. Esse processo, segundo Volochínov (2014), “fazem-nos mudar de lugar na unidade do horizonte apreciativo”. Nesse sentido, uma nova significação se vê e se descobre na anterior para reconstruir seu sentido. É o que ocorre, por exemplo, em relação aos sentidos e valores atribuídos ao “*caráter manicomial*” do cuidado, não mais visto como cuidado, mas como tratamento violador de direitos humanos. Os “*hospitais psiquiátricos*”, já avaliados como espaços legítimos de cuidado, agora são “*casas de horrores*” e as “*comunidades terapêuticas*”, que apesar de serem nomeadas como comunidades com fins benéficos, e terapêuticos, nada tem a ver com o nome, nos discursos dos atores da saúde mental, pois são consideradas “*novos manicômios*”.

Todas essas avaliações negativas, presentes no discurso dos atores da saúde mental, no âmbito de uma luta antimanicomial, inserida no fortalecimento do sistema público de saúde e do cuidado psicossocial, ganham uma apreciação ainda mais negativa ao serem associadas ao campo privado de tratamento psiquiátrico. Todos esses valores se expandem dentro do horizonte social que associam todos esses sentidos negativos à privatização no campo da saúde mental.

Vejam no subtópico a seguir como a indústria farmacêutica e sua relação com o sofrimento psíquico são acentuados nos discursos da saúde mental.

³⁹ Usamos a edição de 2014 de *Marxismo e Filosofia da Linguagem* no qual ainda constam, como autores, Bakhtin/Voloshinov. Não obstante, reconhecemos a autoria do texto como sendo de Voloshínov.

8.1.2.2 A indústria farmacêutica

Os acentos apreciativos presentes nos discursos expressos pelos atores da saúde mental sobre as relações entre indústria farmacêutica e o sofrimento psíquico seguem no mesmo sentido de deslegitimar esta relação, como podemos ver no exemplo a seguir, através de acentos apreciativos como: “*A indústria farmacêutica não está interessada em divulgar os resultados dos seus produtos*” e ainda “*classes de drogas psiquiátricas acrescentam poucos benefícios*”; “*o uso pode levar à piora significativa dos resultados*”:

- (24) (5) Os efeitos imediatos em curto-prazo que são alcançáveis com a prescrição de drogas psiquiátricas, e que costumam ser objeto exclusivo das práticas patrocinadas pelos grandes laboratórios da indústria farmacêutica, não são os mesmos quando são procurados os efeitos produzidos com o seu uso em médio e longo prazos. A indústria farmacêutica não está interessada em divulgar os resultados dos seus produtos quando usados por um longo período – como é o consumo habitual. Quer dizer, há pouca pesquisa sobre os resultados em longo prazo de pessoas que estão tomando drogas psiquiátricas. Os estudos disponíveis sugerem que todas as classes de drogas psiquiátricas acrescentam poucos benefícios a longo prazo, e que para uma parcela significativa dos pacientes o uso pode levar à piora significativa dos resultados. (TESES DA ABRASME, 2015)

A indústria farmacêutica é apontada, junto ao conhecimento médico, como réu de uma denúncia: a de manipulação de resultados com fins comerciais voltados ao lucro. Os médicos psiquiatras aparecem implicitamente como parceiros dessa lógica comercial. Ambos mascaram os resultados dos efeitos colaterais a longo prazo. Quando a Associação, ao acentuar o fato da indústria não estar “*interessada em divulgar os resultados da pesquisa*”, sugere os seus possíveis reais interesses: os econômicos.

Segundo a ABRASME (2015), as pesquisas com o intuito de avaliar os efeitos colaterais das medicações a longo prazo também existem, mas não são objeto de interesse do discurso comercial. Apresentar os possíveis reais resultados seria ir de encontro com a cultura da hipermedicalização da saúde humana, apontando para os fracassos reais do discurso médico e, conseqüentemente, acarretando a perda de lucro das indústrias farmacêuticas. O conhecimento epistemológico da lógica vigente tradicional é também poderoso e não tem interesses na saúde, mas na produção de doenças. Desta forma, o discurso da indústria farmacêutica, de forma semelhante ao discurso médico-psiquiátrico, parece distanciar-se dos interesses do cuidado, aproximando-se ao do lucro, controle e produção de doenças.

- (23) Como qualquer droga psicoativa, a tendência é que após um prolongado uso o seu usuário dependa da sua química para poder existir ‘normalmente’. A retirada da droga psiquiátrica pode ser incapacitante, ao causar um conjunto de efeitos físicos e psicológicos que podem durar meses senão anos. Não são poucos casos, que o suicídio seja a solução final. (TESES DA ABRASME, 2015)

E no tocante às pessoas em sofrimento psíquico, estas aparecem não mais como pessoas que precisam de cuidados, mas como consumidores de mercado, conforme podemos observar no excerto abaixo:

- (24) Essas evidências iatrogênicas do que esse modelo de assistência psiquiátrica produz ganha um conteúdo muito especial em nosso país. A realidade da assistência em saúde mental no Brasil está fortemente subordinada à lógica do mercado no campo da saúde. O processo globalizado de medicalização do cotidiano encontra aqui entre os mais de 200 milhões de brasileiros todos os tipos de novos consumidores em potencial, como crianças, os adolescentes e os jovens, os idosos, passando pelos sem teto, os dependentes de álcool e drogas ilegais, os presos, etc. (TESES DA ABRASME, 2015)

É possível observar no relatório da IV Conferência de Saúde Mental que, apesar da forte relação entre a indústria farmacêutica e o Estado, no recorte (25) a seguir, a relação aceita e sugerida nos discursos é a da prestação de serviços à população de forma equânime, não a relação que entende esta mesma população como fonte de lucro a partir de seu sofrimento.

- (25) 89. [...] A articulação entre a Política Assistência Farmacêutica e a Política de Saúde Mental deve atentar para a adequação da programação ao perfil epidemiológico regional, de forma a garantir o abastecimento pleno e contínuo dos medicamentos de Saúde Mental de modo descentralizado para os municípios, sem desprezar o princípio geral da desmedicalização do sofrimento psíquico. (RELATÓRIO DA IV-CNSM, 2010)

Vejamos também o excerto a seguir:

- (26) 90. [...] O aumento dos incentivos financeiros reivindicado para garantir os medicamentos necessários à integralidade da atenção de todos pacientes com sintomas psicóticos graves não deve excluir, entretanto, a utilização de recursos terapêuticos integrados. Foi destacada também a importância de se estimular o uso racional de medicamentos, evitando o tratamento medicamentoso como principal intervenção (RELATÓRIO DA IV-CNSM, 2010).

Apesar do reconhecimento dessa relação entre Estado e indústria farmacêutica e dos serviços prestados por esta última, os tons emotivo-volitivos presentes nos discursos são de desconfiança, ressalva e advertência, uma vez que os serviços prestados pela indústria farmacêutica devem ocorrer “*sem desprezar o princípio geral da desmedicalização do*

sofrimento psíquico” e “*não deve excluir, entretanto, a utilização de recursos terapêuticos integrados.*”. Estas advertências sugerem a não adesão completa às práticas e ao discurso da indústria farmacêutica. Nesse sentido, os atores da saúde mental apontam a redução dos usos de medicamentos sintéticos produzidos por esta indústria como um princípio de Política Pública de Saúde Mental, já que esses acentos sobre a relação da indústria com o Estado estão presentes em um relatório de uma conferência que tem o intuito de dar voz às reivindicações desses atores.

Nesse sentido, são a esses dois discursos, o médico e o comercial, aos quais os atores da ABRASME (2015) se opõem e expressam suas preocupações. No discurso destes últimos, o trabalho em saúde mental não pode e não deve ser pautado pelos discursos que defendem a via psiquiátrica e a medicamentosa e de suas práticas, tendo em vista que ambas encontram-se sob suspeição e são consideradas como criadoras da doença mental e não da saúde mental, conforme pode-se observar na passagem abaixo:

- (27) Sem a crítica aos conceitos de transtorno ou desordem mental, assim como o de reabilitação social, dentre tantos outros, as práticas pretensamente inovadoras do CAPS e outros equipamentos de Atenção Psicossocial tem permanecido fortemente orientadas pelo paradigma redutor e medicalizante da biomedicina. Constatase no CAPS uma excessiva centralização no trabalho do médico e no uso excessivo e demasiado de medicamentos; [...] (TESES DA ABRASME, 2015)

Os acentos apreciativos, presentes nos discursos da ABRASME sugerem o discurso médico como paradigma aquém dos cuidados voltados à potencialização do ser humano e de sua saúde mental. Os cuidados, na avaliação dos atores da saúde mental, não podem ser oferecidos pelos protagonistas do discurso médico, uma vez que eles não se apresentam como *cuidadores*, mas sim como *fomentadores* do uso irracional da hipermedicalização do sofrimento psíquico. Os tons emotivo-volitivos presentes nos discursos dos atores da saúde mental em relação às práticas e conhecimentos médico-psiquiátricos são tons de cautela, perigo, advertência e negação. Todos esses posicionamentos sugerem uma concepção *anti-psiquiátrica*, na qual a psiquiatria, seus saberes e seus posicionamentos éticos são desvalorizados. Além disso, os discursos da saúde mental visam, de modo análogo, a deslegitimação dos discursos e das práticas comerciais da indústria farmacêutica e da concepção do sofrimento psíquico fomentada por ela como fonte de lucro.

8.1.3 O discurso moral e o sofrimento psíquico

Segundo o IV relatório da CNSM-I, os protagonistas dos discursos jurídicos e morais têm colocado, tradicionalmente, em questionamento, a autonomia e a capacidade das pessoas em sofrimento psíquico, subtraindo-lhes a responsabilidade sobre suas escolhas e suas próprias vidas. Eles concebem estas pessoas como seres questionáveis, incapazes ou imputáveis. No caso, especificamente, de pessoas em relação abusiva com as drogas, os discursos moralizantes sustentam a associação destas pessoas à periculosidade, à falta de caráter, brio moral ou de força de vontade para melhorar e abandonar o vício.

8.1.3.1 O discurso moral e a pessoa em relação abusiva com o álcool e outras drogas

Nos três documentos, objetos de nosso estudo, os sentidos expressos nos discursos analisados em relação ao cuidado sugerem um distanciamento do discurso moralizante. Neles, observa-se que os atores da saúde mental legitimam um modelo fundamentado em práticas terapêuticas de relações sociais, em sentido lato. Nesse sentido, seus discursos sugerem o entendimento de que o cuidado deva partir da compreensão e da promoção das realidades culturais, das peculiaridades regionais e da singularidade individual e grupal. Essa ampliação de perspectiva inverte a lógica do entendimento moralizante sobre o sofrimento psíquico que, à semelhança do discurso científico autorizado, também tende a concepções abstratas e generalizantes de bem e do mal, do certo e do errado, muitas vezes pautadas no discurso religioso, que se constitui em uma variante do discurso autoritário.

Na perspectiva de saúde mental, o cuidado é entendido em sua forma integral, em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais, já que todos esses aspectos são também aspectos que, quando não vivenciados e cuidados, também podem ser transformados em adoecimento. Nesse sentido, o discurso moral sobre o que é certo e errado, de forma dicotômica e radical, é confrontado especialmente quando se concebe o cuidado da pessoa em relação abusiva com a droga a partir da estratégia de redução de danos. A relação que usuários abusivos de drogas mantém com a substância ou com o álcool é singular e não generalizada, conforme pode-se observar no excerto abaixo, os quais acentuam “*a abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas*”:

- (28) 487. Dessa forma, assume particular relevância efetivar a política de redução de danos do SUS na rede de atenção psicossocial, nos diferentes níveis de atenção, fortalecendo as práticas territoriais e a construção de redes sociais de redução de danos, em

contraponto ao modelo predominante focado na abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

Assim sendo, parece-nos não se sustentar mais aquele modelo focado na assistência ao usuário que *quer* ser abstinente, advindo de um grupo dos a-sociais, no sentido em que falava Foucault (2005), e que, muitas vezes, estão não apenas à margem da sociedade, mas também na ilegalidade, além de não pertencerem à parcela de “pessoas de bem” na sociedade. Nesse sentido, os discursos dos atores da saúde mental opõem-se ao discurso assistencialista sobre pessoas em sofrimento psíquico como merecedores do cuidado, remetendo-nos ao modelo, também moralizante, dos que aceitavam ou não o cuidado (FOUCAULT, 2005). No discurso da saúde mental, pode-se observar que o cuidado e a atenção à pessoa em relação abusiva com a droga são considerados um direito. Essa atenção e cuidado pressupõem um sujeito singular, responsável pelas próprias escolhas e que é capaz de impor a si próprio alguns limites visando, não a abstinência, a partir de um discurso moral, mas a redução de danos.

8.1.3.2 O discurso moral e a pessoa em relação com a violência

Um outro posicionamento defendido nos discursos da saúde mental, o qual dialoga com o discurso moral, está relacionado ao cuidado destinado às pessoas em relação com a violência. O sentido moralizante do cuidado também é combatido. Sob a defesa de um modelo de atendimento e cuidado mais amplo, não apenas daquele que sofre violência, mas também de quem a perpetra. Nesse sentido, ambos têm direito ao cuidado. Por conseguinte, aqueles que necessitam de cuidado devem ser julgados não pelo modelo da saúde, mas pela justiça. Sendo assim, cabe às políticas públicas de saúde mental, aos profissionais e a todos os setores envolvidos politicamente, garantir o processo de atenção a pessoa que, perpetradora de violência, possa visualizar o problema para além da punição. Nesse sentido, as pessoas envolvidas com a violência, sejam elas vítimas ou algozes, necessitam também de cuidados em relação aos sofrimentos psíquicos gerados. A relação com o *outro*, nesta condição, é ampliada, como podemos observar nos acentos apreciativos no excerto abaixo:

- (29) 984. É também essencial a provisão de instrumentos legais e serviços adequados para garantir uma atenção integral a todos os atores envolvidos em situações de violência, inclusive os autores de violência, pelos vários dispositivos integrantes da rede de atenção psicossocial intersetorial. Um componente essencial deste trabalho é

assegurar a aplicação da Lei Maria da Penha, para garantir atendimento integral às vítimas de violência doméstica e/ou sexual e aos agressores. Este campo de atenção deve ter também ações integradas de prevenção e reabilitação, com iniciativas de prevenção e detecção precoce de violência intrafamiliar e das situações de privação de liberdade e cárcere privado, além da garantia da implantação do Programa de Proteção a Crianças e Adolescente Ameaçados de Morte (PPCAAM); de assegurar a abordagem adequada de pessoas com condutas autoagressivas, ideação e/ou tentativas de suicídio, como no Programa de Prevenção ao Suicídio; bem como a oferta de centros de convivência, grupos operativos, terapia comunitária e outros dispositivos capazes de acolher efetivamente as pessoas vítimas de violência. (RELATÓRIO DA IV-CNSM, 2010)

8.1.3.3 O discurso jurídico-moral e a loucura

O discurso jurídico-moral é fundamentado pela avaliação e julgamento do bem e do mal, do certo e do errado, do seguro e do perigoso, etc. Este discurso está no cerne do campo jurídico e penitencial. O louco, desde a antiguidade, tem sido relacionado à periculosidade e, na Idade Média, a periculosidade do louco era moralmente castigada como forma de castigar o crime (QUÉTEL, 2014). Essas imaginário sobre o louco, ou seja, essas avaliações, sedimentadas no horizonte avaliativo de uma dada sociedade, faziam com que determinados grupos – e a justiça não está isenta deste processo –, avaliassem discursos e práticas sobre a loucura, orientados por tempos imemoráveis.

O louco tem sido também diferenciado, para assinalar e evidenciar sua possibilidade de descontrole e falta de razão, como algo sempre iminente. A esse discurso moralizante os atores da saúde mental também se posicionam, como podemos ver nos acentos apreciativos presentes em nos excertos discursivos abaixo:

- (30) 730. Outro tema de fundamental importância assinalado nas propostas aprovadas está relacionado à alteração do Código Penal Brasileiro, no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” da pessoa com transtorno mental em situação de privação de liberdade e em presídios, sendo-lhe garantido o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Ainda no plano legal, é também de vital importância a reformulação da Lei de Execuções Penais, o Código Penal e o Código de Processo Penal, de acordo com os princípios da Lei 10.216/2001, mediante a construção de soluções jurídicas, clínicas e sociais para as pessoas em sofrimento psíquico, durante o tempo que mantiverem relações com a justiça penal. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

Ainda sobre a questão dos aspectos legais, podemos observar mais adiante, no relatório, o seguinte enunciado:

- (31) 826. [...] Ainda sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), se requer cumprir as normas já existentes, que determinam a inexigibilidade do termo de interdição civil para concessão do benefício a pessoas com transtorno mental, o que é aplicável a outros benefícios, como a Auxílio Doença e Aposentadoria por Invalidez, para os quais também é aprovada a revisão de critérios e do tipo de parecer. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

A reacentuação apreciativa expressa nos discursos sobre a concessão de benefícios, dá-se pela ampliação da própria concepção de homem e de seu sofrimento psíquico, negando-se, mais uma vez, a abordagem apenas pelo viés da doença, do olhar biologizante, abstrato e generalizante, conforme pode-se observar no excerto abaixo:

- (32) 826. No campo da Previdência, a IV Conferência ratifica a importância de mudar o marco regulatório e os procedimentos operacionais da concessão de benefícios, particularmente do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), com vistas a viabilizar a implementação de um novo paradigma que tenha como referência a funcionalidade dos beneficiários, entendida como interação entre as características biológicas, psicológicas, socioculturais e econômicas dos indivíduos e seu meio. Nesta direção, é indicada a necessidade de laudo psicossocial, e não apenas médico, nas decisões da perícia, levando também em conta aspectos psíquicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, e não apenas a visão clínica restrita. (RELATÓRIO DA IV-CNSM, 2010)

É possível observar, no discurso jurídico-moral, no campo jurídico-previdenciário, acentos apreciativos tais como “*presunção de periculosidade*”, “*imputabilidade*”, “*interdição civil*”, cujos sentidos remetem à pessoa em sofrimento psíquico, especialmente aquelas que sofrem de algum transtorno mental, estando sedimentados no discurso moral de cunho autoritário. Para Bakhtin (2015b, p.137), “nesse discurso é bem mais difícil inserir mudanças com auxílio do contexto que o emoldura, sua estrutura semântica é imóvel e morta, pois está concluída e é unívoca, seu sentido basta à letra, petrifica.”

Para os atores da saúde mental, a esfera jurídico-previdenciária necessita adquirir uma outra forma de conceber o homem, em sua singularidade e concretude histórica, pois somente através de uma visão interdisciplinar poderemos nos aproximar da real compreensão do sofrimento psíquico, muitas vezes, originado por questões de ordem social, econômica e laboral

que fogem ao domínio do discurso médico-psiquiátrico tradicional e do discurso jurídico-moral, uma vez que estas esferas institucionais ainda carecem de respostas adequadas às possíveis intervenções previdenciárias para este tipo de demanda, a do homem em sofrimento.

8.1.4 O discurso restritivo sobre o sofrimento psíquico como doença e dependência

É possível observar, nos discursos e avaliações dos atores da saúde mental, um distanciamento da concepção de sofrimento psíquico restrito ao transtorno mental e à dependência química. Esses dois posicionamentos, em geral, tendem a agrupar, tradicionalmente, os sentidos construídos acerca da doença mental, no âmbito médico-psiquiátrico. No caso da dependência química, em particular, tais sentidos, com conotação negativa, sobrepõem-se àqueles de cunho moralizante, os quais possuem maior legitimação social.

Em discursos de viés tradicional, tanto no âmbito médico (da psiquiatria), quanto no senso comum, o lugar da pessoa em sofrimento psíquico tem sido objeto de caracterização biológica, visando-se a prática de intervenções medicalizantes e/ou moralizantes. Nesta perspectiva, os atores da saúde mental, ao promoverem um deslocamento discursivo de seus acentos apreciativos, do ponto de vista do *tratamento médico* para uma *abordagem psicossocial*, acabam também por ampliar a compreensão sobre o *sofrimento do outro*. Suas ações, agora, não são mais orientadas apenas pela perspectiva da doença mental, mas também pelo sofrimento que pode ser atenuado, trabalhado e acolhido no âmbito da saúde, de uma forma ampla, contemplando-se suas dimensões biológicas e psicossociais e levando-se em consideração a relação entre pessoas e, não apenas, aquela de um agente que age sobre a doença mental. Vejamos como essa relação é ilustrada no excerto abaixo:

- (33) 587. Neste sentido é fundamental, acolher, nos diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde, as pessoas em situação de vulnerabilidade social, garantindo a desinstitucionalização e a inclusão e proteção social, na lógica da política de redução de danos e da luta antimanicomial. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

O resultado do distanciamento da perspectiva da doença é que o enfoque na saúde amplia o leque de pessoas que podem se beneficiar dos cuidados da saúde mental. Quaisquer pessoas, especialmente “*as pessoas em situação de vulnerabilidade social*” devem poder se beneficiar dos cuidados “*nos diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde*”. Os

sofrimentos psíquicos podem ser existenciais, históricos, sociais e, nesse sentido, os cuidados também estão direcionados ao homem em relação com a sociedade através da “*inclusão e proteção social*”.

Os discursos dos atores da saúde mental buscam romper com o entendimento reducionista e restrito sobre o cuidado e os sentidos de sofrimento psíquico, considerando-os em uma dimensão mais ampla. Aqueles que sofrem psiquicamente não são doentes mentais, mas pessoas que estão sujeitas às condições psicossociais do adoecimento: pobreza, preconceito, violência, situação de rua, entre outras questões que afetam não apenas pessoas consideradas loucas ou que tem uma relação abusiva com alguma substância e/ou com o álcool, mas uma grande parcela da população em geral. Essa ampliação do olhar para além dos conceitos restritivos médico-psiquiátricos pode ser ilustrada no excerto abaixo em relação aos cuidados a população de rua, já que os cuidados a essa população não são relacionados à reclusão em clínicas ou hospitais especializados, como seria em uma leitura restritiva, mas espera-se que seja realizado “*o cuidado no território da população em situação de rua e em vulnerabilidade social*”. O que em uma concepção fundamentada no discurso tradicional não é avaliado positivamente.

- (34) 588. Essas diretrizes implicam, dentre outros aspectos assinalados nas propostas, a garantia de sustentação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, assegurando a ampliação, implementação e composição de equipes, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares em parceria com as Secretarias de Assistência Social, para promover o cuidado no território da população em situação de rua e em vulnerabilidade social, e ampliar a rede de serviços para o acolhimento de pessoas em situação de rua ou vulnerabilidade social. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

A pobreza, por exemplo, é fator de grande relevância no adoecimento psíquico, além de outros fatores como moradia, transporte, acesso à escola e educação que podem ser estressores e estão no cerne da discussão sobre as condições de sofrimento psíquico relacionadas à pobreza.

A violência também tem sido relacionada como uma das grandes causadoras de sofrimento psíquico⁴⁰, como por exemplo, a violência e seus aspectos psicológicos: assédio moral, ameaças, relação com situações traumáticas. Nesse sentido, as pessoas afetadas pela violência estão entre os grupos que precisam de cuidados em saúde mental, como podemos ver nos excertos abaixo:

⁴⁰ Relatório Mundial sobre violência e Saúde – Organização Mundial de Saúde. (2002)

- (35) 456. A IV CNSMI enfatiza a relevância de garantir o cuidado em saúde mental na atenção básica, através de parcerias intersetoriais, às pessoas com transtornos mentais, aos usuários de álcool e outras drogas, e **às pessoas afetadas pela violência**, considerando as fortes implicações dessas ações tanto no campo da saúde mental, quanto nas condições de produção de sofrimento e na qualidade de vida das pessoas e comunidades. (RELATÓRIO DA IV CNSM-I, 2010, grifos nossos)

Vejam também:

- (36) 592. Acolher, nos diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde, as pessoas em situação de vulnerabilidade social profissionais do sexo, população em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas, usuários de serviços de saúde mental, portadores de doenças infecciosas, mulheres e **crianças vítimas de violência doméstica e sexual**, dentre outras, garantindo a desinstitucionalização, a inclusão e proteção social, na lógica da política de redução de danos e luta antimanicomial. (RELATÓRIO DA IV CNSM-I, 2010, grifos nossos)

O preconceito social e a violação dos direitos humanos perpassam também as situações de sofrimento psíquico. É o caso das inúmeras situações estressoras que passam as minorias relacionadas a raça/cor, orientação sexual, relações de gênero e pessoas que vivem em situação sociocultural minoritária e/ou vulnerabilidade social como índios, ciganos, imigrantes, quilombolas, pomeranos, etc.

Para os atores da saúde mental, tradicionalmente, os discursos sobre essas questões e pessoas não são contemplados como problemas relacionados à saúde mental, pois o modelo tradicional é o modelo que visa o cuidado da doença. Em geral, a doença é encarada como sendo decorrente do corpo biológico, causada por um desequilíbrio químico, e não de uma relação de valor com um acontecimento, com a sociedade, consigo mesmo, ou com questões existenciais.

Sendo assim, nos discursos dos atores da saúde mental, não são apenas o louco e o usuário abusivo de drogas que são o *outro* em sofrimento da saúde mental, mas estes são o *outro* dos modelos pautados no discurso médico-psiquiátrico e nos modelos nosográficos de alterações químicas, ou seja, aqueles que se encaixam nos conceitos e nomenclaturas dos manuais diagnósticos de classificação de doença.

8.1.5 O discurso do estigma sobre o sofrimento psíquico e social

Os discursos sobre o cuidado, expressos pelos atores da saúde mental, têm uma preocupação especial em relação às valorações de estigmas existentes nos discursos sobre as

pessoas em sofrimento psíquico. Uma das dimensões da reforma psiquiátrica é justamente a sociocultural (AMARANTE, 2003; YASUI, 2006; LÜCHMANN E RODRIGUES, 2007). Esta dimensão da reforma busca estabelecer novas relações de sentidos com a loucura e o sofrimento psíquico em geral através da confrontação de avaliações e reavaliações de sentidos tradicionalmente voltados a esse tipo de sofrimento. Este enfrentamento é uma questão central nas lutas antimanicomiais e no processo de reforma psiquiátrica:

Se fosse oportuno, neste contexto complexo, questionar-se quanto ao principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, talvez fosse possível responder que seria poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTE, 1996,p.165).

Para Yasui (2006), há um imaginário que fundamenta os discursos e as avaliações de estigma em relação as pessoas em sofrimento psíquico do tipo: *“Lugar de louco é no hospício!”*, *“Louco é perigoso e agressivo!”*, *“Que bonitinho! Nem parece feito por louco!”* Esse imaginário diferencia, faz temer, desqualifica, infantiliza e exclui as pessoas em sofrimento consideradas loucas.

Assim também ocorre com as pessoas em relação abusiva com o álcool e outras drogas, *“são criminosos”*, *“são perigosos”* ou *“usam porque querem”*. As pessoas que sofrem preconceito por serem minorias: *“ciganos roubam”*, *“índios são preguiçosos e sem cultura”*, *“se ele estuda e é universitário não é índio de verdade”*. Pessoas em relação de violência consigo *“se quisesse se matar mesmo já tinha feito, está querendo chamar atenção”* ou com outros *“se apanhou mereceu”*, *“se apanhou e não denunciou é porque gostou”*, *“em briga de marido e mulher não se mete a colher”*, *“tem que apanhar para não ser veado”*, *“se é mulher e estava com roupa provocante merece ser estuprada mesmo”*, *“se está trabalhando na rua como prostituta não pode denunciar abuso”*, a lista apenas cresce. Para os atores da saúde mental, todos estes discursos e avaliações de estigmas sedimentados, presentes em nosso horizonte social, são avaliações de discursos que têm ganhado cada vez mais força e legitimidade na sociedade, como destacado nas teses da ABRASME, *“conservadora”*, como a brasileira.

Para Volochínov (2013 [1926]) em *Palavra na vida e palavra na poesia: introdução ao problema da poética sociológica*, essas valorações, que muitas vezes aparecem na fala de um indivíduo reconhecido, como por exemplo, uma autoridade política, uma figura midiática, um vizinho, etc., é sempre realizada no horizonte social do grupo ao qual o indivíduo pertence. Nesse sentido, “as emoções *individuais*, por sua vez, somente podem *acompanhar o tom principal da valoração social* em sua qualidade de *matiz*: um *eu* só pode realizar-se, na palavra, somente se apoiar-se nos *outros*” (VOLOCHÍNOV, 2013, p. 80).

Os discursos e acentos apreciativos presentes na enunciação são indissociáveis dos contextos extraverbais presumidos, que podem ser mais imediatos, um contexto próximo ou podem ser mais ou menos extensos, podendo ampliar-se. Sendo assim:

Existe o “subentendido” da família, da tribo, da nação, da classe social, dos dias, dos anos inteiros e inclusive de épocas totais. À medida que se ampliar o horizonte geral e do grupo social que lhe corresponde, os aspectos subentendidos se tornam cada vez mais constantes. (VOLOCHÍNOV, 2013, p.80)

A ABRASME e a IV Conferência, através de seus atores sociais, posicionam-se diante destes discursos e contextos subentendidos a partir do seu próprio contexto de horizonte social de grupo, de movimento social, a partir de uma contrapalavra localizada no âmbito da reforma psiquiátrica contra esse processo de legitimação da estigmatização de sentidos sedimentados tradicionalmente sobre o sofrimento psíquico, propondo, em seus discursos, responder e mudar a concepção de sociedade em relação aos preconceitos e estigmas de todas as pessoas em sofrimento psíquico.

As análises feitas neste tópico, o qual intitulamos “*Os discursos sobre o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico: movimentos (avaliações) de negação e distanciamento*”, no qual buscamos analisar os discursos e acentos apreciativos presentes nos discursos aos quais os atores e o discurso da saúde mental se distanciam, sugerem algumas considerações conclusivas que enumeramos abaixo:

1. O discurso-médico psiquiátrico, seu conhecimento, suas práticas e sua ética são avaliadas negativamente nos discursos da saúde mental. Os acentos apreciativos presentes nos discursos expressos pelos atores da saúde mental sugerem o tom de denúncia contra esse campo do saber médico, uma vez que a psiquiatria, pelo menos em seu discurso psiquiátrico tradicional,

é avaliada como disciplina que concebe o homem de forma geral e abstrata e se relaciona com as categorias de doenças e não com o homem em sofrimento, em sua singularidade e concretude histórica. A ética médico-psiquiátrica e as suas práticas são consideradas como violadoras dos direitos humanos. Os acentos apreciativos, expressos nos discursos em questão, denunciam e põem em xeque as relações consideradas nocivas à saúde entre a psiquiatria, a indústria farmacêutica e os espaços privados de tratamento como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas os quais, segundo os discursos dos atores da saúde mental, concebem o cuidado à pessoa em sofrimento como fonte de lucro.

2. Os acentos apreciativos presentes nos discursos dos atores envolvidos, expressos nos discursos moral e jurídico-moral, bem como, do cuidado tradicional em saúde mental, aparecem de forma negativa, carregados de valores dicotômicos e generalizantes que se apresentam como julgamentos do que é certo e errado, bom e mau, seguro e perigoso, etc. Tais concepções moralizantes não contemplam a singularidade do acontecimento do ser em sofrimento psíquico.

3. Um outro discurso contraposto pelos atores da saúde mental é o discurso da visão restritiva de sofrimento psíquico e de seu cuidado como sendo apenas aqueles relacionados à doença mental ou da dependência química. Os acentos apreciativos nos discursos dos atores da saúde mental apresentam-se de forma negativa. Sua concepção é considerada redutora e não contempla outras formas de sofrimento psíquico como aquelas oriundas de situações de violência, de questões sociais, de violações de direitos humanos, etc.

4. Uma questão presente nos discursos da saúde mental são os estigmas sedimentados sobre as pessoas em sofrimento psíquico. Os discursos e avaliações da saúde mental buscam opor uma contrapalavra a esses sentidos sedimentados no horizonte social mais amplo da sociedade conservadora, como é o caso da forma pela qual a ABRASME caracteriza a sociedade brasileira.

5. De uma forma geral, os acentos apreciativos presentes nos discursos produzidos pelos atores da saúde mental expressam tons de denúncia, de polêmica e oposição declarada à psiquiatria, à indústria farmacêutica, às relações privadas de tratamento e à própria sociedade em geral, esta última pelo relacionamento negativo e distante que ainda mantêm com o sofrimento psíquico.

Consideramos os discursos aqui apresentados como sendo os discursos aos quais os atores da saúde mental acentuam negativamente e buscam se distanciar. No tópico a seguir,

apresentamos e analisamos os discursos de aproximações, ou seja, os discursos presentes e avaliados de forma positiva pelos atores da saúde mental e que fundamentam suas práticas de cuidado voltadas às relações sociais, às relações terapêuticas assistenciais simétricas, aos direitos humanos, e àqueles que expressam a importância da singularidade e da historicidade do homem de direitos e desejos. Estes discursos de aproximação denominamos de *discursos de potencialidade*, pois entendemos que é a partir dela que são vistos o homem em sofrimento psíquico pelos atores da saúde mental.

8.2 OS DISCURSOS SOBRE O CUIDADO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: MOVIMENTOS (AVALIAÇÕES) DE AFIRMAÇÃO E APROXIMAÇÃO

8.2.1 Sujeito de direito e desejos: o discurso epistemológico sobre o cuidado

Imagem 7 - Obra criada coletivamente por usuários, familiares e profissionais durante a 3ª Mostra de Artes do Núcleo de Ressocialização e Apoio a Saúde Mental - Firmando Passos. Outubro de 2015



Fonte: Blog Firmando Passos. <http://firmandopassos.blogspot.com>.

A imagem acima ilustra, em muitos aspectos, as questões que levantamos sobre o sujeito e o cuidado tal como concebido no discurso da saúde mental. Nela podemos observar que cada mão tem uma mistura de cores, um matiz diferente, uma posição única e singular. Nela não se vê as mãos dos profissionais ou familiares em destaque ou em relação privilegiada de cor ou posição em relação aos usuários. Sabe-se apenas que são mãos de sujeitos que *desejaram*, nesta atividade estética, usar as diferentes cores às quais tinham *direito* de usar para dar vida, em uma dada posição espacial, no âmbito de uma obra artística coletiva.

Pareceu-nos pertinente começar nossa discussão sobre os discursos e acentos apreciativos sobre as novas relações de saber relacionadas ao sujeito em saúde mental a partir desta imagem verbo-visual já que, nos discursos dos atores da saúde mental, o homem é

concebido não de forma acabada, enquadrado em uma doença limitadora e incapacitadora. Esses atores se posicionam em seus discursos a partir de uma outra ótica e entendimento de mundo e de sujeito: os da potencialidade.

Nesse sentido, é possível observar que, nos acentos apreciativos sobre o cuidado do sofrimento psíquico, no modelo psicossocial, são feitas aproximações epistemológicas, políticas, assistenciais e socioculturais que compreendem o inacabamento do homem em relação com os outros participantes da vida. Os discursos que apresentamos, no tópico anterior, segundo (AMARANTE, 1994) têm colocado

entre parênteses o doente para, assim, conhecer a doença mental. A inversão, portanto, é o princípio de colocar entre parênteses, não o doente, mas a doença, com o qual se abre a possibilidade de fazer emergir os sofrimentos e desejos do sujeito-concreto em sua experiência-sofrimento em relação com o corpo social (AMARANTE, 1994, p.96).

Podemos observar, abaixo, no discurso dos atores da saúde mental, como é concebido o processo da reforma psiquiátrica e o sujeito em sofrimento psíquico no âmbito da saúde mental:

- (37) 254. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma os princípios e as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica: um Sistema Único de Saúde público e universal com fortalecimento do controle social e com atenção integral de responsabilidade das três esferas de governo; uma Reforma Psiquiátrica que produz desinstitucionalização, inclusão social e uma rede assistencial de atenção psicossocial que supera e substitui os hospitais psiquiátricos; reformas centradas nos usuários entendidos como **sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares, que protagonizam seus modos de fazer andar a vida.** (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010, grifos nossos)

O homem em sofrimento psíquico, como é possível observar, aparece nos acentos apreciativos presentes acima como “*sujeitos de direitos e de desejos*”, pessoas “*singulares*”, protagonistas de “*seus modos de fazer andar a vida*”. Esses acentos se aproximam de concepções de sujeitos a partir de conhecimentos fundamentados na psicanálise, nas filosofias fenomenológico-existenciais e nas humanistas, além de diversas teorias que veem, no homem, um ser em constante transformação, em relação com outros sujeitos e com o mundo que os cerca.

Nesse sentido, encontramos aproximações desta concepção de homem e de seu cuidado nas últimas reflexões filosóficas de Foucault (1984, 1985, 2010) sobre o *cuidado de si*. O filósofo francês, ao falar sobre a diferença entre o *conhecimento de si* (*gnôthi seautón*) e o

cuidado de si (*epiméleia heautoû*) parte do equívoco introduzido pelo sentido encontrado na filosofia ocidental ao preceito délfico que, ao visitar o oráculo de Delfos, Sócrates leu na pedra da entrada do templo: *conhece-te a ti mesmo* (*gnôthi seautón*). Este axioma, foi tomado, segundo Foucault (2010), de forma equivocada ao longo da história do pensamento no ocidente, chegando esse equívoco a seu ápice, a partir de Descartes. Para o filósofo francês:

O gnôthi seautón ("conhece-te a ti mesmo") aparece, de maneira bastante clara e, mais uma vez, em alguns textos significativos, no quadro mais geral da *epiméleia heautoû* (cuidado de si mesmo), como uma das formas, uma das consequências, uma espécie de aplicação concreta, precisa e particular, da regra geral: é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidados contigo mesmo. É neste âmbito, como que no limite deste cuidado, que aparece e se formula a regra "conhece-te a ti mesmo". (FOUCAULT, 2010, p.07)

O sentido atribuído ao *conhece-te a ti mesmo*, como conhece a tua natureza, teus problemas, tua verdade, segundo o filósofo francês (2010), não pode e não deve ser atribuído ao pensamento socrático-platônico, uma vez que, apesar deste equívoco estar no âmbito deste pensamento, jamais fora sugerido, nas reflexões socrático-platônicas este sentido:

De modo algum, para Sócrates, tratar-se-ia de dizer: pois bem, tu deves conhecer o que és, tuas capacidades, tua alma, tuas paixões, se és mortal ou imortal, etc. Não é isto, absolutamente. Trata-se, de certo modo, de uma questão metodológica e formal, porém, creio eu, totalmente capital neste movimento inteiro: é preciso saber o que é *heautón*, é preciso saber o que é o eu. Portanto, não como "que espécie de animal és, qual é tua natureza, como és composto?", mas "[qual é] esta relação designada pelo pronome reflexivo *heautón*, o que é este elemento que é o mesmo do lado do sujeito e do lado do objeto?". Tens que ocupar-te contigo mesmo: és tu que te ocupas; e, não obstante, tu te ocupas com algo que é a mesma coisa que tu mesmo, [a mesma coisa] que o sujeito que "se ocupa com", ou seja, tu mesmo como objeto (FOUCAULT, 2010, p.66).

Diferente do *cuidado de si* no entendimento socrático-platônico, que entende o cuidado a partir de uma idade até o limite de outra, na qual o sujeito se prepararia para a morte, e diferente do entendimento sobre o *cuidado de si* na concepção ascético-cristã, que visaria a salvação, e é voltada para a vida após a morte. O *cuidado de si*, especialmente a partir do contexto helênico-romano, pode ser compreendido como o *ocupar-se consigo* na relação com o mundo e com os outros durante toda a vida. Por isso a preferência de Foucault pela concepção greco-romana:

Ocupar-se consigo mesmo tornou-se de modo geral, o princípio de toda conduta racional, em toda forma de vida ativa que pretendesse, efetivamente, obedecer ao princípio da racionalidade moral. A inquietação a ocupar-se consigo mesmo alcançou, durante o longo brilho do pensamento helenístico e romano, uma extensão tão grande que tornou-se, creio, um verdadeiro fenômeno cultural de conjunto. (FOUCAULT, 2010, p.10)

Sendo assim, a partir de então, *o cuidar de si*, de forma geral, é uma possibilidade de todos, em todas as idades, em qualquer condição. A ética do cuidado de si, nesse sentido, significa a produção de práticas de liberdade (GALLO, 2017).

A pessoa em sofrimento psíquico, tradicionalmente, sempre foi concebida a partir da lógica do *conhecimento de si*, ou seja, um conhecimento considerado uma verdade alheia, abstrata, geral e imposta por uma escola, uma teoria, uma religião (FOUCAULT, 2010). Pelo contrário, para o filósofo francês (2010, p.297) “é necessário que a verdade afete o sujeito, e não que o sujeito se torne objeto de um discurso verdadeiro”. Pela ótica do *cuidado de si*, a pessoa em sofrimento psíquico passa a ser vista a partir de sua liberdade e de suas potencialidades “*de fazer andar a própria vida*”. Ela se abre às possibilidades de existência: a de gerir-se, cuidar de si, a de ocupar-se de si como um exercício de devir constante. “Ocupar-se consigo não é, pois, uma simples preocupação momentânea para vida; é uma forma de vida” (FOUCAULT, 2010, p.446).

O *cuidado de si* em saúde mental visa a pessoa em sofrimento como sujeito de autonomia sobre sua vida, um ser único e singular, e não como objeto submetido a um conhecimento verdadeiro sobre ela (a pessoa em sofrimento), seja essa pessoa considerada louca, em relação abusiva com drogas e/ou o álcool, em relação com a violência, preconceitos, negação de direitos humanos, etc. Nesse sentido, o *cuidado de si*, no âmbito da saúde mental, pode ser entendido como um caminho filosófico que “não determina as condições e os limites de um conhecimento do objeto, mas as condições e as possibilidades indefinidas de transformação do sujeito” (FOUCAULT, 2010, p.475)

A verdade sobre o sujeito, imposta por um outro de forma ética, à revelia, pode ser considerada uma afronta ao homem. No contexto de sua análise da poética de Dostoiévski, ao falar sobre o processo de criação das personagens na obra do romancista russo, Bakhtin (2015a, p.67) nos lembra que “A verdade sobre o homem na boca dos outros, não dirigida a ele por diálogo, ou seja, uma verdade à *revelia*, transforma-se em mentira que o humilha e mortifica

caso ela lhe afete o “santuário”, isto é, o homem no homem”. Pensamos ser o homem em seu santuário, como diz o filósofo russo, que pode ser considerado o homem nos discursos da saúde mental. Um homem a quem, como pudemos ler no excerto (30) é “*garantido o direito à responsabilidade*”.

8.2.2 Os diferentes saberes: o discurso sobre as relações terapêutico-assistenciais do cuidado

Os discursos dos atores da saúde mental tanto no *Relatório da IV-CNSM-I* quanto na *Carta de Manaus* e nas *Teses da ABRASME* sugerem novas relações de saber e de práticas terapêutico-assistenciais do cuidado em saúde mental. Essas novas relações epistemológicas e terapêutico-assistenciais não se dão através da formulação ou da adoção de uma teoria dogmática sobre o sofrimento psíquico, mas nas aproximações entre diversas teorias que mantêm com o homem e o seu sofrimento uma dimensão mais ampla e humanista e, destas aproximações, espera-se que delas sujam novos diálogos sobre o sofrimento e seus cuidados. Nesse sentido, entendemos que essas aproximações e discursos buscam dar novos sentidos ao sofrimento psíquico. O diálogo entre conhecimentos interdisciplinares torna-se imprescindível, uma vez que “não se vai do objeto a palavra, mas da palavra ao objeto, a palavra cria o objeto (BAKHTIN, 2017, p.54). É essa palavra (discurso) criadora de uma nova concepção de homem em sofrimento e de seus cuidados que interessa à saúde mental.

Os discursos que fundamentam e norteiam as práticas do cuidado no âmbito da saúde mental são os que privilegiam a troca de conhecimentos e a diminuição das assimetrias nas relações entre sujeitos, bem como, entre os saberes acadêmico-profissionais e popular-culturais voltados a um cuidado integral da saúde mental do homem em sofrimento. É das relações simétricas entre sujeitos na vida e no diálogo que surgem potencialidades de saúde e de vida. Por esta razão, os discursos sobre os cuidados em saúde mental, nos três documentos analisados, sugerem a valorização da relação entre o sujeito e a sociedade em que está inserido, ou seja, nos cuidados preconizados na territorialidade, conforme previstos pelo SUS. Vejamos como é sugerida, no discurso, essa relação:

- (38) Para que seja dado um tratamento diferenciado adequado, é preciso que o profissional não ocupe o lugar de detentor absoluto do conhecimento, mas que antes conheça e aprenda, compreenda e respeite as distintas cosmovisões e práticas dos povos indígenas, recebendo dos mais velhos e lideranças, orientações quanto às formas de

enfrentamento dos problemas, organização do povo e as condutas esperadas para que a cultura seja respeitada; (CARTA DE MANAUS, 2014)

Nesse sentido, as relações discursivas ganham relevância no sentido do reconhecimento da participação do sujeito em sofrimento psíquico, como participante social e interlocutor, nas relações dialógicas que se estabelecem nos discursos que abordam a sua própria saúde. Para os atores da saúde mental, é através de um discurso não autoritário e que aproxima os participantes do diálogo, que é possível ocorrer mudanças terapêuticas voltadas à saúde. Nesse sentido, Bakhtin (2015b) nos lembra que o discurso interiormente persuasivo é o discurso que vai no sentido oposto ao discurso autoritário:

o discurso interiormente persuasivo é metade meu, metade do outro. Sua eficiência criadora consiste exatamente em que ele desperta o pensamento independente e uma nova palavra independente, em que ele organiza de dentro massas de nossas palavras e não fica em estado isolado e imóvel. Ele não é tanto interpretado por nós quanto segue se desenvolvendo livremente, aplicando-se a um novo material e a novas circunstâncias, intercambiando luzes com novos contextos. Além disso, entra em tensa interação e luta com outros discursos interiormente persuasivos. (BAKHTIN, 2015b, p.140)

No discurso interiormente persuasivo é possível existir relações menos assimétricas entre os discursos e interlocutores. Como pudemos ver no excerto (38), os valores e conhecimentos acadêmicos não estão acima dos valores e conhecimentos culturais. Não são os livros, as teorias ou as visões, em geral, citadinas e fundamentadas nas cosmovisões europeias e norte americanas, de onde são sabidamente provenientes a maioria das teorias que circulam no ambiente acadêmico, que predominam no diálogo entre profissional e pessoa em sofrimento, já que espera-se que o primeiro “*não ocupe o lugar de detentor absoluto do conhecimento*”, mas os valores e conhecimentos seculares, empíricos, religiosos, culturais que são importantes a uma determinada comunidade.

Como pudemos observar, no discurso dos atores da saúde mental, no excerto (38), nesse contexto, a autoridade não é mais da academia, mas dos mais velhos, dos mais sábios dentro de uma cultura e os profissionais de saúde mental não impõem ou ensinam. Pelo contrário. É-lhes solicitado que conheçam, aprendam, compreendam e respeitem a cultura e o discurso do *outro*. Essa apreciação sugere, de fato, uma virada epistemológica no campo da saúde mental, pois acrescenta um novo entendimento sobre o sofrimento psíquico. Não é, por exemplo, apenas a falta ou o excesso de um determinado neurotransmissor, um desequilíbrio químico na máquina

biológica, que seria o corpo, que norteará o diagnóstico do profissional, seja ele médico, enfermeiro, psicólogo, etc. Mas, no caso da ideação suicida, por exemplo, será considerado o valor dado pelo sujeito, como irradiador de sua centralidade, de se sentir perdido no mundo, por ser um indígena desaldeado, o peso de não ter sua cultura valorizada, a ameaça de perder suas terras e sua relação religiosa e existencial com a natureza, o preconceito por não ser igual a maioria, etc. Todos esses valores e sentimentos são considerados prioritários nas relações que valorizam o cuidado dentro da esfera cultural e territorial.

É conhecendo, respeitando, aprendendo, na relação com o outro, que a pessoa em sofrimento e os profissionais podem atuar para melhorar as potencialidades da saúde mental de uma singularidade. Seja ela uma pessoa ou um grupo. No discurso sobre essa nova concepção epistemológica e assistencial, o conhecimento médico-psiquiátrico tradicional e os saberes acadêmicos não são os únicos, nem os mais importantes. A relação de autoridade sobre a pessoa em sofrimento também diminui. Não cabe também a um profissional ou a uma equipe isolada aplicar o conhecimento sobre o *outro*, mas compartilhar, com o *outro*, indivíduo ou comunidade, a responsabilidade pela sua saúde, como podemos ver no exemplo abaixo:

- (39) 2) Para que as ações de saúde mental e bem viver aconteçam, o profissional deve ser capaz de ouvir as demandas, estimular a mobilização da comunidade para buscar uma compreensão mais profunda e consensual a respeito das causas geradoras dos problemas percebidos e elaborar conjuntamente os caminhos que possam levar às formas de tratamento, que considerem as cosmovisões e práticas dos povos; (CARTA DE MANAUS, 2014)

No discurso dos atores da saúde mental, expressos pela ABRASME, essas relações e os cuidadores detentores do saber popular precisam de legitimação, como sugerido no exemplo que segue:

- (40) 4) É necessário que o sistema de saúde integre no seu quadro de cuidadores os mestres, anciões, curandeiros, parteiras, pajés, xamãs, rezadores, curandeiros, benzedores e outros atores que detém os saberes tradicionais, oferecendo as condições necessárias para que promovam tais práticas de saúde junto às comunidades; (CARTA DE MANAUS, 2014)

Como podemos observar no excerto (40), os cuidadores que podem oferecer cuidados especializados que a academia não forma surgem nesses discursos não como alternativas nem como submetidos à orientação e ao conhecimento acadêmicos, mas são iguais a estes em importância e, por isso, precisam de legitimação por parte do sistema de saúde, pois os mesmos

já existem e praticam seus cuidados e, em muitos casos, são as únicas alternativas, ou as mais buscadas.

Imagem 8 - Parteira acolhendo e cuidando de uma nova vida. (2016)



Fonte: <http://jaguarverdade.blogspot.com/2016/07/a-importancia-das-parteias-no-passado.html>.

Note-se que, por exemplo, no excerto (40), junto a “*curandeiros*”, “*anciões*” e “*xamãs*”, cuidadores que podem nos remetem a contextos e lugares remotos ou específicos como o de tribos indígenas, estão também “*parteias*” e “*benzedeiros*”, mais próximas de contextos de comunidades pobres, rurais e tradicionais. Todos esses sujeitos, além do cuidado especializado na cultura e na fé de uma comunidade ou de alguns indivíduos, são eles mesmos símbolos da legitimidade atribuída pelo poder popular.

8.2.3 O discurso sobre o sofrimento psíquico e os direitos humanos

Os atores da saúde mental expressam em seus discursos que a pessoa em sofrimento psíquico deve ser vista a partir da garantia e respeito de seus direitos humanos. Nesse sentido, interessa a esses atores não apenas a ameaça ou a negação desses direitos como causas dos sofrimentos psíquicos, mas o compromisso de assegurar esses direitos em seus cuidados. Como vimos no tópico anterior (8.1), a própria concepção do sujeito em sofrimento, como visto nos

discursos da saúde mental, é ampliada, não apenas no âmbito clínico, mas também através da ampliação da própria rede de cuidados interdisciplinar e intersetorial voltada ao cuidado como tentativa de garantir direitos humanos, como podemos ver no excerto abaixo:

- (41) 585. Dessa forma, é imprescindível criar, implementar e fiscalizar políticas de promoção de igualdade e superação de preconceitos e estigmas relacionados a: raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos etários, população em situação de rua, trabalhadores do sexo, pessoas em privação de liberdade (em regime aberto e semiaberto, imputáveis e semi-imputáveis, egressos do sistema penal), indígenas, indígenas desaldeados, pessoas com deficiência, mulheres e crianças em situação de violência doméstica e sexual, pessoas vivendo com o vírus HIV/AIDS e demais pessoas em situação de vulnerabilidade social. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

O discurso do cuidado em saúde mental, ao primar pelos direitos humanos do homem em sofrimento psíquico, compromete-se também em investigar e denunciar relações de violência, tortura e negligência, por parte do Estado, das macroestruturas, das convenções sociais, e suas relações com os indivíduos em sofrimento. A fiscalização de violações aos direitos humanos é uma preocupação constante nos discursos dos atores da saúde mental, assim como, a participação equânime dessa fiscalização pelo controle social, conforme pode-se observar no excerto abaixo:

- (42) 609. Para isso, é preciso fortalecer os Conselhos de Saúde, suas Comissões de Saúde Mental e Conselhos de Direitos Humanos, para que averiguem, com a participação de usuários, a violação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos, principalmente no que se refere às mortes por violência. Outra medida adicional é a criação, nas três esferas de governo, de uma comissão permanente de direitos humanos que atue junto ao Ministério Público, envolvendo de forma paritária usuários, trabalhadores e gestores. Além disso, também se requer articular, sensibilizar e capacitar as Secretarias de Segurança Pública (delegacias de grupos vulneráveis, Institutos de Medicina Legal-IML e outras delegacias) e órgãos afins, para garantir escuta especializada à pessoa com transtorno mental que sofre violência ou agressão. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

Os direitos humanos, nos discursos dos atores da saúde mental, norteiam também as práticas de acolhimento e cuidado, sugerindo levar em conta que o sofrimento está atrelado à não participação equânime dos sujeitos na sociedade. Pessoas que são consideradas à margem, ou minorias, nos discursos dos atores da saúde mental, são uma das maiores preocupações, uma vez que se reconhece o pouco comprometimento com os cuidados a esse público por parte do

Estado que, por sua vez, segundo o discurso da saúde mental, tardou em reconhecer as relações entre a violação dos direitos humanos e o sofrimento psíquico dessas pessoas. O recorte discursivo abaixo é ilustrativo da preocupação com o cuidado e acolhimento em saúde mental de pessoas que vivem sob a ameaça de não terem seus direitos humanos garantidos:

- (43) 586. Nesta perspectiva, assume centralidade assegurar meios para a implementação de estratégias eficazes para acolher questões de gênero, de raça/cor e etnia, LGBT e da diversidade, para que se incorporem como referências na rede de atenção à saúde mental, relacionados às questões específicas do racismo, do machismo, da LGBTfobia, da discriminação e de outros processos macroestruturais de ampla exclusão social, como aqueles que estão associados ao viver em situação de rua ou em privação de liberdade. Igualmente é necessário combater as desigualdades, os estigmas e os estereótipos, através da articulação dos programas de saúde da mulher, do homem, LGBT, do indígena, do idoso, quilombolas e demais políticas específicas. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

No discurso dos atores da saúde mental, como apontamos a seguir, duas relações podem servir de exemplo de como a garantia de direitos humanos promove a emancipação dos sujeitos em sofrimento psíquico: uma delas é com a educação, a outra com o trabalho.

Para o discurso dos atores da saúde mental, a relação com a educação é uma das mais afetadas na vida das pessoas que sofrem psicologicamente. Nesse sentido, busca-se destacar a importância de manter a pessoa em seu processo educativo em todos os níveis escolares. Mais uma vez, podemos observar que o movimento dos discursos da potencialidade busca a simetria de relações, o direcionamento para o coletivo, o público, para fora, como espaço de potencialização da vida, como podemos observar nos excertos que seguem abaixo, do número (44) ao (46):

- (44) 780. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma a necessidade de se construir amplo entrosamento e ações intersetoriais entre as redes de educação e de saúde/saúde mental, visando garantir a inclusão de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico nas escolas (rede pública e privada de ensino), tanto na educação básica e superior quanto na Educação de Jovens e Adultos (EJA). Tal entrosamento visa também à criação de projetos e estratégias específicas para se evitar a evasão escolar e também viabilizar a atenção psíquica aos alunos que necessitam de cuidados. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)
- (45) 813. Criar oficinas nas escolas e nas comunidades de combate e prevenção ao *bullying*, assédio moral e violência para crianças, adolescentes, jovens e adultos. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

- (46) 814. Sensibilizar e mobilizar as universidades e faculdades existentes nos municípios para desenvolver trabalhos itinerantes na rede pública e privada, desde a creche ao ensino médio, objetivando a quebra do preconceito, construindo uma nova visão sobre o sofrimento psíquico. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

Nos discursos dos atores da saúde mental, a relação com o trabalho assemelha-se ao da educação. Busca-se promover a autonomia e as potencialidades dos sujeitos de direito em contato com as atividades sociais que os façam se sentir pertencentes à sociedade.

- (47) 656. Para isso, é necessário desenvolver, fortalecer e qualificar, através de articulação intersetorial (assistência social, trabalho, educação e cultura), programas de geração de emprego/renda, economia solidária e programas de sustentabilidade, capazes de assegurar o direito ao trabalho e garantir a melhoria da renda familiar, a continuidade do tratamento, a promoção da qualidade de vida e a integridade física e mental dos usuários dos serviços de saúde mental, resgatando neles a dignidade de ser sujeito, o exercício da cidadania e o sentimento de inclusão nos diversos meios sociais. (RELATÓRIO DA IV-CNSM, 2010)

Os direitos humanos aparecem nos discursos dos atores da saúde mental como norte para o cuidado. Os discursos dos atores expressam a busca por vivências práticas de potencialização, respeito, igualdade, da criação e da movimentação da vida. Ao olharmos pela ótica do cuidado baseada na garantia de direitos humanos, todos os esforços de cuidado pautados nas relações assimétricas, de relações com a doença, de classificação de enfermidades psíquicas, do lucro pela doença e da medicalização da vida perdem sua força geradora de saúde. Apagam-se aos serem relacionados aos discursos da potencialidade voltados aos cuidados sob a égide dos direitos humanos. Os discursos pautados nesses direitos exigem o olhar sempre atento, a denúncia e o falar firme ao primeiro sinal de ameaça a qualquer um de seus princípios.

8.2.4 Não se faz saúde mental só: o lugar do outro no discurso sobre o cuidado em saúde mental

Imagem 9 - Desfile de Carnaval do Bloco Ressocializando para a Vida. Fevereiro de 2015



Fonte: Blog Firmando Passos. <http://firmandopassos.blogspot.com>.

Um dos elementos mais presentes nos discursos expressos sobre o cuidado em saúde mental é a importância da relação com o *outro* inserido na coletividade. Para os atores da saúde mental, o processo da reforma psiquiátrica ocorre a partir da relação permanente de movimentos antimanicomiais e demais movimentos sociais que lutam pelo fortalecimento e a defesa dos direitos humanos e das práticas de cuidado humanizadas. Esse processo dado na relação de sujeitos individuais e coletivos dá-se apenas a partir de relações simétricas, em oposição ao discurso de autoridade, seja da ciência, da justiça, do discurso moralizante ou político. Nesse sentido, o *cuidado de si*, assim como concebido em Foucault (1984, 1985, 2010), apesar de poder, a princípio, sugerir um processo de cuidado individual, isolado, e até egoísta, para o filósofo, não pode prescindir de uma outra presença, o *outro*, a outra centralidade, o *mestre*, ou seja, o coparticipante no *cuidado de si*.

Creio que temos aí (aquilo que, parece-me, devemos reter) o que define a posição do mestre na *epiméleia heautoû* (o cuidado de si). Pois o cuidado de si é, com efeito, algo que, como veremos, tem sempre necessidade de passar pela relação com um outro que é o mestre". Não se pode cuidar de si sem passar pelo mestre, não há cuidado de si sem a presença de um mestre. Porém, o que define a posição do mestre é que ele cuida do cuidado que aquele que ele guia pode ter de si mesmo. Diferentemente do médico ou do pai de família, ele não cuida do corpo nem dos bens. Diferentemente do professor, ele não cuida de ensinar aptidões e capacidades a quem ele guia, não procura ensiná-lo a falar nem a prevalecer sobre os outros, etc. O mestre é aquele que cuida do cuidado que o sujeito tem de si mesmo e que, no amor que tem pelo seu discípulo encontra a possibilidade de cuidar do cuidado que o discípulo tem de si próprio. Amando o rapaz de forma desinteressada, ele é assim o princípio

e o modelo do cuidado que o rapaz deve ter de si enquanto sujeito. (FOUCAULT, 2010, p.73-74)

Nesse sentido, as relações de cuidado são constituídas em um movimento de relações entre pessoas, seus saberes, suas práticas e seus sentimentos. Vejamos o que, a partir desse entendimento, é proposto no relatório da IV conferência no excerto abaixo:

- (48) 299. O processo de superação do modelo asilar e de efetivação da reforma psiquiátrica requer a promoção de relações entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no acolhimento e no vínculo, no sentido de evitar que se reproduza, dentro dos serviços substitutivos, a lógica do manicômio. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

Vejamos também o recorte abaixo:

- (49) 71. [...] Importa, ainda, garantir a permanência do profissional designado para determinado setor, valorizando o conhecimento adquirido e a formação de vínculos entre profissional e usuário, exceto em situação de comprovada necessidade de serviço, mediante pactuação entre os envolvidos. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

Como podemos observar nos recortes discursivos (48) e (49), as relações simétricas implicam na “*promoção de relações entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no acolhimento e no vínculo*” e que devem ser constituídas “*valorizando o conhecimento adquirido e a formação de vínculos entre profissional e usuário*”. Estes recortes sugerem que o cuidado deva ser entendido como cuidados na relação, em um processo coletivo de cuidado. O discurso sobre o cuidado, entendido desta forma, como um princípio pertencente a todos, assemelha-se aos sentidos do *cuidado de si*, no período helenístico-romano, como entendido em Foucault (1984, 1985, 2010). O *cuidado de si* figura como uma das possíveis aproximações e leituras sobre o cuidado nos discursos dos atores da saúde mental. Essa preocupação, em especial com os cuidadores, ou seja, trabalhadores e familiares, também pode ser exemplificada nos excertos abaixo:

- (50) 71. [...] A melhoria nas condições de trabalho dos profissionais da Saúde, nos três níveis de atenção, é, também, uma diretriz a destacar, envolvendo a garantia de ações voltadas à saúde dos trabalhadores de saúde mental, através da implementação de projetos e programas específicos de cuidado aos cuidadores que contemplem ações de formação, atenção e participação na gestão, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

- (51) 316. Fortalecer, na atenção básica, o acolhimento às demandas de cuidadores e familiares, através de oficinas (terapêuticas e profissionalizantes) e demais ações educativas. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)
- (52) Ao mesmo tempo, exige também implementar políticas públicas explícitas de suporte e assistência psicossocial aos familiares e cuidadores de usuários dos serviços de saúde mental, reconhecendo importância dos mesmos nesse campo. (RELATÓRIO DA IV-CNSM-I, 2010)

O reconhecimento da importância de vínculos e relações humanizadas apontam para um entendimento e uma avaliação oposta de cuidado àquela que dá primazia à intervenção de uma pessoa dotada de autoridade, controle e conhecimento inquestionável sobre alguém passivo, que espera que atuem sobre ele: o paciente. Nas relações simétricas, pelo contrário, o usuário, é parte da negociação de escolhas, de saídas e de projetos de vida terapêuticos. Torna-se parceiro em uma relação com o profissional de saúde, que não exerce o poder do seu suposto saber, uma vez que ele é mesmo suposto. Nesse sentido, as relações entre sujeitos como concebidas na saúde mental se aproximam dos discursos que primam pelo entendimento das relações entre alteridades, que podem ser compreendidas como centros de uma arquitetura, posições singulares e únicas no mundo como entendidas em Bajtín (1997).

Outra avaliação feita nos discursos dos atores da saúde mental, especialmente no relatório da IV conferência, sobre a importância das relações interpessoais, é ao caráter público desse cuidado. Público não apenas no sentido de não privado, não pago, mas no sentido de ganhar a rua, ser voltado à praça, de profusão de possibilidade de acontecimentos de vida. É no espaço público que encontros podem acontecer, mundos se encontram, que a palavra circula, que o mundo acontece concretamente. Nesse sentido é que ganha força a pluralidade de dimensões de cuidado visando o público. Vejamos como esse cuidado público é exemplificado abaixo:

- (53) 326. Nessa perspectiva, a IV CNSMI enfatiza a necessidade de garantir a implementação de políticas públicas intersetoriais visando à cultura, lazer, educação, esportes e geração de renda que garantam a integração dos serviços públicos com as organizações comunitárias de seus territórios, aproveitando e fortalecendo os espaços públicos existentes, e apoiando a criação de novos espaços, como centros culturais e esportivos, centros de convivência e cooperativas, praças, parques e ginásios, entre outros. (RELATÓRIO DA IV-CNSM, 2010)

Uma outra avaliação relacionada à presença do *outro* e da coletividade pode ser vista nos discursos da ABRASME sobre o *associativismo* como força coletiva e proteção diante das adversidades políticas e sociais. Sobre essa questão, a ABRASME tem, em suas avaliações, posicionamentos claros sobre às falhas e erros da associação entre pessoas e do esfriamento do controle social, especialmente em um momento político avaliado em tom de perigo por parte da associação, como podemos ver nos recortes (54), (55) e (56) abaixo:

- (54) O Brasil assiste uma crescente reação conservadora, evidenciada pela ampliação da bancada fundamentalista e da bala, e com manifestações populares reivindicando a volta da Ditadura, ovacionando a Polícia Militar e a defesa de ideias que enfraquecem as instituições democráticas. (TESES DA ABRASME, 2015)
- (55) A reação conservadora também se manifesta de forma difusa na sociedade, através dos ataques aos direitos sociais e às políticas públicas voltadas aos mais pobres e conquistadas nas últimas décadas em nosso país. Atualmente, temos visto por diversos meios de comunicação e por discursos de setores expressivos da sociedade, a defesa que o problema da violência urbana deva ser respondido com mais cadeias, mais violência institucional, e com encarceramento em massa de crianças, adolescentes e jovens, através da Redução da Maioridade Penal. (TESES DA ABRASME, 2015)
- (56) Importante se salientar que a reação conservadora não é resultado apenas do atual momento, onde um conjunto de forças sociais, políticas e econômicas se organizam, mas sim de um processo complexo onde concessões, alianças por governabilidade, falta de disputa de valores no conjunto do tecido social, e diminuição do protagonismo social e político dos setores populares, deram a possibilidade para o acúmulo de forças dos setores mais conservadores da sociedade. (TESES DA ABRASME, 2015)

A avaliação da situação do país em 2015, nos discursos da ABRASME, aponta outras presenças discursivas que podem ser compreendidas apenas relacionadas aos contextos que dão sentido a esses discursos. “*A bancada fundamentalista e da bala*”, como acentuada no discurso da ABRASME, é formada pelos setores que expressam discursos que se opõem fortemente aos princípios ideológicos, não apenas da ABRASME, mas de grande parte dos atores da saúde mental.

Muitas das comunidades terapêuticas são religiosas, com práticas de cuidado pautadas primordialmente pelos discursos religiosos-moralizantes, apoiados pela “*bancada fundamentalista*”. Além disso, a oposição, expressa nos discursos desta parte de parlamentares e do congresso, em relação aos direitos LGBTQ+, das mulheres, das diversas práticas religiosas, especialmente às de matriz africana e indígena, é contrária aos princípios dos direitos humanos.

Como já assinalamos, os DH norteiam as práticas não apenas no campo da saúde mental, mas da saúde como um todo, além da maioria das políticas públicas. Esse último caráter, o do público, também está entre às polêmicas discursivas com a “*bancada fundamentalista*”, uma vez que esta defende e opera a diminuição do Estado e apoia conseqüentemente a parceria e o controle, pelas entidades privadas, dos dispositivos e serviços públicos.

Os discursos da “*bancada da bala*”, como apreciada pela ABRASME, por sua vez, apoiam, entre outras propostas e discursos, a redução da maioridade penal, a maior repressão em relação às políticas de segurança, a moralização e criminalização das drogas e conseqüentemente dos usuários, etc. A ABRASME, através de seus discursos, responde e dialoga de forma polêmica com esses discursos, considerando-os entendimentos conservadores, em um sentido negativo, que, como podemos recuperar no excerto (54), são discursos de “*defesa de ideias que enfraquecem as instituições democráticas*”.

A ABRASME, como *todos* os movimentos sociais em defesa do SUS e dos direitos humanos, pode ser considerada uma entidade que defende ideias no espectro político da esquerda. No entanto, em seus discursos, sem negar os seus princípios, aponta justamente o erro do enfraquecimento do controle social no campo da política de saúde mental, como sendo resultantes das concessões e alianças malfadadas com os setores conservadores. Como podemos observar abaixo:

- (57) Na saúde mental vemos objetivamente a reorganização dos setores conservadores, e que haviam sido derrotados com a Lei 10.216, como a volta da pauta de aumento de leitos psiquiátricos (objeto atual são os usuários de drogas) e com projetos de legitimação dos Hospitais Psiquiátricos no interior da RAPS. O reconhecimento das comunidades terapêuticas pela RAPS, a ampliação de seu financiamento, as soluções de natureza manicomial para problemas sociais, e principalmente com um retorno às soluções manicomiais para se lidar com problemas sociais; como é o discurso da centralidade da internação compulsória, ou as respostas de projetos e políticas de higienização social (gentrificação) para a população em situação de rua, de comunidades periféricas e a usuários de crack. (TESES DA ABRASME, 2015)

A ABRASME avalia, em seus discursos, como um dos erros, a falta de associativismo e da força coletiva no processo político da saúde mental, como podemos observar a seguir:

- (58) Para a ABRASME esse foi o principal erro das organizações e movimentos populares, em não aproveitar o momento da eleição de uma dos de “baixo” para aprofundar e enraizar as organizações e movimentos populares, por pressionar para avançar mais e mais rápido a conquista por Direitos. Esse enraizamento, essa pressão, por disputa de

valores e ideias, é o campo que mantém vivo as potências criativas e criadoras da sociedade civil organizada, elemento fundamental, para enfrentar conjunturas adversas e reações conservadoras. (TESES DA ABRASME, 2015)

Possivelmente, em função do tempo e do espaço e dos propósitos dos documentos escritos pela ABRASME e pela IV Conferência serem diferentes, podemos constatar, nessas avaliações, uma das principais diferenças entre os discursos dos atores da saúde mental nesses dois cronotopos: Na *IV Conferência*, os discursos são institucionais, não cabiam avaliações político-partidárias e estavam voltados a um governo que começava.

No caso dos discursos da ABRASME, são discursos não apenas de considerações e de propostas, mas de avaliações, em um outro momento político e de um espaço não gerido por instituições governamentais. Essas avaliações da ABRASME sobre o momento político e as críticas feitas aos governos são preparação do terreno para o chamamento de participação coletiva, como podemos ler nos recortes (59), (60) e (61)

- (59) Para a ABRASME é fundamental a existência e o fortalecimento das associações e movimentos sociais no processo de construção ou renovação das políticas públicas de saúde no país. Aponta-se também as relações positivas entre a pertença a associações e as condições de saúde da população, tendo em vista que o conceito de saúde é multidimensional, uma vez que envolve dimensões individuais, políticas, econômicas e sociais. (TESES DA ABRASME, 2015)
- (60) Nesse sentido, diante da Reação Conservadora assistida na atual conjuntura a ABRASME entende que é necessário lançarmos um grande chamado nacional para todos os militantes, entidades, frentes, movimentos, usuários, trabalhadoras e familiares para voltarmos a fortalecer o ASSOCIATIVISMO, através do engajamento nas entidades já existentes, na fundação e articulação de associações que possam de forma dialética ter movimentos de negação (contra os retrocessos) e de afirmação (por mais direitos sociais, políticos e econômicos). (TESES DA ABRASME, 2015)
- (61) Reorganizar nossas associações, fortalecer sua gestão, ampliar seus associados, fundar novas para lutar pelos direitos de cidadania dos usuários: de Esporte, de Moradia, de Transporte, de Trabalho e de Cultura – elementos fundamentais para reorganizar a base social antimanicomial, para enfrentar as batalhas que se avizinham e que apontam por uma reação conservadora que irá pegar em cheio as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica. (TESES DA ABRASME, 2015)

Podemos ver que a avaliação da ABRASME sinaliza para a ameaça do enfraquecimento dos movimentos sociais, da participação e controle social e das divergências internas dentro do campo da saúde mental.

- (62) A ABRASME assim em seu 2º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, visando fortalecer nosso Associativismo Antimanicomial, chama a todas (os) à reflexão. Não chegou a hora de superarmos as divisões em nosso campo? Não chegou a hora de nos reunificarmos? Não chegou a hora de organizar as associações, coletivos, grupos que surgiram no último período através da arte, da cultura, esporte, lazer, convivência, trabalho e economia solidária? (TESES DA ABRASME, 2015)

A avaliação neste cronotopo é importante para que daí ocorram mudanças, que elejam-se novas direções, busquem novos rumos. O discurso da ABRASME reafirma o compromisso coletivo a partir da avaliação e do reconhecimento de fraquezas no campo da necessidade de se reconhecer em um terreno comum. Inclusive apontando saídas – conforme ilustrado abaixo:

- (63) Nesse sentido, a ABRASME entende que é necessário formarmos uma Frente Nacional Antimanicomial que possa ser um instrumento de unificação de forças e pautas para lutar contra a Reação Conservadora, por Democracia, e manter e fortalecer o SUS e a Reforma Psiquiátrica. Afirmando o protagonismo social e político COLETIVO para termos mais Direitos de Cidadania. (TESES DA ABRASME, 2015)

Os acentos apreciativos presentes nos discursos expressos pelos atores da saúde mental apontam a importância da relação com o outro, da legitimação do controle social do cuidado, das novas práticas comunitárias e experimentais, discursos de ampliação e não de internalização do cuidado com o *outro*. Esse *outro* sendo o coletivo, pensado como força criadora de potencialidades de saúde e de vida. Essas avaliações e movimentos de aproximação com esses discursos sugerem a força do *outro* coletivo que fortalece os discursos e as práticas de cuidado, não apenas no campo institucional, mas especialmente fora dele, no dia a dia, no cotidiano, na vivência efetiva. Sendo assim, podemos verificar que os movimentos de avaliações de potencialidade estão voltados para esse homem, o do dia a dia, o da relação, que é singular, concreto e único e, assim como esse diálogo, inconcluso.

Consideramos nas análises feitas neste tópico intitulado “*Os discursos sobre o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico: movimentos (avaliações) de afirmação e aproximação*” os discursos e acentos apreciativos de afirmação e aproximação expressos pelos atores da saúde mental. As análises feitas sugerem algumas considerações conclusivas, como podemos ver a seguir:

1. Os discursos dos atores da saúde mental aproximam-se e afirmam os discursos que concebem o homem em sua concretude e singularidade, considerados como sujeitos de direitos e desejos. Esse sujeito, como concebido nos discursos da saúde mental, se aproxima do sujeito encontrado em concepções como a psicanálise, as teorias fenomenológico-existenciais e em

conhecimentos filosóficos que veem o homem como um ser em constante transformação e em relação com outros sujeitos. Assim é o entendimento do homem a partir do *cuidado de si* em Foucault (1984, 1985, 2010).

2. Os atores da saúde mental, através de seus discursos, expressam avaliações de legitimação, valorização e defesa das relações simétricas entre profissionais e pessoas em sofrimento psíquico. Relações nas quais os saberes acadêmico e teórico não sejam superiores ou autoritários, mas estabeleçam um diálogo equânime com os saberes populares e culturais. Os atores da saúde mental buscam legitimar o saber do cuidado popular junto ao saber acadêmico em uma relação de aproximação. Essa relação discursivo-dialógica entre participantes que trocam saberes remete-nos ao discurso interiormente persuasivo, entendido por Bakhtin (2015b) como o discurso da proximidade, das trocas, do diálogo inacabado e constantemente reavaliado.

3. Os direitos humanos aparecem nos discursos dos atores da saúde mental como norteadores das práticas de cuidado. Nesse sentido, nos discursos dos atores, o campo de atuação da saúde mental deve não apenas denunciar e fiscalizar violações de direitos humanos, mas também promover cuidados que os garantam e os respeitem.

4. O *outro*, no campo da saúde mental, é uma posição de importância e igualdade. Cabendo a todos os participantes desse campo: pessoas em sofrimento psíquico e cuidadores como profissionais e familiares participarem do cuidado uns dos outros. O cuidado em saúde mental, assim como o *cuidado de si*, é um princípio de uma conduta que cabe a todos, sem exceção. Nesse sentido, os discursos da saúde mental primam pelo cuidado dos cuidadores, assim como, das pessoas em sofrimento psíquico. O coletivo, ou seja, o *outro* com o qual a pessoa em sofrimento psíquico está sempre em relação, aparece em destaque no discurso dos atores. O associativismo é entendido como modo de cuidado e proteção coletiva contra ameaças políticas e sociais de discursos conservadores no campo da saúde mental.

9 CONSIDERAÇÕES (NUNCA) FINAIS

Já se tornou comum no meio acadêmico, pelo menos no campo das ciências humanas, afirmar que as considerações finais de um trabalho não são finais, que deixam margem a outros caminhos e complementações. Aqui, reiteramos esse discurso atribuído a esse tipo de considerações. De fato, qualquer pesquisa ou interesse de conhecimento é tecido em diálogos que nunca são ou poderiam ser finais. Nesse sentido, no máximo, produzimos um acabamento provisório do texto.

Ao fazermos essas considerações, buscamos responder e dialogar com algumas proposições que fizemos no início desta pesquisa e, agora, torna-se pertinente retomar os nossos objetivos aos quais propusemo-nos responder com este estudo, quais sejam: descrever, compreender e interpretar os acentos apreciativos expressos nos discursos sobre o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.

Nessa empreitada, observamos que nos recortes discursivos, tanto do *Relatório da IV-CNSM-I* quanto da *Carta de Manaus*, no tocante à autoria dos discursos dos atores da saúde mental, sugerem que o autor-criador tende ao discurso monovocal, ou seja, aquele no qual aparece apenas uma presença autoral. A autoria das *Teses da ABRASME*, no entanto, sugere que o autor-criador tende a deixar aparecer outras presenças autorais no texto. Nesse caso, os discursos desses outros personagens tanto são polemizados pelo autor-criador como também polemizam entre si, o que sugere um tipo bivocalizado de discurso.

Observamos que os discursos dos atores da saúde mental apresentam dois movimentos valorativos: um primeiro, de negação e distanciamento; o segundo, de afirmação e aproximação. Nos discursos de negação e distanciamento, os recortes discursivos sugerem distanciamentos dos discursos e práticas médico-psiquiátricas, do discurso comercial, do discurso jurídico-moral, considerados como variantes do discurso autoritário, bem como, dos discursos que adotam um sentido de sofrimento psíquico restrito à doença mental e à dependência química. Tais discursos personificam a imagem do homem em sofrimento psíquico cuja análise clínica e forma de tratamento são orientadas pelo diagnóstico da doença mental. Os acentos apreciativos presentes nesses discursos são avaliações de deslegitimação, desvalorização e contraposição a esses discursos e práticas, uma vez que eles tendem a conceber o homem de forma abstrata e generalizante a partir de uma teoria e não em sua concretude e singularidade. Quanto aos acentos apreciativos presentes nos discursos de distanciamento dos atores da saúde mental,

estes aparecem em tom de denúncia, perigo, descrença e advertência em relação às práticas e discursos médico-psiquiátrico tradicionais, ao discurso comercial, ao jurídico-moral e também de discursos estigmatizantes acerca do sofrimento psíquico sedimentados no horizonte social da saúde mental.

O segundo movimento avaliativo, o de afirmação e aproximação, sugere sentidos opostos aos primeiros. Nesse, os discursos aproximados são os que primam pela concepção de homem como sujeito de direitos e desejos. Este modo de ver o homem é comum a alguns campos do conhecimento como a psicanálise, as filosofias fenomenológico-existenciais e as teorias que concebem o homem em sua singularidade e historicidade, entre elas, os pensamentos filosóficos sobre o *cuidado de si*, como postulado por Foucault (1984, 1985, 2010). Na ideia de *cuidado de si*, concebida a partir do pensamento helenístico-romano, o homem é entendido como ser em constante transformação e relação de cuidado consigo e com outros sujeitos.

Nos discursos de aproximação, as relações tendem a ser simétricas, os profissionais e pessoas em sofrimento psíquico tornam-se pessoas em relação de cuidado uns com os outros, em um diálogo de construção de saberes e não de imposição de verdades *à revelia*. Essa relação dá-se pelo discurso interiormente persuasivo, como concebido em Bakhtin (2015b), ou seja, um discurso de proximidade, de troca, de constante diálogo e ressignificação dos sentidos.

Quanto aos discursos dos atores da saúde mental sobre os direitos humanos, estes são considerados como norteadores das práticas de cuidado. Sendo compromisso dos atores da saúde mental não apenas denunciar e fiscalizar violações de tais direitos, mas primar pela sua garantia e para que as práticas de cuidado em saúde mental estejam sempre voltadas ao respeito e promoção dos direitos humanos.

Não há saúde mental sem o reconhecimento do *outro* e de sua importância nos processos terapêuticos do cuidado. Nesse sentido, não se faz saúde mental sozinho. Daí a importância das relações e dos sentidos de pertencimento, de associativismo e de coletividade expressos nos discursos do movimento avaliativo de afirmação e aproximação. O homem em sofrimento psíquico é o homem da relação, do contato, da rua, da praça. É o homem em sua potencialidade. E é apenas na vida de fato vivida e em movimento que é possível desenvolver esta potencialidade.

Os acentos apreciativos presentes nos discursos expressos nos movimentos avaliativos de afirmação e aproximação pelos atores da saúde mental sugerem a legitimação, a valorização

e a defesa das práticas e discursos que concebem o homem em sua concretude e singularidade, sempre em relação com um *outro* também singular e concreto. Os acentos apreciativos expressos nos discursos institucionais dos atores da saúde mental legitimam o que denominamos de discursos da potencialidade, na medida em que concebem o sujeito em sua unicidade concreta no mundo de fato vivido.

Esperamos que os resultados encontrados na presente pesquisa tenham nos permitido dar um *acabamento* provisório ao texto, embora não encerrem o *diálogo reflexivo* que ele deva suscitar aos nossos leitores, atuais e futuros.

Assim, acreditamos que o reconhecimento desse lugar discursivo concreto, no qual se inscrevem os sujeitos em sofrimento psíquico no mundo, tenha constituído mais um importante passo dado pelos atores sociais envolvidos com a saúde mental para o reconhecimento da existência desses sujeitos como seres de direito e desejos.

REFERÊNCIAS

ABOU-YD M.N., SILVA R. A lógica dos mapas: marcando diferenças. In: Conselho Federal de Psicologia (Orgs.) **Loucura, ética e política: escritos militantes**. (Organização) Conselho Federal de Psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ALMEIDA, Maria de Fátima. **Glossário Bakhtin**. Publicado em 12 de abril de 2011. Disponível em <<http://linguagememinteracao.blogspot.com/2012/11/glossario-bakhtin.html>>. Acesso em 30 de junho de 2018.

AMARANTE & CRUZ (Orgs.). **Saúde Mental, Formação e Crítica**. 22ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil** [online] 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. [livro eletrônico]. 1ª Ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. A (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. IN: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora. 2003.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e psiquiatria** [online]. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AMORIM, Marília, **O pesquisador e seu outro: Bakhtin nas ciências humanas**. 1ª Ed. São Paulo: Musa Editora, 2004.

ARAÚJO, Karla Daniele de Souza. **A atividade de orientação acadêmica: espaço para o encontro, a mudança e abertura do ser**. Recife, 2018. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Artes e Comunicação. Programa de Pós-Graduação em Letras, 2018.

ARBEX, Daniela, **Holocausto brasileiro**, 1ª Ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSOCIACÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno-5. DSM-5**. [American Psychiatric Association, tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento ... *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [*et al.*]. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL – ABRASME. Biblioteca Virtual 18 de Maio. **Carta de Manaus por uma saúde integral aos povos indígenas (2014)**. Disponível na Biblioteca virtual 18 de maio no website da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL – ABRASME < <http://www.abrasme.org.br/>>. Acesso em: 13 de março de 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL – ABRASME. Biblioteca Virtual 18 de Maio. **As Contribuições a Política Nacional de Saúde Mental: Teses da ABRASME (2015)**. Disponível na Biblioteca virtual 18 de maio no website da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL – ABRASME < <http://www.abrasme.org.br/>>. Acesso em: 13 de março de 2017.

BAJTÍN, M. **¿Que es el lenguaje? La construccion de la enunciacion. Mas alla de lo social. Um ensayo sobre la teoria freudiana**. Edicci3n al cuidado de Guillermo Blank. Buenos Aires: Editora Almagesto, 1998.

BAJTÍN, M. **Hacia una filosofia del acto 3tico. De los borradores y otros escrito**. Trad. De Tatiana Bubnova. Barcelona: Anthropos; San Juan: Universidade de Puerto Rico, 1997.

BAKHTIN, M./ VOLOCHINOV, V.N. **Marxismo e filosofia da linguagem**, 16ª Ed. S3o Paulo: Hucitec, 2014.

BAKHTIN, Mikhail. **Os G3neros do Discurso**. 1ª Ed. S3o Paulo: Editora 34, 2016.

BAKHTIN, Mikhail. **A cultura Popular na Idade M3dia e do Renascimento: o contexto de François Rabelais**. 4ª Ed. S3o Paulo: Hucitec; Bras3lia: Editora da Universidade de Bras3lia, 1999.

BAKHTIN, Mikhail. **Est3tica da cria3o verbal**. 6ª Ed. S3o Paulo: Martins Fontes, 2011.

BAKHTIN, Mikhail. **Notas sobre Literatura, Cultura e Ci3ncias Humanas**. 1ª Ed. S3o Paulo: Editora 34, 2017.

BAKHTIN, Mikhail. **Problemas da Po3tica de Dostoi3vski**. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universit3ria, 2015a.

BAKHTIN, Mikhail. **Quest3es de Literatura e de Est3tica: a teoria do romance**. 7ª Ed. S3o Paulo, Hucitec, 2014.

BAKHTIN, Mikhail. **Teoria do Romance I: a estil3tica**. 1ª Ed. S3o Paulo: Editora 34, 2015b.

BARROS *et al* (Orgs.). **Dialogismo, Polifonia, Intertextualidade**. 2ª Ed. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

BERTORELLO, Adrián. Bajtín: acontecimento y lenguaje. IN: UNED – **Revista Signa**. n.18. p.131-157. 2009.

BOLSONI, Betânia. **O cuidado de si e o corpo em Michel Foucault: perspectivas para uma educação corporal não instrumentalizada**. IX AMPED SUL. Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. 2012.

BONETTI, Albertina. O Ser Doente: uma reflexão à luz de Georges Canguilhem. **Revista A Prática**. v.7, n. 1, Goiás, 2004.

BRAIT (Org.). **Estudos enunciativos no Brasil: histórias e perspectivas**. Campinas-SP/ São Paulo: Fapesp, 2001.

BRAIT, Beth (org.). **Bakhtin: conceitos-chave**. 4ª Ed. São Paulo: Contexto, 2007.

BRAIT, Beth. Análise e Teoria do Discurso. IN: BRAIT, Beth (org.). **Bakhtin: outros conceitos-chave**. p.9-31 1ª Ed. São Paulo: Contexto, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10.216**, Lei da Reforma. Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União, 2001

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336 de 2002**. Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 2004-2010 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRITO, Joseane Laurentino. **O discurso das trabalhadoras domésticas em formação**. Recife, 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Artes e Comunicação. Programa de Pós-Graduação em Letras, 2008.

BUBNOVA, Tatiana. O princípio ético como fundamento do dialogismo em Mikhail. Bakhtin. IN: **Conexão Letras**. Volume 8, nº 10. 2013.

CAMARGO, Sabrina. Um olhar sobre a loucura de Foucault. **Revista Científico**. Ano III, V.I, Salvador, janeiro-junho – 2003.

CAMPOS, Maria Inês. Compreensão sobre a Arquitetônica em Bakhtin: fontes kantianas. IN: **Organon**, Porto Alegre. v.30. n.59. p.199-210., jul/dez. 2015.

- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Forense, Universitária, 2011.
- CARDINALLI, Ida Elizabeth, **Daseinanalyse e Esquizofrenia**. São Paulo, Escuta, 2012.
- CLARCK & HOLQUIST. **Mikhail Bakhtin**. 1ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e importância do discurso médico**. São Paulo: Editora Brasiliense. 1983.
- CUNHA, D.A.C. Circulação, reacentuação e memória no discurso da imprensa. IN: **Bakhtiniana**. São Paulo, v. 1. n. 2, p.23-39, 2º sem. 2009.
- DÂMASO, Rômulo. Justiça social e cidadania da saúde: para uma crítica da moral sanitária. IN: EIBENSCHUTZ, C., (org.). **Política de saúde: o público e o privado** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1996.
- DIONÍSIO, Mariléa, Tenório. **A questão do valor na linguagem: para (o círculo de) Bakhtin**. Vitória, 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais. Programa de Pós-Graduação em Estudos Linguísticos. 2010.
- FARACO, C. *et al* (orgs.) **Diálogos com Bakhtin**. 1ª.Ed. Curitiba: Editora da UFPR, 1996.
- FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do saber**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins fontes, 2010.
- FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**, 6ª Ed. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 2000.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**, 8ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 3: o cuidado de si**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- FURTADO & MIRANDA. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. IN: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. ano IX, n. 3, p.508-524. Set/2006.

GALLO, Silvio. **DEPHE - Foucault: do cuidado de si como resistência à biopolítica**. 2017. (2h04m40s). Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=RWZIBXmw1BM>>. Acesso em: 25 junho de 2018.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 8ª Ed. São Paulo, Perspectiva. 2008.

GOIS, Siane. **Questões de Dialogismo: o discurso científico, o eu e os outros**. Recife, Editora Universitária UFPE. 2010.

HEIDEGGER, Martin. **Seminários de Zollikon.**: Petrópolis. Editora Vozes: Bragança Paulista. Editora Universitária São Francisco. 2009.

HEIDEGGER, **Martin. Ser e Tempo**. 10ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA AVANÇADA E NEUROMODULAÇÃO-IPAN, **Tratamentos-Eletroconvulsoterapia**. Disponível no website do instituto <<http://www.ipan.med.br/eletroconvulsoterapia/>>. Acesso em 06 de junho de 2018.

LANCETTI & AMARANTE. Saúde Mental e Saúde Coletiva. IN: CAMPOS et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009

LOPES *et al.* **Firmando Passos: Saúde Mental pela prática da convivência**. 1ª Ed. Recife: Libertas, 2015.

LÜCHMANN, L.H.H. & RODRIGUES, J. O Movimento Antimanicomial no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. 12 (2): p. 399-407. 2007

LUZ, Madel. **As Instituições Médicas. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva**. 2ª Ed. Porto Alegre, 2014, Editora Rede UNIDA.

MORSON & EMERSON. Mikhail Bakhtin: criação de uma prosaística. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99). Disponível em: < http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap05_3d.htm >. Acesso em: 07 de março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. Krug E.G. *et al.*, eds. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

PAVEAU, M.A., SAFARTI, G.E. **As grandes teorias da linguística: da gramática comparada à pragmática**. São Carlos: Claraluz, 2006.

QUÉTEL, Claude. **História da Loucura: da Antiguidade à invenção da Psiquiatria. Volume 1**. 1ª Ed. Lisboa: Edições Texto & Grafia, 2014.

ROTELLI, *et al.* **Desinstitucionalização**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

ROTTERDAN, Erasmo. **Elogio da Loucura**, São Paulo: LP&M, 2003.

SAMPAIO, M.C.H. A propósito de para uma filosofia do ato (Bakhtin) e a pesquisa científica nas Ciências Humanas. IN: **BAKHTINIANA**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 42-56, 1o sem. 2009.

SAMPAIO, M.C.H. Ética e ciências humanas: diálogos filosóficos entre M. Bakhtin e E. Levinás. IN: **Cadernos de Linguagem e Sociedade**. n. 13 (2), 2012.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. IN: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 13-18, 1996.

SILVA & ALMEIDA. A palavra como signo ideológico no gênero denúncia em processo de crime por homicídio. **ReVEL**. vol. 12, n. 23, 2014.

SILVA *et al.* O normal e o patológico: contribuições para a discussão sobre o estudo da psicopatologia. **Aletheia**, v. 32, p.195-197, maio/ago. 2010.

SINDICATO DOS psicólogos de São Paulo (2016)

SINICATO DOS PSICÓLOGOS DE SÃO PAULO. **Três gerações de profissionais de saúde, usuários e familiares contra o novo diretor de Saúde Mental**. São Paulo. Disponível em <<http://www.sinpsi.org/index.php/noticia/index/id/4510>>. 2016. Acesso em 18 de junho de 2018.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV-Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. **Relatório 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. Disponível na Biblioteca virtual 18 de maio no website da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL – ABRASME <<http://www.abrasme.org.br/>>. Acesso em: 13 de março de 2017.

SOBRAL, Adail. Texto, discurso, gênero: alguns elementos teóricos e práticos. IN: **Nonada**. n.15. 2010.

SOUZA, Geraldo Tadeu, **Introdução à teoria do enunciado concreto do círculo de Bakhtin/Volochinov/Medvedev**. São Paulo: Humanitas/FFLCH/USP, 1999.

VIVAR Y SOLER. Uma história política da subjetividade em Foucault. IN: **Fractal. Revista de Psicologia**. v. 20 – n. 2, p. 571-582. Jul./dez. 2008.

VOLOSHÍNOV, V.N. **A construção da enunciação e outros ensaios**. São Carlos: Pedro & João editores. 2013.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese de Doutorado em Ciências na área da Saúde. Rio de Janeiro: 2006. Tese (Doutorado) - Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006.

ANEXO A - NOTÍCIA PUBLICADA NO WEBSITE DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEM) CONTRÁRIA ÀS NOVAS DIRETRIZES PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL APROVADAS EM DEZEMBRO DE 2017

12/08/2018

Cofen – Conselho Federal de Enfermagem » Cofen não aceita o retrocesso na saúde mental » Print

- Cofen – Conselho Federal de Enfermagem - <http://www.cofen.gov.br> -

Cofen não aceita o retrocesso na saúde mental

Posted By *Milena Silva* On 30 de dezembro de 2017 @ 11:28 In Notícias, Notícias Cofen | [No Comments](#)

Embalado pelo clima de defesa das liberdades democráticas e de direitos para todos, o Brasil, desde a redemocratização, houve a ousadia de construir uma política pública de cuidados em saúde mental centrada no usuário, compreendido como sujeito de direitos, comprometida com o cuidado em liberdade. Um movimento social pautado na Luta Antimanicomial como uma bandeira da sociedade.

A promulgação da Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, encaminhou o Brasil para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e OPAS.

A Lei indicou uma direção para a assistência psiquiátrica e estabeleceu uma gama de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, regulamentou as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros.

Neste período, o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios, implementou uma rede aberta de cuidados em saúde mental em todo o país. A rede de cuidados foi remodelada com a criação de mais de 3 mil serviços que vêm substituindo a lógica do cuidado asilar, dentro dos manicômios/hospitais psiquiátricos, pelo cuidado singular, aberto nas redes territoriais.

Uma política pública reconhecida e premiada internacionalmente, citada como referência pela ONU e que tem sido sustentada por diferentes governos, sob o comando de distintas forças políticas, que nunca poderá retroceder.

A rede territorial de serviços proposta na Reforma Psiquiátrica inclui centros de atenção psicossocial (CAPS), centros de convivência e cultura assistidos, cooperativas de trabalho protegido, oficinas de geração de renda e residências terapêuticas, descentralizando e territorializando o atendimento em saúde, conforme previsto na Lei Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Esta rede deve substituir sempre o modelo arcaico dos manicômios do Brasil. A proposta da reforma psiquiátrica é a desativação gradual dos manicômios, para que aqueles que sofrem de transtornos mentais possam conviver em sociedade.

Em 11 anos, o Brasil perdeu 38,7% dos leitos de internação psiquiátricos no âmbito da rede pública. Em 2005, eram 40.942 unidades e em dezembro de 2016, os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) computavam apenas 25.097 e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de 75,24% para 28,91%. Por outro lado, a quantidade de CAPS subiu de 424 para 1.981 e o percentual de gastos extra hospitalares aumentou de 24,76% para 71,09%, com investimento financeiro nos equipamentos substitutivos.

http://www.cofen.gov.br/cofen-nao-aceita-o-retrocesso-na-saude-mental_50606.html/print/

1/2

12/08/2018

Cofen – Conselho Federal de Enfermagem » Cofen não aceita o retrocesso na saúde mental » Print

A mudança do modelo assistencial e a consequente inversão das prioridades de financiamento foram acompanhadas por um aumento global dos recursos financeiros destinados à saúde mental.

Dentre os desafios da Reforma há consenso sobre a necessidade de a sociedade conviver de forma mais harmônica com os diferentes e o reconhecimento das potencialidades das pessoas, que não estão à margem do projeto, que têm capacidade de produzir. Nos últimos anos, tem ocorrido a valorização de expressões culturais e artísticas de portadores de transtornos mentais.

Aprovação das novas diretrizes para a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde

Entretanto, no dia 14 de dezembro passado, a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) deliberou a aprovação das novas diretrizes para a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, sem possibilidade de discussão com a sociedade civil ou entidades especializadas na área de saúde mental, sobre o documento que inverteu a lógica.

A Portaria Ministerial recua na Lei da Reforma Psiquiátrica nivelando o pagamento do leito psiquiátrico, com criação de novas vagas para pacientes, criando a franca possibilidade do retorno da centralidade nos Hospitais Psiquiátricos (manicômios), pois amplia o financiamento e legitima as Comunidades Terapêuticas, ato explícito de desmonte das conquistas do Movimento da Luta Antimanicomial. Um embate entre a saúde pública e a saúde privada.

Mas o processo que não acabou, apenas iniciou, pois não foi feito em diálogo com os Conselhos de Direitos, com Conselhos Profissionais, não respeitou as posições das Conferências Nacionais de Saúde Mental e não realizou Audiências Públicas.

A Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), o Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH) e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) lançaram Nota Pública (http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/nota-publica-conjunta-pfdc_cndh-e-mnpct) conjunta, na qual se opõem à ampliação do financiamento público de leitos em hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica representa muitos anos de história, lutas e reconhecimento internacional, construídos em diversos governos de ideologias diversas e haverá, portanto, resistências e mobilizações em amplos setores da sociedade.

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen se coloca contra todo retrocesso e lutará pelo SUS e saúde mental fortalecidos.

Article printed from Cofen – Conselho Federal de Enfermagem: <http://www.cofen.gov.br>

URL to article: http://www.cofen.gov.br/cofen-nao-aceita-o-retrocesso-na-saude-mental_59609.html

Copyright © 2015 Cofen - Conselho Federal de Enfermagem. All rights reserved.

ANEXO B - NOTÍCIA PUBLICADA NO WEBSITE DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP) CONTRÁRIA ÀS NOVAS DIRETRIZES PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL APROVADAS EM 2017

12/08/2018 CFP repudia mudanças na política de saúde mental | CFP



Notícias

14/12/2017 - 14:01

CFP repudia aprovação de mudanças na política de saúde mental

Resolução aprovada na CIT desfigura política do setor e afronta diretrizes de desinstitucionalização psiquiátrica



A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou resolução, na manhã desta quinta-feira (14), alterando a política de saúde mental ao estabelecer novas diretrizes para a Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Durante a reunião, o Movimento da Luta Antimanicomial fez uma manifestação de repúdio à nova política de saúde mental em frente ao prédio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em Brasília (DF), onde ocorreu o encontro da CIT.

Para o Conselho Federal de Psicologia (CFP), a resolução aprovada contém pontos que **desfiguram a política de saúde mental** e afrontam as diretrizes da política de desinstitucionalização psiquiátrica, prevista na Lei 10.216/2001. Além disso, viola as determinações legais no que se refere à atenção e cuidado de pessoas com transtorno mental estabelecidas na Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência e na Lei Brasileira de Inclusão.

Outras entidades, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a **Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos** (PFDC), avaliam que as mudanças afrontam os direitos humanos e a reforma psiquiátrica antimanicomial adotada no país, pois limitam os recursos para unidades que trabalham com a reinserção psicossocial de pessoas.

Entre as modificações criticadas pelo CFP estão a manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos e a ampliação de recursos para comunidades terapêuticas, instituições não promotoras de saúde, asilares, que atuam a partir do isolamento de usuários de drogas e cuja atuação não tem qualquer comprovação de efetividade na literatura de saúde.

<https://site.cfp.org.br/cfp-repudia-mudancas-saude-mental/> 1/2

12/08/2018

CFP repudia mudanças na política de saúde mental | CFP

Além disso, o plano vislumbra um redirecionamento progressivo de uma rede comunitária para um modelo baseado em instituições médico centradas, privadas, promotoras de estigma e segregação e que se mostrou historicamente ineficiente.

Mudanças antidemocráticas

O Ministério da Saúde mudou política histórica de uma rede de serviços voltada para a perspectiva comunitária, trazendo os hospitais psiquiátricos de volta para o cenário. A instituição foi abandonada por sua ineficácia e repetidas violações aos direitos humanos.

O Ministério da Saúde não está preocupado com a política de saúde mental e prefere o recorte mercantilista em detrimento da política de saúde coletiva ou de saúde pública.

Os manifestantes em frente à Opas, além de protestar contra a proposta, pediram para ser escutados pela CIT, o que foi negado pela comissão. O presidente do Conselho Nacional de Saúde, que tem direito a voz, mas não a voto na CIT, pediu a palavra, mas foi proibido de se pronunciar pelo Ministério da Saúde.

Carta do Encontro de Bauru

Nos dias 8 e 9 de dezembro de 2017, em Bauru (SP), o Encontro de 30 anos de Luta por uma Sociedade sem Manicômios aprovou **nova carta**, na qual reafirma que uma sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática, uma sociedade que reconhece a legitimidade incondicional do outro como o fundamento da liberdade para todos e cada um.

Diante da atual conjuntura de avanço do conservadorismo e de redução de recursos para as políticas públicas sociais, com violento ataque ao Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso reforçar a desconstrução do modelo asilar e combater a cada dia o manicômio em suas várias formas, do hospital psiquiátrico à comunidade terapêutica, incluindo o manicômio judiciário.

[Curtir 0](#) [Tweetar](#) [G+](#)

ANEXO C – NOTÍCIA PUBLICADA NO WEBSITE DO CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) CONTRÁRIA ÀS NOVAS DIRETRIZES PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL APROVADAS EM DEZEMBRO DE 2017

Quinta, 14 de Dezembro de 2017.

CFESS denuncia aprovação de resolução que muda as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental

Decisão foi tomada de modo arbitrário pelo Ministério da Saúde, sem ouvir a sociedade civil

[Recomendar 159](#) [Tweetar](#) [Compartilhar](#)



(Arte: Rafael Werkema/CFESS)

Na última terça-feira (12/12), o CFESS alertou sobre o risco de graves mudanças na Política Nacional de Saúde Mental brasileira, construída ao longo de 30 anos e reconhecida mundialmente. Hoje, o Ministério da Saúde, por meio da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), composta por gestores/as de saúde em nível municipal, estadual e da União, aprovou em Brasília (DF) uma resolução que muda as diretrizes da Política. O CFESS, representado pela conselheira Solange Moreira, esteve em mobilização ocorrida na sede da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), local em que se reuniu a CIT.

Na tarde desta quinta-feira, ocorreu também uma reunião entre movimentos sociais e representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com a Diretoria de Articulação e Diálogos Sociais da Presidência da República, no Palácio do Planalto. O resultado foi o encaminhamento de uma reunião com o Ministério da Saúde. Mas, além disso, o CFESS solicitará audiência com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) em caráter de urgência, antes do recesso do Judiciário, para tratar do tema.

“Diante desses retrocessos, precisamos ficar atentos/as e fortes na defesa de uma política pública que contribua para ampliação dos direitos dos/as usuários/as, da sua autonomia e liberdade, princípios inscritos no projeto ético-político do Serviço Social brasileiro. Nós, assistentes sociais, temos muito a contribuir com o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira. Por isso, não é hora de retroceder. É tempo de lutar, de forma organizada, por uma sociedade justa e sem manicômios! O CFESS compõe essa trincheira, junto às demais entidades e movimentos da área. Conclamamos todos/as os/as assistentes sociais e a população a se somar na defesa da Política Nacional de Saúde Mental”, diz trecho da nota pública divulgada pelo CFESS na última terça-feira ([clique aqui e relembre](#)).

Conselho Federal de Serviço Social - CFESS
Gestão *É de batalhas que se vive a vida* - 2017/2020
Comissão de Comunicação
Diogo Adjuto - JP/DF 7823
Assessoria de Comunicação
comunicacao@cfess.org.br

ANEXO D – NOTA DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) EM APOIO ÀS NOVAS DIRETRIZES PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL APROVADAS EM DEZEMBRO DE 2017



NOTA EM APOIO A NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Com a aprovação das novas diretrizes para a Política Nacional de Saúde Mental pela Comissão Intergestores Tripartite, que junta representantes do Ministério da Saúde e das Secretárias de Saúde de Estados e Municípios, o Conselho Federal de Medicina (CFM) empenha seu apoio às mudanças que devem contribuir para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no País.

O texto aprovado nesta quinta-feira (15), em Brasília, resultou de amplo e democrático debate, com foco permanente no fim da desassistência e no respeito aos direitos dos pacientes e seus familiares, bem como na qualificação do rol de serviços disponíveis.

Trata-se de um aperfeiçoamento que demorou 30 anos para acontecer, mas que, ao ser aprovado, permitirá o funcionamento no Sistema Único de Saúde (SUS) de ambulatórios especializados; de CAPS IV para áreas de alto consumo de drogas (cracolândias), com equipes multiprofissionais em plantão de 24h; de enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais, também com equipes multiprofissionais; e de hospitais especializados em psiquiatria, com leitos qualificados. Um avanço indiscutível é que a presença de médicos psiquiatras nesses serviços passa a ser obrigatória, o que representa mais segurança e efetividade no atendimento dispensado aos pacientes

Além disso, com a adoção da nova política de proteção e atendimento no sistema extra-hospitalar, passarão a ser assistidos nos hospitais psiquiátricos apenas pacientes com quadros clínicos agudizados ou reagudizados. Os pacientes crônicos (moradores) contarão com o suporte de residências terapêuticas (I e II), instituições de assistência social. Também serão fortalecidas as ações de prevenção ao suicídio, com a ampla participação de estados e municípios nas atividades, em especial no período conhecido como Setembro Amarelo.

O CFM desde o início participa do movimento que levou às mudanças aprovadas, por isso, reconhece as dificuldades no processo e agradece o apoio dado pelo ministro da Saúde, Ricardo Barros, e pelo coordenador da Área de Saúde Mental do Ministério, psiquiatra Quirino Cordeiro Júnior, bem como do ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra, que entenderam a necessidade dos ajustes. Da mesma forma, cumprimenta as outras entidades médicas, grupos



organizados de pacientes e familiares e parlamentares pelo suporte oferecido ao longo dos anos.

Ciente de que a implementação dessa conquista exigirá um trabalho contínuo de acompanhamento, o CFM se coloca à disposição para lutar pela implementação das mudanças e se manterá atento na fiscalização dos compromissos assumidos em favor dos interesses dos médicos, dos profissionais da saúde e da população.

Brasília, 14 de dezembro de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ANEXO E – NOTA DE ESCLARECIMENTO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSQUIATRIA (ABP) SOBRE A ELETROCONVULSOTERAPIA

Brasília, 6 de setembro de 2013



Nota de esclarecimento

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) vem, por meio desta, esclarecer a central Globo de Produção, responsável pelo núcleo da novela Amor à Vida, que a condução do tratamento psiquiátrico dado a personagem Paloma Khoury, interpretada pela atriz Paolla Oliveira, não corresponde à realidade.

A eletroconvulsoterapia (ECT), ou eletrochoque, é um procedimento seguro, eficaz e indolor, para o qual existem indicações precisas. Este tratamento só é indicado para pacientes onde a medicação não apresenta resultados satisfatórios e também quando não existem indicações para que o mesmo seja tratado com medicamentos, como é o caso de pacientes debilitados ou idosos. Médicos psiquiatras não optam por administrar a ECT em pacientes que possam ser tratados de forma farmacoterapêutica, como se a personagem realmente fosse um paciente psiquiátrico.

A grande preocupação da Associação Brasileira de Psiquiatria é com a repercussão e o impacto que cenas tão agressivas possam causar à sociedade. Como confiar em uma médica psiquiatra que dá um diagnóstico baseada em “achismo” e recomenda um tratamento tão específico baseada em uma simples conversa? O receio é que a novela reforce ainda mais a psicofobia – o preconceito contra portadores de transtornos e deficiências mentais.

Temas como este devem sim ser levados ao conhecimento da população, mas com o devido cuidado com a informação a ser passada. Nos colocamos à disposição de forma gratuita para orientar ou esclarecer qualquer dúvida sobre o assunto, para que a abordagem seja correta e não venha a ferir o ofício do médico psiquiatra nem desprestigiar os 46 milhões de pacientes psiquiátricos que temos hoje no Brasil.

Certos da colaboração.

Associação Brasileira de Psiquiatria

Av. Rio Branco, 257 – 13º Andar, salas 1310/15 – Centro
Rio de Janeiro – RJ

ANEXO F – NOTA DE ESCLARECIMENTO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP) EM APOIO À NOMEAÇÃO DE VALENCIUS WURCH COMO COORDENADOR GERAL DE SAÚDE MENTAL



NOTA DE ESCLARECIMENTO

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que representa toda a categoria psiquiátrica brasileira, nega qualquer envolvimento com o manifesto e as manifestações contra a nomeação do novo coordenador de Saúde Mental, Dr. Valencius Wurch.

Para a entidade, é inadequada e intempestiva a reação de protesto dos militantes do Movimento da Luta Antimanicomial (LAMA) ao ato soberano do Ministro da Saúde, Marcelo Castro, que inclusive estão impedindo médicos e profissionais de saúde de trabalharem nos serviços negando atendimento aos pacientes.

Entretanto, a ABP apoia toda e qualquer medida que vise a assistência eficiente e que seja sustentada no rigor da ciência.

Sabemos que há quase 30 anos, a Coordenação de Saúde Mental vem adotando uma política de assistência em saúde mental que não privilegia a reinserção social e o tratamento médico adequado dos doentes com transtornos mentais, com viés unicamente ideológico. Ao contrário, vem desativando de forma acelerada os leitos dos hospitais psiquiátricos e o sistema ambulatorial, sem que haja expansão correspondente da rede de serviços extra-hospitalares.

Não apoiamos o modelo de assistência centrado no Hospital (hospitalocêntrico) falido há décadas, mas também não apoiamos o modelo atual, também falido, centrado nos CAPS - Centro de Atenção Psicossocial (cap-socêntrico) constituído pela coordenação. É insuficiente e, em geral, não qualificado para atender o paciente com transtorno mental grave e persistente. O enfoque que vem sendo adotado tem custado a vida de muitos doentes, além de remetê-los às ruas, ao encarceramento em presídios e a outras exposições à violência, chegando a apresentar mais de 11.800 mortes ao ano por transtornos mentais, sem considerar o suicídio, que acomete anualmente os mesmos milhares de indivíduos. Ou seja, por ano o Brasil é acometido de algo em entorno de 25.000 mortes que poderiam ser evitadas caso os nossos doentes recebessem o atendimento adequado.

O modelo de assistência psiquiátrica que a ABP defende é o misto, com base ambulatorial e que comunga os princípios da Lei Federal 10.216/2001, com a implantação de um sistema assistencial hospitalar e extra-hospitalar centrado na atenção básica e no atendimento ambulatorial com equipe multi e interdisciplinar e fortes vínculos com os recursos da comunidade, visando a real reinserção social e a reabilitação funcional dos pacientes com transtornos mentais.

Portanto, a ABP espera que a coordenação atual utilize bases científicas para criar uma política pública de assistência em saúde mental que privilegie a promoção da saúde e a prevenção da doença, levando em consideração a importância de dividir a assistência em primária, secundária e terciária. Que seja centrada no atendimento em rede considerando a atenção primária como porta de entrada, ponto de triagem e de resolução para as demandas dessa população, com serviços de qualidade.

Não podemos julgar sem ouvir o que novo coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem a propor e estamos a disposição para unirmos forças rumo a uma assistência em saúde mental efetiva e que traga novamente a esperança de qualidade de vida aos nossos pacientes. A situação atual é desoladora para todos nós médicos, profissionais de Saúde Mental, pacientes e seus familiares.



ANEXO G – REPRODUÇÃO DA NOTA DE ESCLARECIMENTO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP) PELA FEDERAÇÃO NACIONAL DE MÉDICOS (FENAM) EM APOIO À NOMEAÇÃO DE VALENCIUS WURCH COMO COORDENADOR GERAL DE SAÚDE MENTAL

15/12/2015

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que representa toda a categoria psiquiátrica brasileira, nega qualquer envolvimento com o manifesto e as manifestações contra a nomeação do novo coordenador de Saúde Mental, Dr. Valencius Wurch. Para a entidade, é inadequada e intempestiva a reação de protesto dos militantes do Movimento da Luta Antimanicomial (LAMA) ao ato soberano do Ministro da Saúde, Marcelo Castro, que inclusive está impedindo médicos e profissionais de saúde de trabalharem nos serviços, negando atendimento aos pacientes. Entretanto, a ABP apoia toda e qualquer medida que vise a assistência eficiente e que seja sustentada no rigor da ciência.

Sabemos que há quase 30 anos, a Coordenação de Saúde Mental vem adotando uma política de assistência em saúde mental que não privilegia a reinserção social e o tratamento médico adequado dos doentes com transtornos mentais, com viés unicamente ideológico. Ao contrário, vem desativando de forma acelerada os leitos dos hospitais psiquiátricos e o sistema ambulatorial, sem que haja expansão correspondente da rede de serviços extra-hospitalares.

Não apoiamos o modelo de assistência centrado no hospital (hospitalocêntrico), falido há décadas, mas também não apoiamos o modelo atual, também falido, centrado nos CAPS - Centro de Atenção Psicossocial (capscêntrico) constituído pela coordenação. É insuficiente e, em geral, não qualificado para atender o paciente com transtorno mental grave e persistente. O enfoque que vem sendo adotado tem custado a vida de muitos doentes, além de remetê-los às ruas, ao encarceramento em presídios e a outras exposições à violência, chegando a apresentar mais de 11.800 mortes ao ano por transtornos mentais, sem considerar o suicídio, que acomete anualmente os mesmos milhares de indivíduos. Ou seja, por ano o Brasil é acometido de algo em entorno de 25.000 mortes que poderiam ser evitadas caso os nossos doentes recebessem o atendimento adequado.

O modelo de assistência psiquiátrica que a ABP defende é o misto, com base ambulatorial e que comunga os princípios da Lei Federal 10.216/2001, com a implantação de um sistema assistencial hospitalar e extra-hospitalar centrado na atenção básica e no atendimento ambulatorial com equipe multi e interdisciplinar e fortes vínculos com os recursos da comunidade, visando a real reinserção social e a reabilitação funcional dos pacientes com transtornos mentais.

Portanto, a ABP espera que a coordenação atual utilize bases científicas para criar uma política pública de assistência em saúde mental que privilegie a promoção da saúde e a prevenção da doença, levando em consideração a importância de dividir a assistência em primária, secundária e terciária. E que ela seja centrada no atendimento em rede considerando a atenção primária como porta de entrada, ponto de triagem e de resolução para as demandas dessa população, com serviços ambulatoriais e hospitais de qualidade.

Não podemos julgar sem ouvir o que novo coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem a propor e estamos à disposição para unirmos forças rumo a uma assistência em saúde mental efetiva e que traga novamente a esperança de qualidade de vida aos nossos pacientes. A situação atual é desoladora para todos nós médicos, profissionais de Saúde Mental, pacientes e seus familiares.

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM
FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS - FENAM
ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS, FAMILIARES E DOENTES MENTAIS DO BRASIL – AFDM
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE
TRANSTORNOS AFETIVOS - ABRATA**

ANEXO H - CARTA DE MANAUS POR UMA SAÚDE INTEGRAL AOS POVOS INDÍGENAS

Carta de Manaus por uma saúde integral aos povos indígenas

Carta produzida durante o IV Congresso de Saúde Mental, realizado entre os dias 4 e 7 de setembro de 2014. A carta obteve a aprovação de instituições vinculadas aos profissionais de saúde e associações indígenas e foi nominalmente assinada por mais de cem participantes do evento. A leitura pública da carta foi realizada no dia 7 de setembro de 2014 e o documento foi aprovado por unanimidade pela assembleia da ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental):

Carta de Manaus, por uma saúde integral aos povos indígenas: Carta aberta com recomendações para a promoção da saúde indígena integral, com propostas elaboradas no IV Congresso Brasileiro de Saúde Mental.

Prezados(as) senhores(as),

Como resultado das trocas de experiências e conhecimentos entre e indígenas e profissionais de saúde distribuídos em diversos estados e municípios de todo o país, preocupados com o oferecimento de uma atenção integral à saúde indígena, foi produzida esta carta, durante o IV Congresso Brasileiro de Saúde Mental. Este documento apresenta recomendações consensuais no sentido da efetivação da legislação brasileira, visando a melhoria das práticas inter étnicas de promoção de saúde:

- 1) É de fundamental importância primar pelo conhecimento e reconhecimento das diferentes cosmovisões e práticas que expressam distintos significados a respeito dos processos de adoecimento e promoção de saúde, pertinentes aos mais de 305 povos indígenas que vivem no Brasil;
- 2) Para que as ações de saúde mental e bem viver aconteçam, o profissional deve ser capaz de ouvir as demandas, estimular a mobilização da comunidade para buscar uma compreensão mais profunda e consensual a respeito das causas geradoras dos problemas percebidos e elaborar conjuntamente os caminhos que possam levar às formas de tratamento, que considerem as cosmovisões e práticas dos povos;
- 3) É relevante compreender que o fortalecimento da cultura e o envolvimento das comunidades nas práticas do bem-viver são em si-mesmo, práticas promovedoras da saúde mental;
- 4) É necessário que o sistema de saúde integre no seu quadro de cuidadores os mestres, anciões, curandeiros, parteiras, pajés, xamãs, rezadores, curandeiros,

benzedores e outros atores que detêm os saberes tradicionais, oferecendo as condições necessárias para que promovam tais práticas de saúde junto às comunidades;

5) Para que seja dado um tratamento diferenciado adequado, é preciso que o profissional não ocupe o lugar de detentor absoluto do conhecimento, mas que antes conheça e aprenda, compreenda e respeite as distintas cosmovisões e práticas dos povos indígenas, recebendo dos mais velhos e lideranças, orientações quanto às formas de enfrentamento dos problemas, organização do povo e as condutas esperadas para que a cultura seja respeitada;

6) Para tanto, é relevante que o trabalho seja feito em consonância com o entendimento e participação das lideranças e dos mais velhos, que deverão se aliar na mediação das práticas de cuidado em saúde, que envolvem, necessariamente, a alimentação, a espiritualidade, a relação com a terra e com a floresta, as diversas práticas culturais tradicionais e suas perspectivas de futuro;

7) Restou demonstrado que a formação de parcerias e articulações junto às diferentes instituições permite um cuidado mais amplo, capaz de oferecer a atenção integral às necessidades de saúde das populações indígenas.

Percebemos que grande parte das vulnerabilidades psicossociais que atingem os povos indígenas é consequência das formas de marginalização e conflito que envolvem a luta pela terra, a invisibilização dos povos, o preconceito e o questionamento da identidade indígena no mundo contemporâneo. Nenhuma perspectiva de futuro do ser indígena é possível quando não conseguem deter nos seus territórios, os costumes e práticas sustentáveis. Tais costumes e práticas devem ser as referências para o pleno exercício da capacidade dos povos para gerirem os processos de educação, promoção da saúde, economia, alimentação, apropriação de saberes e escolhas quanto ao que pretendem construir para as futuras gerações.

Em consulta aos povos indígenas presentes, foi enfatizada a necessidade de efetivação e cumprimento das leis que determinam o respeito à diversidade cultural indígena, pois a realidade ainda se mostra muito distante disso.

Manaus, 06 de setembro de 2014.

ANEXO I –RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL -IV CNSM-I⁴¹



Secretaria de
Direitos Humanos

Ministério
da Saúde



⁴¹ O Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial segue como anexo 9 em CD-ROM no texto físico e pode ser acessado através do link: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_final_ivcnsmi_cns.pdf > . Acesso em 12/08/2018.

Conselho Nacional de Saúde
Comissão Intersetorial de Saúde Mental

Ministério da Saúde
Secretaria de Assistência à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Arte da Capa: detalhe da obra de Maria do Socorro Santos, pintora e militante do Movimento da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro, que faleceu em março de 2005 . Direitos Autorais: Projeto Maria do Socorro Santos/Instituto Franco Basaglia/Projeto Transversões - ESS/UFRJ.

A Logo da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, reproduzida totalmente ou em detalhe nesta publicação, foi inspirada em trabalho coletivo (colagem), realizado por usuários do CAPS Arthur Bispo do Rosário (Rio de Janeiro), exposto na 4ª Mostra de Artes Visuais "No Centro da Vida", Instituto Franco Basaglia, patrocínio Programa Petrobras Cultural.



Detalhe colagem coletiva – Usuários do CAPS Arthur Bispo do Rosário (Rio de Janeiro)

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.

Índice

Glossário de Abreviaturas.....	4
Apresentação.....	7
Metodologia de Consolidação do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial.....	12
Eixo I - Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais.....	20
1.1 - Organização e consolidação da rede.....	21
1.2 - Financiamento.....	26
1.3 - Gestão do trabalho em saúde mental.....	31
1.4 - Política de assistência farmacêutica.....	33
1.5 - Participação social, formulação de políticas e controle social.....	37
1.6 - Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental.....	41
1.7 - Políticas sociais e gestão intersetorial.....	44
1.8 - Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental.....	50
1.9 - Reforma psiquiátrica, Reforma sanitária e o SUS	56
Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais.....	62
2.1 - Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado.....	63
2.2 - Práticas clínicas no território.....	66
2.3 - Centros de atenção psicossocial como dispositivo estratégico da reforma psiquiátrica.....	69
2.4 - Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços.....	74
2.5 - Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território.....	77
2.6 - Saúde mental, atenção primária e promoção da saúde.....	82
2.7 - Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais.....	85
2.8 - Saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade.....	92
2.9 - Garantia do acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/ etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental	99
Eixo III - Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial	103
3.1 - Direitos Humanos e Cidadania.....	104
3.2 - Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária.....	111
3.3 - Cultura e Diversidade Cultural.....	116
3.4 - Justiça e Sistema de Garantia de Direitos.....	121
3.5 - Educação, inclusão e cidadania.....	128
3.6 - Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde.....	133
3.7 - Organização e mobilização de usuários e familiares em saúde mental.....	141
3.8 - Comunicação, Informação e Relação com a Mídia.....	147
3.9 - Violência e Saúde Mental.....	153
Moções Aprovadas.....	160
Comissão Organizadora.....	173
Anexos.....	180

Glossário de Abreviaturas

ABI - Associação Brasileira de Imprensa
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AEE - Atendimento Educacional Especializado
AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
ANEPS - Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância em Saúde
APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (serviços do SUS de atenção diária a pessoas com transtornos mentais que podem diferenciar-se pelo porte (CAPS I, CAPS II e CAPS III, este último 24 horas) ou pela clientela: infante juvenil (CAPSi) e Álcool e Outras Drogas (CAPSad).
CECCO - Centros de Convivência e Cooperativa
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CISM - Comissão Intersetorial de Saúde Mental
CRAS- Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREMERS - Conselho Regional de Medicina RS
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIU – Dispositivo Intra Uterino
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ECT - Eletroconvulsoterapia
EJA - Educação de Jovens e Adultos
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HORUS - Sistema Nacional de Assistência Farmacêutica
IASC - Instituto de Assistência Social e Cidadania
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES - Instituição de Ensino Superior
IML – Instituto de Medicina Legal
INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

IV CNSM-I – IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial
LDB - Lei de Diretrizes e Bases
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais
LOA - Lei Orçamentária Anual
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social
NAE - Núcleo de Apoio à Educação
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NTEP - Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
ONG - Organização Não - Governamental
ONU – Organização das Ações Unidas
OS - Organização Social
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB - Piso da Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (MG)
PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (GO)
PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde e Serviços Hospitalares
PNDH – Programa Nacional de Direitos Humanos
PNEP - Política Nacional de Educação Permanente
PNH – Política Nacional de Humanização
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PPA - Plano Plurianual
PPCAAM - Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte
PROJOVEM - Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PSE - Programa Saúde na Escola
PSF - Programa Saúde da Família
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENAST - Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
RINAV – Registro Nacional de Acidentes e Violência
RIS – Residência Integrada em Saúde
SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SDH – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas empresas
SENAC - Serviços Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAR – Serviços Nacional de Aprendizagem Rural
SENAT - Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
SESC – Serviço Social do Comércio
SESCOOP - Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo
SESI - Serviço Social da Indústria
SEST - Serviço Social do Transporte
SHR-ad - Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Sócio-Educativo
SINE - Sistema Nacional de Emprego
SISPACTO - Aplicativo do Pacto pela Saúde
SNDH - Secretaria Nacional de Direitos Humanos
SNGPC - Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SPE - Saúde e Prevenção nas Escolas
STF – Supremo Tribunal Federal
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNASUS - Universidade Aberta do SUS

Apresentação

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) foi convocada por decreto presidencial em abril de 2010 e 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, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores. Ao todo, foram realizadas 359 conferências municipais e 205 regionais, com a participação de cerca de 1200 municípios. Estima-se que 46.000 pessoas tenham participado do processo, em suas 3 etapas.

Esta ampla participação e representação democrática consolida as conferências nacionais como dispositivos fundamentais para a construção de políticas de Estado, independentes de governos específicos e com ampla participação popular.

O tema da IV Conferência - *“Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”* - permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental. A convocação da intersetorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos. Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental havia reafirmado os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e comemorado a promulgação da Lei 10.216. Em 2001, a III Conferência apontou a necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares.

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

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 IV 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, 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 IV CNSM-I em 2010.

Outros fatores delinearão-se e incidiram sobre o cenário da realização da IV CNSM-I: a ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo; a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos intersetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política de parte dos médicos no país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica; uma expansão de serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais psiquiatras para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental; o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do *crack* no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única; o cronograma apertado para a realização da Conferência, determinado pelo calendário político eleitoral.

Assim, o cenário político e social mais amplo e as características internas do próprio campo da saúde mental, na medida de sua ampliação e diversificação, geraram um cenário de maior complexidade política e institucional. Dessa forma, apresentava-se em 2010 um cenário distinto do que ocorreu nas conferências nacionais anteriores, em que a coesão política no interior do campo da saúde mental era muito maior. Este contexto certamente impôs ao processo de organização da Conferência um maior nível de conflito e tensão.

Nesta perspectiva, o processo de organização da conferência se mostrou mais complexo e difícil, o que se manifestou sobretudo na dificuldade de organização, em alguns lugares, das conferências nas suas etapas municipal e estadual, e, em algumas situações, na falta de apoio político de governos estaduais e municipais (destaca-se aqui a situação do Estado de São Paulo,

onde a Secretaria do Estado da Saúde apresentou veto à decisão do Conselho Estadual de Saúde pela realização da conferência estadual, tendo sido realizada, ao fim, uma Plenária Estadual). Estas tensões do processo de organização das etapas municipais, regionais e estaduais, em algumas situações, tiveram o efeito de limitar, em alguma medida, a participação de representantes de usuários de serviços e seus familiares na conferência nacional.

Apesar disto, o processo de organização da IV CNSM-I acumulou inúmeras conquistas, entre elas, a participação de cerca de 1200 municípios nos debates do temário desde fevereiro de 2010; a participação efetiva de variadas agências intersetoriais na discussão do tema da saúde mental, com repercussões tanto no nível federal, como no plano estadual e municipal; e a participação decisiva dos usuários e familiares no próprio processo, ocupando lugares nas mesas redondas e painéis, na coordenação de atividades e facilitação de grupos, na Tenda Austregésilo Carrano, na Feira de Empreendimentos de Geração de Renda e Economia Solidária, bem como no conjunto de propostas aprovadas no sentido de fortalecer o seu empoderamento e a sua organização na rede de serviços e nas políticas de saúde mental.

Além disso, a conferência 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.

Desta forma, as conferências de saúde mental reafirmaram-se como dispositivo de contribuição ao debate, crítica e formulação dessa política pública, integrando-se à luta para o fortalecimento do controle social e a consolidação do SUS. O processo da IV CNSM-I demonstrou, a nosso ver, que, ao contrário do argumento de que sua realização, por ser conferência temática, reforçaria a tendência à fragmentação do campo da saúde pública, observou-se um fortalecimento do controle social, do protagonismo dos usuários (no sentido amplo de usuários do SUS e específico de usuários dos serviços de saúde mental), da formulação e avaliação coletivas da política pública da saúde, na perspectiva de consolidação do SUS, e ao mesmo tempo, da transversalidade e articulação com as demais políticas públicas.

A IV CNSM-I foi, a nosso ver, exitosa como processo político e em seus resultados efetivos, consubstanciados em seu Relatório Final. No processo político, devem ser destacados dois aspectos: primeiro, o aprofundamento e amadurecimento da articulação política entre o campo da saúde mental e as instituições de controle social, nos 3 níveis de gestão do SUS, fato que é relevante tanto para a saúde mental (usuários e trabalhadores), como para o próprio controle social. Este avanço ficou exemplificado na condução serena e eficaz, pela Comissão Organizadora e Conselheiros do

CNS, das tensões internas da etapa nacional, decorrentes inevitavelmente da dupla peculiaridade da Conferência, por ser de saúde mental, com ampla participação dos usuários de serviços, em plena afirmação de seu protagonismo político, e por ser intersetorial, com segmentos novos incorporados ao processo complexo de debate e organização de uma conferência nacional de saúde. Em segundo lugar, deve ser destacado o esforço bem-sucedido de incorporação das representações de outras políticas públicas, tendo se construído um bom exemplo das dificuldades e potencialidades do debate intersetorial no campo da saúde pública, o que, a nosso ver, contribuirá para o avanço dessas políticas e do próprio controle social do SUS.

O Relatório da IV CNSM-I, que temos o prazer de apresentar agora, reafirma de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da reforma psiquiátrica em curso no país, como a superação do modelo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares. A Conferência se manifestou contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na direção de um sistema estritamente público e estatal de serviços de saúde mental. Finalmente, reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social.

Deve destacar-se o trabalho cuidadoso da Relatoria, desde os Grupos de Trabalho e Plenárias até a construção do Relatório Final, que buscou dar conta das mais de 1.500 propostas que foram apresentadas à Plenária Final.

O conteúdo do Relatório Final permite três aproximações diferentes, três modos de leitura. Para uma primeira aproximação, mais geral, recomenda-se ler apenas os *princípios e diretrizes* de cada sub-eixo, que dão a direção mais geral da temática e das propostas aprovadas pela Conferência. A leitura integral do Relatório é recomendada para aqueles que quiserem um maior nível de aprofundamento e detalhamento. Para os interessados em uma temática específica, é interessante buscá-la em todos os eixos e sub-eixos, que se relacionam e se interconectam. De fato, a intersetorialidade deixou sua marca na estrutura do próprio relatório: muitos temas atravessam todo o relatório, provocando repetições e interconexões necessárias entre as propostas dos diversos eixos e sub-eixos.

A intersetorialidade, no entanto, deve deixar marcas para além deste Relatório, devendo redirecionar completamente a prática do campo da saúde mental a partir de agora. Após a IV CNSM-I, o campo da saúde mental não pode mais deixar de ser apreendido como transversal a várias políticas sociais. Alianças intersetoriais devem ser cuidadas permanentemente para o estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação de várias outras políticas, com participação de seus gestores e lideranças; colegiados e eventos em todos os

níveis de gestão não fazem mais sentido sem a participação dos parceiros intersetoriais; apoio matricial e sistema de referência e contra-referência não podem mais ser pensados fora da intersectorialidade.

Nesse sentido, este Relatório, agora apresentado ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde, deve ser encaminhado de forma oficial para os vários setores implicados nas políticas intersectoriais, gerando eventos e seminários de discussão, em todos os níveis de gestão. Deve também ser manuseado, lido, discutido por todos os atores do campo: usuários, familiares, profissionais do SUS, professores, pesquisadores. O Relatório expressa as recomendações dos atores do campo da saúde mental e da intersectorialidade para a temática da saúde mental no SUS.

Brasília, 08 de dezembro de 2010

Pedro Gabriel Delgado

Coordenador Geral da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial

Metodologia de Consolidação do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial

Apresentação

A Comissão de Relatoria, com o apoio e aprovação da Comissão Organizadora, em sua tarefa de realizar o trabalho de organização, revisão e síntese dos relatórios da IV Conferência, nas fases municipal/regional, estadual e nacional, desenvolveu recomendações e várias etapas de trabalho, no sentido de discutir, tomar decisões e estabelecer as diretrizes para orientar as atividades de todos os que participaram na elaboração dos relatórios naquelas fases, bem como para realizar o trabalho de consolidação do relatório final da conferência. Assim, a Comissão considera que, para uma melhor compreensão deste relatório final, é imprescindível conhecer estas etapas, as recomendações e as diretrizes adotadas pela Comissão de Relatoria, bem como os desafios encontrados nesta trajetória e os encaminhamentos adotados para lidar com eles.

1) Primeira etapa de trabalho: orientar a realização dos relatórios das conferências na fase municipal/regional, estadual e a consolidação dos relatórios estaduais:

Durante o processo de organização das fases municipal/regional e estadual da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, a Comissão de Relatoria, juntamente com a Comissão de Organização, apresentou recomendações para as comissões organizadoras das conferências daquelas fases, sugerindo que:

- a) As propostas deveriam estar organizadas tematicamente, de acordo com os eixos e sub-eixos aprovados pela Comissão Organizadora Nacional.
- b) Cada uma das propostas deveria ser identificada de acordo com os seguintes critérios:
 - ser proposta prioritária ou não;
 - ser proposta dirigida ao município, estado ou à fase nacional;
 - ser proposta não diferenciada quanto a nenhum dos dois critérios.
- c) Assim, cada proposta a ser enviada para a etapa nacional pelas conferências estaduais deveria ser classificada entre os seguintes tipos:
 - PPN: proposta prioritária para nível nacional
 - PPE: proposta prioritária para nível estadual
 - PNPN: proposta não prioritária para nível nacional

- PNPE: proposta não prioritária para nível estadual
- PNPSE: proposta não prioritária sem especificação de nível

Assim, na consolidação dos relatórios estaduais para a etapa nacional, a prioridade principal foi dada às propostas indicadas como PPN, ou seja, como prioritárias para o nível nacional, recomendação que visava respeitar o foco principal indicado naquela etapa em cada estado. Ao mesmo tempo, a recomendação buscava estimular e valorizar as propostas específicas para o nível estadual, que comporiam os relatórios estaduais, como um documento importante, a ser amplamente divulgado na forma digital e em papel, “para ser usado como referência para gestores, profissionais e trabalhadores, usuários, familiares e participantes dos conselhos de controle social em suas diversas instâncias, além da própria sociedade civil como um todo, tanto no âmbito da política e dos serviços de saúde mental, como das demais políticas intersetoriais”.

2) Segunda etapa de trabalho: organização das discussões e dos consolidados dos Grupos de Trabalho durante a fase nacional

Durante a etapa nacional realizada em Brasília, foi divulgado para todos os presentes o Consolidado dos Relatórios Estaduais, que serviu de base para as discussões nos Grupos de Trabalho. A cada dia de atividade destes grupos, a Comissão de Relatoria realizou durante a noite, com sua equipe de relatores, a síntese dos relatórios destes grupos temáticos, preparando então o consolidado de propostas para cada um dos eixos temáticos.

Assim, foi enviado para a plenária final um consolidado de 3 eixos, 2 anexos e as moções, com os seguintes números:

- Eixo 1: Políticas Sociais e Políticas de Estado: 344 propostas
- Eixo 2: Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais: 322 propostas
- Eixo 3: Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial: 601 propostas, com 2 anexos com conjuntos de propostas que não foram discutidas e aprovadas, mas que a plenária decidiu anexar no relatório final.
- Moções: 39 moções.

3) Terceira etapa de trabalho: revisão detalhada do quadro geral de propostas e moções aprovadas pela plenária na fase nacional da IV Conferência

A terceira etapa do trabalho consistiu em revisar este conjunto de decisões tomadas pela plenária final, checando os documentos gerados e realizando a montagem da **primeira versão do relatório final**, com a listagem de todas as propostas aprovadas pela plenária. Para isso, foi feita

uma verificação cuidadosa levando-se em conta as seguintes fontes:

- o registro digital realizado pela relatoria na própria plenária, que foi apresentado no telão;
- o registro escrito de cada destaque encaminhado à relatoria, que indicou também por escrito a decisão tomada;
- dois registros escritos de dois coordenadores de mesa (Eduardo Vasconcelos e Sandra Fagundes).

Este trabalho foi realizado em reunião dos titulares da Comissão de Relatoria com o apoio da secretaria executiva, em São Paulo, no dia 30/07. Foi constatado que a documentação da plenária foi bem executada, com alto nível de congruência entre as fontes indicadas acima, registrando-se apenas dúvidas sobre três propostas, que exigiriam a verificação da gravação de áudio da plenária. Foi necessária também uma nova checagem pelos revisores de cada sub-eixo no Eixo 3, em relação às propostas marcadas com a então nova categoria criada pela plenária de “já contemplada”, para verificar se efetivamente tinham sido contempladas no restante do relatório. Todas estas propostas com dúvidas foram devidamente marcadas e verificadas no decorrer do processo de síntese.

Assim, chegamos a um relatório consolidado e revisado da plenária final com as seguintes dimensões:

- Eixo 1: das 344 propostas originais para a plenária, restaram 330.
- Eixo 2: das 322 propostas originais que foram para a plenária, restaram 294.
- Eixo 3: das 601 propostas encaminhadas à plenária, foram aprovadas 524, que incluem as propostas sob observação. Ficaram intocados os 2 anexos com conjuntos de propostas que não foram discutidas e aprovadas, mas que a plenária decidiu anexar no relatório final.
- Moções: das 39 moções originais, foram aprovadas 38. Nesta mesma etapa, foi feita uma revisão da redação das moções e a construção de títulos (a maioria não continha títulos), em estilo padronizado.
- Anexos: trata-se de 2 conjuntos de propostas que não foram discutidas pela plenária final, que decidiu anexá-los no relatório final, como forma de registro e publicização.

4) Quarta etapa de trabalho: reunião da comissão de relatoria para avaliação geral da conferência, com recomendações para a construção do relatório como um todo e para a metodologia de síntese das propostas.

Para isso, foi realizada uma reunião presencial de todos os membros da Comissão de Relatoria, no Rio de Janeiro, nos dias 8 e 9 de setembro. Estavam presentes praticamente todos os que colaboraram no trabalho de síntese durante a IV Conferência, com ausência justificada de

poucos membros.

Na primeira fase da reunião foi feita uma **avaliação do contexto de realização da IV CNSM-I, de todas as etapas do processo, dos desafios enfrentados e das conquistas de IV Conferência**, incluindo os temas que deveriam ser incluídos no seu **texto de apresentação**.

No que se refere ao processo e construção do Relatório, o aspecto mais ressaltado foi a **complexidade e delicadeza do trabalho**. Assim, o trabalho da relatoria deveria estabelecer um equilíbrio muito sutil entre a necessidade de se fazer síntese efetiva para um relatório mais conciso, mas ao mesmo tempo ter respeito pelo texto original das propostas. Além disso, outro desafio seria o de equilibrar a necessidade de se eliminar as repetições e amalgamar as propostas similares, mantendo a melhor redação entre elas (optou-se então pela ênfase na operação de corte e cola), e ao mesmo tempo se respeitar a complexidade e a singularidade dos vários aspectos expressos nas diversas propostas.

A segunda fase da reunião se debruçou mais diretamente sobre a metodologia de síntese das propostas. Aqui, foram discutidas e aprovadas as seguintes recomendações:

a) Estabelecer a **terminologia** considerada mais politicamente correta para todos os conceitos e termos chaves, sendo que esta operação deveria ser retomada e revisada em todas as etapas seguintes.

b) Repetir o dispositivo utilizado no Relatório final da III CNSM, de **construir uma seção inicial em cada sub-eixo temático, com princípios e diretrizes gerais**. Foram estabelecidos alguns critérios claros para identificá-los: *princípios e diretrizes gerais* são mais abrangentes, menos operativos, direcionando a política do ponto de vista ético, político e estratégico, ou apontando prioridades mais amplas; *propostas* indicam leis e normas a serem geradas ou transformadas, serviços, e ações concretas na sociedade. O objetivo desta seção é evitar que o relatório apresente apenas um conjunto fragmentado de propostas, dificultando a identificação pelos leitores da direção mais geral da política recomendada em cada sub-eixo temático. É importante relembrar que a construção dessa seção deveria ser feita primordialmente por operação corta e cola, respeitando ao máximo o texto original das propostas aprovadas na plenária, de forma a permitir que os participantes da conferência possam identificar para onde foram deslocadas, e com frases padronizadas para início e fim, cuja lista foi distribuída para todos os revisores logo após a reunião.

c) Inserir ou aperfeiçoar o **agrupamento de propostas dentro dos sub-eixos em seções específicas, com subtítulos**.

- d) Manter a **coerência da estrutura gramatical**, iniciando cada proposta por verbo no infinitivo.
- e) Colocar todas as **siglas e abreviaturas por extenso**, pelo menos na primeira vez que aparecessem no sub-eixo, construindo-se um **glossário de siglas** para todo o volume. De forma similar, todos os **nomes de instituições, programas, políticas, e número e outras dados sobre leis e normas deveriam ser checados**, para evitar equívocos de digitação ou de referência real à temática em foco.
- f) Manter um **intenso e regular intercâmbio entre os revisores de síntese, para evitar na medida do possível estilos diferentes de síntese**.
- g) Construir uma **documentação rigorosa**, com cada etapa de trabalho registrada em documento específico.
- h) **Checar as propostas categorizadas pela plenária final como “já contemplada”**, o que ocorreu no Eixo 3, verificando se a proposta já teria sido contemplada efetivamente. Em caso positivo, a proposta seria eliminada, e em caso positivo, seria assumida.
- i) Criar um **“banco comum de propostas” a serem enviadas para outros sub-eixos**.
- j) **Fundir diretrizes e propostas similares**, com ênfase na operação corta e cola, respeitando ao máximo o texto original das propostas aprovadas na plenária, permitindo que os participantes possam identificar para onde foram deslocadas, e dando prioridade para a melhor redação disponível, suprimindo os trechos que não foram utilizados pela escolha da versão mais adequada. Nesta etapa, foi recomendado ter cuidado com as particularidades e associações feitas nas propostas originais, para não descaracterizá-las de forma aleatória. Além disso, foi recomendado evitar parágrafos e frases longos, com muitos elementos, que dificultem a leitura.
- k) Enviar a versão acabada de cada sub-eixo para outros relatores, **para revisão e checagem do estilo** entre os vários sub-eixos e os três eixos.

5) Quinta etapa do trabalho: operação de revisão, síntese de propostas e checagem dos sub-eixos e eixos, e seus desafios; construção dos diversos anexos.

Nesta etapa, o trabalho foi descentralizado, mas no entanto, a diretriz de intercâmbio permanente entre os revisores foi mantida, através de correio eletrônico, conversas telefônicas e

reuniões pelo programa *Skype*, com consultas regulares também à Coordenação de Saúde Mental em Brasília, que ficou responsável, de forma conjunta com a Comissão de Relatoria, pela construção dos vários anexos do relatório.

Esta etapa representou um conjunto de tarefas complexas que exigiu muito cuidado, rigor e tempo, não apenas pelo número de propostas aprovadas e pela diretriz de que se construir um documento que seja reconhecido por todos como respeitador de cada decisão tomada durante a Conferência, mas sobretudo pela própria natureza e responsabilidade de se consolidar um relatório de conferência nacional, como um instrumento que deverá orientar todos os atores da reforma psiquiátrica em curso no cenário nacional, e em particular os atores das instâncias de controle social do SUS e os demais atores das políticas públicas em interface e implicadas no campo. Este trabalho operacionalizou todas as diretrizes indicadas acima, mas também implicou em lidar com uma nova gama de desafios complexos que exigiu longas e regulares conversas entre os membros da relatoria:

- a) **Checagem das fitas de áudio** gravadas na plenária, para verificação de dúvidas residuais do status de um número reduzido de propostas.
- b) **Checagem ou pesquisa da terminologia** mais apropriada e a padronização de seu uso no conjunto do relatório. Aqui houve um enorme e permanente trabalho, pois alguns dos termos requereram discussão conceitual e política, e um grupo significativo deles exigiu consulta.
- c) **Checagem de siglas, instituições, programas, políticas, e número e outras dados sobre leis e normas** citados nas propostas. Também aqui foi requerido um enorme volume de trabalho.
- d) **Hierarquização das seções de sub-temas específicos dentro de cada sub-eixo.** Dadas as condições desfavoráveis para um trabalho minucioso durante a própria Conferência, as propostas foram listadas de forma relativamente arbitrária nos grupos de trabalho, em seus relatórios e nos consolidados internos da Conferência, sem que os relatores e revisores pudessem construir uma lógica interna mais rigorosa para sua ordenação. Uma organização das propostas para um relatório de uma conferência nacional exige necessariamente estabelecer princípios de hierarquização e ordenação mais adequadas para cada sub-eixo.
- e) **Elaboração das seções iniciais de princípios/diretrizes gerais e seus desafios.** Como era de se esperar, o processo de **discussão e de se buscar consenso para se chegar a uma padronização de estilo** constituiu um enorme desafio, especialmente na formulação da seção inicial de princípios e diretrizes gerais. Adotou-se a posição de incluir as principais propostas deste tipo integralmente,

priorizando a operação corta e cola, o que retirou a proposta da lista seguinte dentro do sub-eixo, enquanto aquelas que tivessem apenas rápida referência nesta sessão inicial foram mantidas na lista seguinte em seu formato original. O desafio desta homogeneização do estilo se deveu primeiramente ao fato de termos 3 equipes em 3 locais diferentes do país, da própria tendência de cada responsável imprimir seu próprio estilo, oferecendo ou não maior detalhamento, e pela premência do tempo, particularmente na **última etapa, de leitura global e comparação entre os 3 eixos**. Em segundo lugar, e mais primordialmente, o desafio se deu pela delicadeza intrínseca da escolha de algumas propostas para constarem como princípios ou diretrizes gerais, não obstante a presença de critérios objetivos indicados anteriormente. **A posição adotada pelos relatores foi de considerar tanto as propostas identificadas como princípios e diretrizes, bem como as demais, como deliberações da plenária com o mesmo peso formal, sendo apenas de naturezas diferentes.** Desta forma, as deliberações da plenária foram apresentadas em dois formatos diferentes:

- deliberações cujo conteúdo foi identificado como **princípio e diretriz geral**, apresentadas em **texto corrido** nas seções que introduzem cada sub-eixo, em que **a unidade é o parágrafo, que é numerado** seguindo a ordem geral das propostas, para facilitar a referência pelo leitor;
- deliberações de **caráter mais operacional e normativo**, apresentadas no **formato de propostas convencionais individuais**, e também **numeradas** na ordem geral do relatório.

Esta decisão possibilita pelo menos **três tipos ou níveis diferentes de leitura**. Para uma primeira aproximação mais geral, pode ser interessante ler apenas as sessões iniciais de princípios e diretrizes gerais de cada sub-eixo, que resumem e dão a direção geral da temática e das propostas. Para aqueles que quiserem um maior nível de aprofundamento e detalhamento, este relatório final deve ser lido integralmente, com todas as propostas. Para aqueles interessados em uma temática específica, é possível buscar os eixos e sub-eixos correlacionados, nos quais ela emerge, fazendo uma leitura mais específica e focada.

f) **A superposição e repetição de temas e propostas entre os três eixos e entre sub-eixos.** Constatamos que uma primeira leitura mais rápida do consolidado da plenária pode gerar inicialmente a tendência do leitor achar que não houve uma redistribuição das propostas para o lugar eventualmente mais adequado para aquela temática, que concentraria todas as propostas relativas ao assunto. De forma similar, há muitas propostas que se repetem em vários sub-eixos diferentes, particularmente no eixo 3, mais diretamente relativo à intersectorialidade. Consideramos que essa questão remete à própria concepção de política social como um fenômeno complexo, que

articula e superpõe diferentes dimensões políticas, econômico-financeiras, sociais, jurídico-legais e normativas, institucionais, organizativas, assistenciais, subjetivas e clínicas, com suas múltiplas interconexões em toda a sua rede de recursos-meio e de serviços. Além disso, remete à noção mesma de intersetorialidade, que foi adotada como um princípio norteador da Conferência. A estrutura geral do temário da IV Conferência, articulando 27 tópicos diferentes agrupados em 3 eixos, na verdade acentuou isto, ao buscar o detalhamento de cada tema, como também estimulou uma exploração dos temas que atravessam transversalmente cada tópico. Por exemplo, a discussão de sub-eixos voltados para serviços substitutivos, do eixo 2, necessariamente mobiliza aspectos mais gerais de gestão e política do eixo 1 e de intersetorialidade do eixo 3. Da mesma forma, assumir radicalmente a perspectiva da intersetorialidade requer manter propostas localizadas durante a Conferência em mais de um sub-eixo, para mostrar a integração e superposição intersetorial potencial ou já existente das temáticas em foco, mesmo que na estrutura mais convencional da administração pública ela seja lotada apenas em apenas uma área específica. Nesta direção, mesmo que uma temática seja tratada em mais de uma posição dentro do relatório, ela tende a uma maior profundidade e detalhamento em um dos sub-eixos particulares.

Esta **estrutura mais complexa do relatório** nos encorajou ainda mais a construir e inserir neste Relatório o presente texto de apresentação à metodologia de sua construção.

Em síntese, este foi o percurso desenvolvido na construção deste relatório e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,
Comissão de Relatoria

Eixo I

Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais

1.1 - Organização e consolidação da rede

Princípios e diretrizes gerais

1. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) reafirma o caráter efetivamente público da Política de Saúde Mental, recusando todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços. Nesse sentido, responsabiliza os gestores, nos três níveis de governo, pelo desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Saúde Mental, com garantia de dotação orçamentária específica, espaços físicos próprios, condições materiais e técnicas adequadas, para a viabilização do novo modelo assistencial. Propõe, ainda, que a saúde mental esteja integral e universalmente inserida em todas as esferas de saúde, de forma que os usuários tenham participação em todos os níveis de atenção à saúde.
2. De acordo com os princípios, diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Saúde Mental e das Leis Federais nº 10.216/01 e nº 10.708/03, a IV CNSM-I propõe implantar, implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental, em todo o país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento de toda a população, em todos os níveis de assistência: equipe de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infantil) - ; Centros de convivência; Residências Terapêuticas; emergências psiquiátricas e leitos para saúde mental em Hospitais Gerais, leitos clínicos para desintoxicação em Hospitais Gerais, atendimento móvel de urgência e demais serviços substitutivos necessários aos cuidados contínuos em Saúde Mental.
3. Implantar e implementar serviços de saúde mental municipais e/ou regionais, com atendimento integral da criança ao idoso, ampliar o número de Residências Terapêuticas e as possibilidades de implantação de CAPS e assegurar a obrigatoriedade de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais - destinados a crianças, adolescentes e adultos - são algumas das medidas necessárias para o efetivo cumprimento da Lei 10.216/2001, assegurando uma rede comunitária de serviços em completa substituição à internação em hospitais psiquiátricos, como garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental.
4. Deve-se garantir a realização de ações intersetoriais nas áreas de educação, assistência social e justiça e o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva, sempre respeitando os critérios epidemiológicos e de regionalização. Para tanto, propõe-se o estímulo à comunicação e à participação dos diferentes setores e serviços no

âmbito dessas ações, bem como a realização de reuniões intra e intersetoriais sistemáticas. Considera-se importante promover uma interlocução efetiva entre as equipes de profissionais que atuam na rede de Saúde Mental e as que atuam na rede intersetorial de políticas públicas em Educação, Saúde e Assistência Social que promovam/tratem a saúde mental no município.

5. No que diz respeito ao processo de desinstitucionalização dos usuários em internações de longa permanência em todo o país, é crucial o desenvolver essa política de forma intersetorial com utilização de instrumentos existentes nas Políticas de Habitação, Assistência Social, Direitos Humanos, entre outras.
6. A rede de serviços de saúde mental deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental, em seu próprio território, propõe-se a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária. Ao mesmo tempo, afirma-se a estratégia do matriciamento e a articulação dos serviços em rede como garantia para a inserção do usuário nos serviços, na perspectiva da integralidade e conforme sua necessidade. Além disso, propõe-se implementar o matriciamento em saúde mental, com equipes intersetoriais na atenção em saúde, como diretriz da Política de Saúde e com financiamento das diferentes Políticas Públicas (Educação, Saúde, Assistência Social e outras).
7. A oferta de educação permanente em saúde mental para profissionais da Atenção Básica surge também como proposta no âmbito da organização e consolidação da rede. O investimento, pelo Ministério da Saúde, na qualificação dos serviços já existentes e nos componentes da rede de serviços de saúde mental do país e o fortalecimento das práticas de saúde baseadas na PNH – Política Nacional de Humanização são, da mesma forma, diretrizes pelas quais pautar as ações de organização e consolidação da rede.
8. Com respeito à Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial conclama o Ministério da Saúde à efetivação de ações que garantam sua implementação, de forma a proporcionar uma assistência de qualidade, evitando a criminalização dos usuários.
9. No que se refere às pessoas em situação de rua, defende-se a garantia de acompanhamento intersetorial integral às que apresentem transtorno mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas, através de uma política de saúde integral que contemple a saúde mental levando em conta as especificidades dessa população, particularmente a de não ter território definido. O atendimento e acompanhamento devem ser garantidos aos

usuários e aos seus familiares, incentivando o controle social das ações.

10. Em relação à participação popular e controle social, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial indica a necessidade de reativação dos conselhos gestores nas unidades de saúde, a intensificação da participação popular nos conselhos fiscalizadores e o incentivo à participação da sociedade civil organizada, nos processos de organização da rede dos serviços de saúde.

Também foram deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial:

Intersetorialidade

11. Estabelecer, na esfera federal, um Sistema Integrado de Políticas Públicas, com representação do Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social, Política Nacional de Direitos Humanos e Sistema Público de Educação; e, nas esferas Estaduais e Municipais, constituir uma Instância Colegiada Intersetorial de Políticas Públicas, com ampla representação dos gestores, trabalhadores, usuários, familiares e sociedade organizada.
12. Garantir a estratégia intersetorial da atenção psicossocial como ordenadora da Rede, com o estabelecimento do planejamento e gestão centrados em módulos territoriais intersetoriais, compostos por um conjunto de serviços e/ou dispositivos com perfis diferenciados e complementares, conforme as realidades locais.
13. Criar um fórum intersetorial permanente de saúde mental com representantes da Educação, Assistência Social, Segurança Pública, Poder Judiciário, Direitos Humanos, Ministério Público, Cultura, Movimentos Sociais, Instituições de Ensino Superior, Conselhos de Políticas Públicas, entre outros; organizar, no âmbito desse fórum, evento anual para troca de experiências dos serviços e atualização científica.

Saúde Mental e Atenção Básica

14. Garantir, através de portaria específica do Ministério da Saúde, a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária, com composição mínima de três profissionais para cada 10 mil habitantes, devendo esses profissionais serem capacitados e afinados com os princípios da Reforma Psiquiátrica, com vista ao atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental em seu próprio território, mediante ações de prevenção e promoção em Saúde Mental.

15. Incluir indicadores/marcadores de saúde mental junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), através da criação de instrumentos de coleta de dados e acompanhamento pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família (PACS/ESF) e da inclusão, no SIAB, dos códigos utilizados nos diagnósticos de pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas.
16. Preparar e equipar Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros Especializados em Odontologia, de forma a capacitar toda a equipe de saúde bucal para o atendimento preventivo e curativo às pessoas em sofrimento mental e aos usuários de álcool e outras drogas.

Centros de Atenção Psicossocial

17. Alterar a normatização proposta na portaria nº 336/GM/2002 de forma a ampliar as possibilidades para implantação de CAPS, conforme as especificidades e necessidades regionais e/ou populacionais, considerando, como critério, os fatores epidemiológicos e sociais em saúde mental, e não apenas o índice populacional; revendo a proposta para composição das equipes mínimas; priorizando e definindo critérios para a atuação no território.
18. Garantir financiamento e obrigatoriedade, por parte do Ministério da Saúde, de supervisão clínico-institucional em todos os CAPS.
19. Garantir que, para efeitos de benefícios previdenciários e assistenciais (BPC) junto ao INSS, sejam aceitos laudos técnicos elaborados pelas equipes técnicas dos CAPS, com assinatura de outros profissionais da equipe interdisciplinar, que não apenas de médicos.

Saúde mental em municípios de pequeno porte

20. Proporcionar assessoria técnica direta e constante por parte do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde na formação de consórcios para a criação de serviços de saúde mental em municípios de pequeno porte, desburocratizando e facilitando a criação de parcerias intermunicipais.
21. Desburocratizar e facilitar a criação de parcerias Intermunicipais de Saúde Mental, a partir dos municípios de pequeno porte, para implantação de novos CAPS e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), conforme o Pacto pela Saúde.
22. Ampliar e garantir a acessibilidade ao serviço de saúde mental através de equipes interdisciplinares itinerantes que realizem ações de atenção psicossocial nos municípios referenciados, minimizando as dificuldades em regiões onde há vazios assistenciais.

Programa de Volta Para Casa, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência

23. Redefinir os critérios de inclusão no Programa de Volta para Casa e garantir o desenvolvimento da Política Intersetorial, com utilização de instrumentos existentes nas Políticas de Habitação, Assistência Social, Direitos Humanos, entre outras, para induzir o processo de desinstitucionalização dos usuários em internações de longa permanência em todo o país.
24. Garantir a ampliação das residências terapêuticas, com a proposição de novos critérios que possibilitem a inclusão dos usuários de saúde mental que perderam vínculos familiares.
25. Criar mecanismos de financiamento tripartite de Centros de Convivência, estimulando a ampliação destes serviços nos municípios.
26. Regulamentar, nos níveis municipal, estadual e nacional, os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOs) como serviços da rede substitutiva em Saúde Mental, na perspectiva do trabalho centrado na heterogeneidade, na intersetorialidade e economia solidária, garantindo assim recursos públicos (financeiro, material e humano) para o pleno funcionamento das unidades já existentes e outras a serem implantadas de acordo com índices de saúde e de vulnerabilidade social.

Álcool e outras drogas

27. Criar novas estratégias para atender os usuários de álcool e outras drogas, por meio de CAPSad 24 horas, com inclusão de leitos para desintoxicação.
28. Proibir o credenciamento pelo SUS de serviços especializados em alcoolismo e drogadição que preconizem internação de longa permanência ou que não submetam seu projeto terapêutico à assessoria de saúde mental do estado, ouvindo os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.

Urgência e emergência em saúde mental

29. Construir protocolos de atendimento à urgência e emergência em saúde mental, que permitam a inclusão de especificidades locais, em conjunto com profissionais que atuam na área técnica, visando a integralidade do cuidado.
30. Elaborar e implantar protocolos de atendimento de urgência e emergência em Saúde Mental nos Hospitais Gerais, capacitando os profissionais e adequando sua estrutura física; assegurar a execução do protocolo de classificação de risco em urgência e emergência em Saúde Mental nos Hospitais Gerais.

Práticas Comunitárias, Integrativas e Complementares

31. Ampliar e fortalecer os serviços de terapias complementares e comunitárias, com enfoque intersetorial, para usuários de serviços de saúde mental.
32. Implantar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde na rede de saúde mental e na atenção básica, garantindo, além da homeopatia e acupuntura, a fitoterapia e as práticas psicocorporais.
33. Garantir a continuidade da implantação, ampliação e fortalecimento da terapia comunitária como estratégia intersetorial de promoção e cuidado em saúde mental nos serviços de saúde, saúde mental e assistência social.

1.2 - Financiamento

Princípios e diretrizes gerais

34. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial postula o aumento dos recursos financeiros destinados à Saúde Mental, a ser garantido pelas três esferas governamentais – municipal, estadual e federal. Junto com o aumento, propõe a regulamentação desses recursos, através da definição dos percentuais de cada esfera, atribuição de rubrica orçamentária específica, modificações na forma de pagamento, formulação de critérios claros e transparentes de destinação, aplicação, gestão e controle. No contexto do Pacto pela Saúde, cabe ao Ministério da Saúde garantir a Política de Saúde Mental como prioridade, pautada por processos de monitoramento e controle para uso dos recursos, tendo seu financiamento assegurado por meio de critérios que levem em conta as dimensões demográficas e epidemiológicas regionais e municipais, com extinção do critério de pagamento por produção assistencial.
35. O aumento e a regulamentação de recursos, tal como proposto, visam à manutenção e ampliação do conjunto de ações de saúde mental e da rede de serviços substitutivos (CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Programa de Volta pra Casa, entre outros) em todos os níveis de atenção e complexidade do sistema, obedecendo a lógica do território, dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, cabe destacar a proposta que reafirma, através da garantia de financiamento, a abertura de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, ao mesmo tempo em que proíbe a União, Estados e

Municípios o incremento de recursos financeiros aos hospitais psiquiátricos.

36. O aumento e a regulamentação de recursos devem levar em conta, ainda, a heterogeneidade presente no território nacional, de forma a viabilizar o atendimento de situações tão diversas como as que dizem respeito a especificidades loco-regionais da Amazônia Legal e das populações indígenas, de acordo com suas diferentes etnias; as demandas dos municípios com população menor que 100.000 habitantes, incluindo o financiamento de CAPS, estratégia de redução de danos e programas de prevenção e tratamento dos usuários (crianças, jovens e adultos) de álcool e outras drogas; as demandas dos municípios com população inferior a 20.000 habitantes para o desenvolvimento da atenção à saúde mental e implantação de rede serviços de saúde mental de acordo com suas realidades e necessidades, incluindo equipes de saúde mental na atenção básica, CAPS, Residências Terapêuticas e outros.
37. A IV CNSM-I também propõe o benefício de políticas específicas de saúde mental, em especial: políticas de capacitação e desenvolvimento de serviços, programas e projetos para saúde mental da criança e do adolescente, assim como apoio a seus familiares; e programas de promoção, prevenção, atenção e reabilitação de usuários de álcool e outras drogas. E, ainda, devem voltar-se para projetos e ações diversos, tais como: incremento de pesquisas científicas na área da saúde mental; projetos de inserção social, geração de emprego e renda e economia solidária; práticas inclusivas e integrativas; educação permanente em saúde mental de todos profissionais da rede de saúde, educação, movimentos sociais, controle social, incluindo programas e projetos intersetoriais.
38. A intersetorialidade é destacada através da proposta de criação de linhas de financiamento para o planejamento, implantação e implementação de ações intersetoriais em saúde mental. Insere-se nessa perspectiva a criação de dispositivos de financiamento, custeio e sustentabilidade de projetos sociais inclusivos (moradia, trabalho, renda, cultura, convivência, previdência, socialização, acessibilidade, locomoção, escolarização), assegurando a integralidade e a equidade para a saúde mental. Ao lado dessas ações intersetoriais, considera-se importante também o financiamento de ações interdisciplinares no âmbito da saúde mental.

As seguintes propostas também foram aprovadas no tocante ao tema do financiamento:

Regulamentação e fiscalização

39. Exigir a regulamentação da Emenda Constitucional 29 na sua forma original, garantindo o financiamento nas três esferas de governo e a destinação, através do Pacto de Gestão, de recurso fundo a fundo das três esferas para a rede de serviços substitutivos de saúde mental.
40. Garantir, através de mecanismos legais de fiscalização e acompanhamento, que os recursos advindos dos governos federal e estadual e da contrapartida municipal cheguem efetivamente aos serviços de Saúde Mental, exigindo transparência na prestação de contas aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, de forma individualizada e por natureza de serviços, nos blocos da média e alta complexidade para acompanhar e controlar a utilização financeira dos recursos destinados à saúde mental.
41. Promover, através da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a revisão dos valores e a ampliação do rol de procedimentos da tabela Unificada do SUS, com o intuito de abranger ações de saúde mental ainda não contempladas, bem como ações interdisciplinares e intersetoriais.
42. Garantir que os recursos referentes às Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) decorrentes do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos retornem aos municípios de origem dos pacientes para serem utilizados nas ações e serviços substitutivos em Saúde Mental.
43. Garantir, a partir da elaboração da proposta orçamentária de 2011, alocação de recursos para as ações da saúde mental, contemplando as deliberações das diversas Etapas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial.

Financiamento da rede: CAPS, Residências Terapêuticas, Atenção Básica, Centros de Convivência

44. Aumentar o incentivo financeiro do Ministério da Saúde para implantação e manutenção dos CAPS, regulamentando a descentralização dos recursos por meio de repasse fundo a fundo com rubrica específica, de modo a possibilitar a aquisição de sede e transportes próprios e a melhoria na estrutura física e na alimentação; definir a forma de prestação de contas por meio de relatórios de gestão, sob fiscalização dos colegiados de Controle Social, em especial os Conselhos de Saúde, visando a transparência na utilização dos recursos financeiros.
45. Garantir que o Ministério da Saúde defina e regule, por meio de Portaria específica, uma nova forma de custeio dos CAPS, não mais mediante Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), mas através de teto fixo contratualizado, com a destinação de um valor global para as ações, de acordo com estudo técnico sobre o custo real para cada

- modalidade de CAPS; regulamentar e garantir o monitoramento dos recursos financeiros destinados ao CAPS, para que sejam transferidos Fundo a Fundo e utilizados exclusivamente no CAPS.
46. Superar o pagamento por procedimento, que tem por base a doença, estabelecendo piso financeiro para todos os CAPS e reajuste do piso da Atenção Básica para ações em Saúde Mental, além da utilização de um sistema de informações para subsidiar o monitoramento da rede de saúde mental, enfatizando a vigilância.
 47. Aumentar o teto da Média e Alta complexidade para os municípios sede de CAPS.
 48. Aumentar o repasse financeiro e a equipe mínima de cinco para oito profissionais de nível superior nos CAPS I, considerando a necessidade de atendimento, em todas as idades, de todos os casos de sofrimento psíquico e uso de álcool e outras drogas.
 49. Garantir o cadastramento para a liberação dos recursos financeiros imediatamente após as habilitações dos CAPS.
 50. Estender o incentivo da supervisão clínico-institucional para todos os municípios que possuem CAPS cadastrados.
 51. Garantir financiamento para realização de oficinas terapêuticas nos CAPS em parcerias intersetoriais: assistência social, cultura, esporte, lazer e educação.
 52. Implantar e prover custeio de Centros de Convivência como dispositivos intersetoriais estratégicos para a rede de saúde mental.
 53. Garantir incentivo financeiro aos Centros de Convivência, com recursos federais que possibilitem a criação de outros centros também nos distritos sanitários indígenas.
 54. Garantir, com os reajustes financeiros necessários e justificados pela crescente demanda atual, recursos para a implantação de Residências Terapêuticas voltadas para os usuários egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e/ou em estado de abandono ou vulnerabilidade social, e de forma paralela sua inclusão no Programa de Volta para Casa, procedendo-se à revisão da portaria 106/2000 no que se refere a seu público alvo.
 55. Instituir incentivo financeiro específico para a saúde mental no bloco da atenção básica para municípios.
 56. Garantir recursos federais e estaduais para ações de saúde mental em todos os municípios, independente do critério populacional.
 57. Instituir, no bloco de financiamento PAB (Piso da Atenção Básica) variável dos Fundos Municipais de Saúde, incentivo financeiro para implantação e implementação das Políticas Nacional e Municipal de Práticas Inclusivas e Complementares/Integrativas, a exemplo, da terapia comunitária, massoterapia, acupuntura e outras práticas integrativas.

58. Garantir recursos financeiros que atendam necessidades de reforma, construção e/ou aquisição de edifícios próprios e/ou veículos exclusivos para os serviços de saúde mental.

Financiamento para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas

59. Garantir recursos específicos da Saúde Mental e da intersetorialidade para os serviços que executem ações de atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.
60. Utilizar recursos do SUS e SUAS (Sistema Único de Assistência Social) para implantar CAPSad III, além de CAPSad e CAPSi, articulados a outros dispositivos sociais, culturais e comunitários.
61. Garantir que a União repasse diretamente aos fundos municipais, com informação aos Conselhos Municipais de Saúde, os recursos arrecadados através de leilões de bens e valores provenientes do combate ao tráfico de entorpecentes, com vistas à implantação da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde.
62. Garantir o financiamento e implementação de políticas intersetoriais para fiscalização da publicidade e a comercialização de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas.

Financiamento para assistência farmacêutica

63. Incentivar pesquisas e desenvolvimento de laboratórios federais para produção de medicamentos.
64. Incentivar financeiramente a pesquisa e utilização de plantas medicinais e medicamentos homeopáticos para saúde mental.
65. Implantar incentivo financeiro para farmácias vivas nos CAPS e na Estratégia Saúde da Família.
66. Aumentar o valor do financiamento per capita anual aplicado em medicamento da assistência farmacêutica básica pela União, Estado e Municípios.
67. Garantir recursos financeiros para demanda por medicamentos essenciais e excepcionais em saúde mental, melhorando a sua distribuição e regulação, visando assegurar o fornecimento gratuito e o acesso regular da medicação em todo o território nacional.

Financiamento de ações de assistência social

68. Criar um Fundo de Assistência à pessoa em sofrimento mental, nos moldes do Fundo de Assistência ao Trabalhador.
69. Garantir financiamento da gratuidade dos meios de transporte público às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e seus acompanhantes, através dos impostos da venda de bebidas alcoólicas e de cigarro, possibilitando acessibilidade ao tratamento.

1.3 - Gestão do trabalho em saúde mental

Princípios e diretrizes gerais

70. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial reitera a realização de concurso público como forma de contratação para todo e qualquer trabalhador de saúde mental e do SUS, assumindo, assim, o combate contra a precarização do trabalho em saúde e a garantia de equipe completa e qualificada em todos os equipamentos de saúde mental. Também propõe a ampliação do quadro de profissionais de saúde mental na rede de atenção, garantindo descentralização das ações e o matriciamento em saúde mental na atenção básica, em conjunto com a implementação da Estratégia Saúde da Família, em 100% dos municípios.
71. Com vistas à qualificação do trabalho, deve-se assegurar que os processos seletivos, propostos na forma de concurso público, estejam de acordo com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, do SUS, da Política Nacional de Humanização e da Redução de Danos, estabelecendo critérios de avaliação que priorizem profissionais com formação em Saúde Mental, Saúde Coletiva e Políticas Públicas. Importa, ainda, garantir a permanência do profissional designado para determinado setor, valorizando o conhecimento adquirido e a formação de vínculos entre profissional e usuário, exceto em situação de comprovada necessidade de serviço, mediante pactuação entre os envolvidos. A melhoria nas condições de trabalho dos profissionais da Saúde, nos três níveis de atenção, é, também, uma diretriz a destacar, envolvendo a garantia de ações voltadas à saúde dos trabalhadores de saúde mental, através da implementação de projetos e programas específicos de cuidado aos cuidadores que contemplem ações de formação, atenção e participação na gestão, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização.
72. Além da qualificação e educação permanente em saúde mental para as equipes multiprofissionais do Sistema Único de Saúde em todos os níveis de atenção (básica, secundária e terciária), propõe-se a capacitação em saúde mental das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Corpo de Bombeiros Militar e Polícias Civil e Militar. Considera-se fundamental a realização de capacitações, oficinas, atividades formativas e informativas, dirigidas não somente aos técnicos da rede de Saúde Mental, mas também aos seus usuários e, ainda, aos movimentos sociais e populares e à rede social, visando o fortalecimento das ferramentas de controle social, dos grupos de apoio de familiares, das entidades e redes, utilizando recursos recebidos pelos fundos de saúde.

Também foram deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial as propostas que seguem:

Carreira, cargos, salários e saúde do trabalhador

73. Implementar uma Política de Plano de Carreira, Cargos e Salários, com criação do piso salarial e data base que viabilize a isonomia salarial e o incentivo salarial para aprimoramento através de cursos de pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) em que se incluam profissões de diversas áreas, ainda não reconhecidas, que contribuam com as ações em Saúde Mental; garantir, através de concurso público, a regularização dos direitos dos trabalhadores no serviço público; incluir, na realização de concurso público, prova de títulos que priorize profissionais com formação em Saúde Mental, Saúde Coletiva e Políticas Públicas.
74. Ampliar o quadro de profissionais de saúde mental na rede de atenção, através de concurso público, garantindo descentralização das ações e o matriciamento em saúde mental na atenção básica em conjunto com a implementação da Estratégia de Saúde da Família.
75. Efetivar através de concurso público o quadro permanente de profissionais – psicologia, assistente social, médicos, enfermagem e outros – para atender à área da saúde mental do sistema prisional.
76. Acrescentar um aditivo à portaria nº336/2002, ampliando a equipe mínima e garantindo a manutenção da mesma, com a continuidade do quantitativo necessário em situação dos trabalhadores que saem de férias e/ou licença prolongada.
77. Garantir lotação de profissionais farmacêuticos em todas as unidades e serviços de saúde/saúde mental, em especial onde é efetivada dispensação de medicamentos psicofármacos.
78. Garantir a implantação e ampliação de CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas) e do número de profissionais especializados no cuidado de pessoas com transtornos mentais e/ou uso de álcool e outras drogas.
79. Garantir o atendimento odontológico e protético, incluindo procedimentos de promoção, prevenção e reabilitação, das pessoas em sofrimento psíquico na rede de atendimento SUS e garantir a qualificação do profissional odontólogo para o manejo com essa situação específica.
80. Garantir a contratação de agentes redutores de danos em CAPSad e na rede de saúde mental.
81. Garantir aos profissionais da área de saúde mental a aprovação da lei que dispõe sobre a carga horária de trinta horas semanais de trabalho.

82. Implantar equipe interdisciplinar e multiprofissional de atenção à saúde mental, por segmento, para os profissionais de todos os setores públicos, com revisão dos afastamentos.

Processos de trabalho

83. Promover na equipe de saúde a modificação do processo de trabalho, com enfoque no acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade para o atendimento.
84. 66. Garantir aos profissionais da rede de atenção integral à saúde mental carga horária destinada à participação em atividades de planejamento e organização do serviço, bem como espaço para reuniões clínicas, estudos de casos e supervisões.
85. Garantir a função de supervisão clínico-institucional no sistema de saúde mental sempre que demandada pelas equipes, pelos serviços e pela gestão.

Regulação da rede

86. Criação de um sistema único de informações para gerenciamento das ações em saúde mental, que contenha relatórios no formato de prontuário eletrônico, interligando CAPS e outros setores públicos e privados das mais diversas áreas de atuação, para possibilitar a continuidade da assistência ao usuário, a ordenação e organização dos serviços e subsídios para projetos e pesquisas nas três esferas de governo.
87. Discutir os protocolos de acesso dos usuários de Saúde Mental ao atendimento do SAMU 192.
88. Ampliar a fiscalização para que se garanta o cumprimento das normas estabelecidas referentes às instalações e estruturas físicas dos serviços de saúde mental, a qualidade do atendimento clínico e multidisciplinar e gestão dos recursos públicos, mediante a realização de concursos públicos para auditores do SUS, constituído por profissionais de diversas formações contemplando a intersetorialidade.

1.4 - Política de assistência farmacêutica

Princípios e diretrizes gerais

89. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial aponta a necessidade de sustentação e garantia de fornecimento de medicamentos aos usuários de saúde mental na rede de serviços do SUS, visando qualificar a oferta do acesso gratuito e integral a medicamentos diversificados, eficazes, seguros e de qualidade. A articulação entre a Política Assistência Farmacêutica e a Política de Saúde Mental deve atentar para a adequação da

programação ao perfil epidemiológico regional, de forma a garantir o abastecimento pleno e contínuo dos medicamentos de Saúde Mental de modo descentralizado para os municípios, sem desprezar o princípio geral da desmedicalização do sofrimento psíquico.

90. A fim de garantir os direitos dos usuários, as propostas aprovadas na IV CNSM-I visam assegurar os recursos financeiros, com os reajustes necessários e justificados pela crescente demanda atual, para a compra de medicamentos essenciais e excepcionais em saúde mental. Para tanto, é necessário que se garantam mecanismos junto às três esferas de governo que concorram para a ampliação e desburocratização do acesso gratuito ao elenco de medicamentos de alto custo da saúde mental, tanto quanto aos medicamentos da lista básica da saúde mental, ampliando o elenco de medicamentos padronizados e melhorando a sua distribuição e regulação. O aumento dos incentivos financeiros reivindicado para garantir os medicamentos necessários à integralidade da atenção de todos pacientes com sintomas psicóticos graves não deve excluir, entretanto, a utilização de recursos terapêuticos integrados. Foi destacada também a importância de se estimular o uso racional de medicamentos, evitando o tratamento medicamentoso como principal intervenção.

Ainda constituem deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial as seguintes propostas:

Gestão e financiamento

91. Criar um Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde para definição de forma clara e operacional dos percentuais de financiamento e de responsabilidade para organização da assistência farmacêutica, bem como para estudar a viabilidade da quebra de patentes de medicamentos psicotrópicos, a fim de garantir livre produção nacional e acesso dos usuários a estes medicamentos.
92. Garantir e ampliar o percentual de contrapartida dos Estados e Municípios para compra dos medicamentos, com objetivo de assegurar o uso contínuo e regular das medicações pelos usuários de saúde mental.
93. Assegurar o fornecimento gratuito e o acesso regular da medicação em todo o território nacional com estipulação e monitoramento de metas para assistência farmacêutica nos municípios, aumentando a verba *per capita* para medicamentos essenciais e especializados.
94. Garantir a continuidade no fornecimento de insumos materiais e de medicamentos para assistência em Saúde Mental em todos os níveis de complexidade, ampliando recursos para Assistência Farmacêutica, através de repasse fundo a fundo.

95. Fiscalizar o controle de medicamento por meio de Comissão Permanente para subsidiar a aquisição e repasse de verbas destinadas à sua compra.
96. Garantir que o Governo Federal exija dos Estados e Municípios a fiscalização para o controle dos preços dos medicamentos na rede de Saúde.
97. Garantir a revisão periódica dos protocolos clínicos de saúde mental para processo de dispensação especializada dos medicamentos, com acesso imediato aos exames especiais (média e alta complexidade) a fim de garantir os direitos dos usuários.
98. Aumentar e garantir os recursos financeiros contemplados pela Portaria 2.982/09 - de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica - repassados para os municípios como forma de garantir o tratamento das pessoas com transtornos mentais no município de origem.

Gestão da informação

99. Subsidiar o planejamento e aquisição de medicamentos controlados através da criação de um cadastro único informatizado e descentralizado com indicadores de saúde mental que permitam a construção de um perfil epidemiológico e psicossocial das pessoas com transtornos mentais.
100. Criar e implantar sistema de informações padronizado e informatizado em saúde mental para aprazamento das consultas e controle da distribuição dos medicamentos aos usuários, com implantação de um cadastro único nacional e utilizando o número do cartão SUS.
101. Implantar Protocolo de Assistência Farmacêutica que defina diretrizes para prescrição e controle de medicamentos psicotrópicos e que contemple a informatização de receitas e capacitação do profissional, de forma a garantir o controle do uso abusivo de medicamentos e assistência farmacêutica às pessoas com doença mental.
102. Criar no âmbito do Ministério da Saúde, em colaboração com a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância em Saúde – uma instância controladora da medicalização da sociedade que tenha por função o monitoramento da indústria farmacêutica, no que tange a ações, inclusive em congressos profissionais, que levam ao abuso da prescrição e do consumo de psicofármacos.
103. Garantir que os Conselhos Federais e Regionais de Odontologia, Enfermagem, Medicina e Farmácia e a ANVISA exerçam efetivo controle sobre as prescrições indiscriminadas de medicamentos psicotrópicos.
104. Criar dispositivos que evitem a judicialização da saúde mental decorrente de razões mercadológicas ou outras estranhas ao campo da saúde, assegurando a desmedicalização do sofrimento psíquico.
105. Implantar os sistemas: SNGPC (Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos

Controlados) e o Sistema Horus (Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica) nos serviços públicos de assistência em saúde.

Ampliação e qualificação da oferta de medicamentos

106. Ampliar a oferta de medicamentos psicotrópicos nas Farmácias Populares.
107. Ampliar a Farmácia Básica, incluindo os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, bem como os psicotrópicos genéricos, em consonância com os avanços da farmacologia psiquiátrica.
108. Incentivar a pesquisa de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos em Saúde Mental.
109. Revisar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME - com a participação da Área Técnica de Saúde Mental para garantir a inclusão de novos medicamentos e atualização anual, com formação de uma comissão permanente que possa aprovar a inclusão de novos medicamentos, tão logo estes sejam comprovadamente mais eficazes que os utilizados, e conforme os avanços tecnológicos e as necessidades dos serviços, com ênfase no protagonismo dos usuários.
110. Ampliar o espectro diagnóstico indicado para uso de medicação especializada em Saúde Mental, incluindo, transtornos do humor, transtornos causados por uso/abuso e dependência de substâncias psicoativas e transtornos específicos da infância e adolescência.
111. Apoiar e fortalecer as iniciativas do Controle Social, do Poder Legislativo e Executivo na mudança do conceito de Farmácia como comércio para Estabelecimento de Saúde.

Formação e Recursos Humanos

112. Garantir o atendimento médico direto para renovação de receitas de medicamentos em saúde mental.
113. Inserção do profissional farmacêutico exclusivo para assistência farmacêutica em saúde mental.
114. Garantir capacitação permanente e ampla divulgação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF – para os profissionais, usuários e gestores nos três níveis de gestão, como estratégia para a ampliação, qualificação e estruturação do acesso.

Assistência farmacêutica à população infanto-juvenil

115. Garantir o acesso aos cuidados em saúde mental à população infanto-juvenil, inclusive com política mais equânime de assistência farmacêutica, para os municípios que não possuam serviços de CAPSi e médico especialista.
116. Estender a assistência farmacêutica em saúde mental para atender ao público infanto-

juvenil, implantando a Relação Municipal de Medicamentos – REMUME.

1.5 - Participação social, formulação de políticas e controle social

Princípios e diretrizes gerais

117. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma que para o processo de Reforma Psiquiátrica em curso no país avançar no sentido da consolidação de uma rede de cuidados psicossociais, é imprescindível garantir o caráter público das políticas implicadas na saúde mental. Além da garantia de que serviços substitutivos sejam exclusivamente de caráter público estatal, deve-se ampliar a participação/envolvimento da sociedade na formulação/ efetivação das políticas de saúde mental, para dessa forma viabilizar a inclusão das pessoas com sofrimento psíquico no convívio social, mercado de trabalho e educação.
118. A IV CNSM-I preocupa-se em assegurar, através de dispositivos legais, a continuidade, inclusive nas mudanças de gestão, dos projetos legitimados pela população, deliberados pelas Conferências de Saúde Mental e aprovados pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Para tanto, são ressaltadas as conquistas legais que devem ser preservadas e reafirmadas, mas também a necessidade de criação de novos mecanismos de participação popular, que assegurem a transparência, o monitoramento e controle social nos sistemas de atenção à saúde mental. Entre eles, é reiterada a necessidade de garantia do compromisso tripartite, especialmente dos governos federal e estaduais, juntamente com os Conselhos de Saúde, no monitoramento, fiscalização e integração de recursos, para execução dos serviços e ações de Saúde Mental.
119. A questão de financiamento, acompanhada de programas de avaliação e controle, é um dos temas que permeia os debates nesse sub-eixo de formulação de políticas e controle social. As exigências de fiscalização e garantia de total transparência sobre os recursos destinados à saúde mental, após instrumentalização e capacitação dos Conselhos Municipais de Saúde para este fim, são pontuadas em diversas teses.
120. As propostas indicam a progressiva apropriação por parte da população acerca do que se passa com os recursos financeiros e com as práticas dos serviços substitutivos da rede de saúde mental e a IV CNSM-I reivindica cada vez mais espaços de participação cidadã. Entre as propostas que apontam para esta direção aparecem aquelas que querem garantir o controle social conforme a lei 8.142/90, em todos os equipamentos de saúde que utilizam recursos do SUS, assim como a autonomia dos conselhos como órgão co-gestor, democrático

e de participação popular.

121. Nessa linha, identificam-se também propostas que reconhecem, respeitam e fortalecem os movimentos sociais organizados da Luta Antimanicomial como protagonistas da Reforma Psiquiátrica e interlocutores da gestão da política, estabelecendo canais de diálogo sistemáticos entre estes e os gestores federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal. Uma das formas sugeridas para garantir que os Planos de Saúde Mental, a nível municipal, estadual e federal, sejam construídos a partir de debates nos diversos espaços de controle social é a de que os Conselhos de Saúde, ao avaliarem e deliberarem a Política de Saúde Mental aprovem apenas os Planos que apresentem modelos de atenção multiprofissionais, de base territorial, que promovam trabalho em rede e que contemplem, necessariamente, ações de inclusão social.
122. A ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, a capacitação e qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembléias participativas nos serviços de saúde mental. As capacitações para o exercício do controle social devem contemplar temáticas de saúde mental e serem feitas em parcerias com universidades. Para tanto seria fundamental a inclusão dos diferentes atores da rede de saúde mental, a sensibilização dos profissionais de saúde para integrarem os conselhos, o convite a outros movimentos sociais e estímulo à organização de todos os atores em associações, conselhos e participação nas conferências.
123. A divulgação dos Direitos dos Usuários e da existência de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental é uma forma de contribuir com o processo de conhecimento da comunidade sobre sua responsabilidade, bem como a do poder público, e sua importância na sociabilidade do usuário de saúde mental na sociedade, na diminuição do estigma associado ao transtorno mental. Por isso, algumas deliberações propõem promover campanhas governamentais de sensibilização popular que tratem das temáticas do sofrimento mental e humanização, com objetivo de resgatar a cidadania e promover a inclusão social.
124. Exigir, nas três esferas de governo, que as Políticas de Saúde Mental respeitem as deliberações das respectivas Conferências, realizando-as de quatro em quatro anos, para avaliação e efetivação das propostas anteriores, com publicação e divulgação periódica de seus resultados em diário oficial e outros veículos de comunicação, são outras das formas encontradas para formularem propostas de avanço e garantia de participação social na saúde mental. De forma sintética, as propostas reunidas neste sub-eixo referem a

necessidade de se referendar as recomendações da Declaração de Caracas, a Carta de Brasília e a Carta de Campinas.

A seguir estão elencadas as demais deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial em relação a temática de participação na política pública.

Gestão e institucionalidade da participação

125. Garantir que o Conselho Nacional de Saúde junto com a Comissão Intersetorial de Saúde Mental faça gestão com as Comissões Estaduais e Municipais de Saúde Mental para implementação e monitoramento das deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial com o Ministério da Saúde.
126. Intermediar junto ao Conselho Nacional de Saúde, mais precisamente junto à sua Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM – a recomendação enfática – via Resolução Conselho Nacional de Saúde e através de implementação de Lei federal, estadual e municipal – da criação e financiamento de Comissões paritárias intersetoriais de Saúde Mental em todas as esferas do governo, vinculadas aos conselhos de saúde, com fins de fomentar, planejar e fiscalizar, em parceria com outros órgãos, ações prestadas aos usuários dos serviços de Saúde Mental.
127. Implantar conselhos de gestão participativa, colegiado gestor, colegiado gestor de unidade de saúde, mesa de negociação permanente, contrato de gestão em todos os serviços públicos de saúde e conveniados.
128. Ampliar e divulgar a criação de fóruns de Saúde Mental em todas as regiões do Brasil de forma permanente e mais freqüente, assegurando o direito à participação dos trabalhadores, gestores, operadores do direito, ONGs, instituições, usuários e familiares, para o encaminhamento de suas reivindicações aos órgãos competentes.
129. Possibilitar e divulgar aos usuários, espaços, meios e instrumentos para reclamação, sugestões, críticas e elogios nos serviços do SUS (ouvidoria).
130. Acionar o Ministério Público nos municípios e estados que não cumprem a Lei Federal n.º 10.216 (Lei Paulo Delgado) e a Portaria 336 (CAPS), com relação ao número mínimo de equipamentos de saúde mental em cada município.
131. Garantir assento de associações de profissionais de saúde mental e de associações de usuários e familiares junto aos conselhos de controle social, municipais e estaduais (direito, saúde, educação e outros).

132. Garantir que os gestores das três esferas de governo paguem todas as despesas de transporte, alimentação e de estadia para todos os delegados eleitos para as Conferências Nacionais.

Reabilitação psicossocial e participação

133. Articular a área de Saúde Mental com o movimento de Economia Solidária, a fim de garantir a criação e acompanhamento de cooperativas produtivas para os usuários dos serviços de Saúde Mental.
134. Criar mecanismo de fiscalização e acompanhamento da reabilitação psicossocial dos beneficiários do Programa de Volta pra Casa e de participantes de projetos de Economia Solidária associados à saúde mental.
135. Garantir ações de inclusão digital e computador com internet e disponibilizar o acesso para os usuários e trabalhadores da saúde mental.
136. Garantir a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico em cumprimento de medida de segurança, na rede de serviços substitutivo em saúde mental.
137. Assegurar e apoiar o financiamento público de ações e práticas que visem à desconstrução do preconceito com relação aos transtornos mentais, garantindo não apenas o tratamento em saúde, mas também em atividades culturais de lazer, projetos de geração de renda que contemplem o resgate produtivo e a reinserção social da população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, com transtornos mentais e vulnerabilidade social.
138. Contribuir com o reconhecimento tanto por parte da comunidade quanto do poder público, da importância e responsabilidades de cada um no processo de socialização do usuário de saúde mental, facilitando o acesso ao trabalho e renda, bem como às políticas públicas que garantam atenção universal com integralidade e equidade.

Intersetorialidade e interdisciplinaridade no controle social

139. Promover ações de integração dos conselhos vinculados ao campo da infância e adolescência e idosos, a saber: Conselhos Municipais, Estadual e Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente e Idoso e Conselho Estadual Anti Drogas.
140. Reunir os Conselhos de Saúde, de Educação, de Assistência Social e dos Direitos da Criança e do Adolescente para discutir as questões da Saúde Mental.
141. Realizar fóruns e debates anuais em todas as esferas de governo, sobre saúde mental/substâncias psicoativas/violência, envolvendo os poderes legislativo, judiciário, executivo, ministério público, segurança pública e usuários com financiamento dos três níveis de governo.

142. Articular o controle social aos Conselhos Regionais de Medicina e outros conselhos profissionais para que fiscalizem o exercício profissional do médico no cumprimento do novo código de ética, principalmente em relação à omissão do serviço e prescrições ilegíveis.
143. Abolir a proposta do projeto de lei do ato médico.

Processos educacionais e divulgação

144. Implantar programa de educação popular em saúde mental.
145. Implantar no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) do Programa Saúde na Escola (PSE) o trabalho com o tema “saúde mental e violência”.
146. Usar a mídia de modo favorável para difusão do movimento da reforma da assistência em saúde mental, criando mecanismos junto aos meios de comunicação (TVs, rádio, jornais, internet), de órgãos públicos e privados para divulgar maiores informações sobre a doença mental e suas implicações na vida cotidiana, iniciativas e direitos de usuários, familiares e profissionais da rede de saúde mental, através da produção de programas, cartilhas educativas e campanhas publicitárias.
147. Capacitar usuários e familiares, assim como, conselheiros municipais e estaduais de saúde, assistência social, criança e adolescente, dentre outros, para a formulação de políticas, para a temática da saúde mental e a importância e papel do controle social, garantindo financiamento nas três esferas do governo.

1.6 - Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental

Princípios e diretrizes gerais

148. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial indica que o aprofundamento do processo de desinstitucionalização da loucura da Reforma Psiquiátrica brasileira requer a implementação de novos mecanismos de sistematização, monitoramento e avaliação das informações da rede de saúde mental para viabilizar um planejamento adequado das ações nessa área. A participação do controle social no processo de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas cotidianas de trabalho e do funcionamento dos serviços de saúde mental, dando visibilidade aos indicadores, de forma a democratizar as informações a todos os agentes sociais da saúde, é a reivindicação central das propostas neste sub-eixo. Para tanto é necessário assegurar que a Saúde Mental seja

prioritária no planejamento das ações de saúde conforme o Pacto pela Saúde. Assim como faz-se necessária a criação, desenvolvimento e implantação de instrumentos e sistemas de informação em saúde mental dinâmicos, com infra-estrutura que contemple a transversalidade, a intersetorialidade e o geo-referenciamento.

149. A qualificação dos mecanismos de planejamento e gestão do trabalho, definindo e pactuando indicadores e metas claras de avaliação, produção e qualidade para a assistência à Saúde Mental, nos seus vários níveis, depende, em boa medida, da qualidade das informações que os setores responsáveis pela execução de Políticas Públicas disponham. Por isso, a necessidade de se fomentar estudos do perfil epidemiológico da demanda em saúde mental é amplamente referida, a fim de que permitam estabelecer indicadores e parâmetros que fundamentem as três esferas de governo nas suas estratégias de planejamento, vigilância, acompanhamento e implementação das ações nos serviços de saúde mental no SUS. Um sistema integrado e informatizado, com acesso via web integrando as redes de atenção (garantindo sigilo de informações de prontuários), é ainda, uma forma de viabilizar uma política de monitoramento e avaliação permanente dos serviços de Saúde Mental que contaria com a participação de todos os atores que fazem o acolhimento dessa demanda.

150. A adequada provisão de meios - como aquisição de computadores e acesso à internet em todas unidades de saúde mental - com disponibilização de recursos midiáticos por parte do Ministério da Saúde é, também, aventada como estratégia de promoção do conhecimento e efetiva divulgação dos direitos dos atores da saúde mental, da Política de Saúde Mental e dos Princípios da Reforma Psiquiátrica. Um completo banco de dados informatizado para avaliação dos indicadores de resultados da saúde mental do país é, além de tudo, uma ferramenta importante para efetivação da intersetorialidade, devendo permitir cruzar dados dos sistemas de informação das Secretarias de Educação, Assistência Social, Secretaria de Justiça, Segurança Pública, Conselho Tutelar e outros, para troca de informações entre serviços.

Também foram deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial as propostas que seguem.

Infra-estrutura e materiais de divulgação

151. Assegurar a provisão, com manutenção permanente, de computadores, impressoras, acesso a internet, telefone para os Serviços de Saúde Mental Municipal e Estadual, em parceria com o DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), que permitam a criação de indicadores e instrumentos dinâmicos de monitoramento da rede

para incluí-los no SISPACTO (aplicativo de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde), nas três esferas de governo.

152. Contratar um plano de telefonia móvel para as equipes gestoras e programas de acompanhamento domiciliar das unidades de saúde mental.
153. Criar um *site* nacional com informações sobre a rede pública de atenção em saúde mental para fortalecer e garantir ampla divulgação de serviços e eventos dessa área.
154. Criar cartilhas contendo a lei 10.216 e demais leis de saúde mental e a carta do direito dos usuários do SUS para serem distribuídas nos CAPS, atenção básica, demais serviços de saúde e universidades, com linguagem adaptada aos usuários e familiares, respeitando a regionalidade.

Sistemas de informação e indicadores epidemiológicos

155. Organizar uma rede de informações e campanhas pelo Ministério da Saúde relacionadas à saúde mental.
156. Realizar censo epidemiológico de agravos em saúde mental e deficiências intelectuais.
157. Constituir uma Câmara Técnica Intersetorial nas três esferas governamentais composta por profissionais, usuários, familiares, gestores, instituições de ensino e pesquisa, com o objetivo de construir indicadores e instrumentos para um sistema de avaliação bem como de informações para o monitoramento da rede.
158. Criar indicadores para avaliar o trabalho em saúde mental garantindo sua inclusão nos sistemas de informação.
159. Construir e incluir indicadores epidemiológicos de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS).
160. Criar o SIS/SAÚDE MENTAL, com bases de dados alimentadas e atualizadas rotineiramente, de acesso facilitado para acompanhamento por parte do controle social.
161. Aperfeiçoar a ficha “A” do SIAB e a ficha dos profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família com a inclusão de dados epidemiológicos de saúde mental.
162. Cadastrar os usuários com base no cartão SUS com prontuário eletrônico que possibilite acompanhamento dos planos terapêuticos e medicamentos.
163. Criar e monitorar os indicadores pactuados referente às ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas e saúde mental.
164. Qualificar os mecanismos de registros permitindo avaliação de atividades que são realizadas fora do serviço e que estão relacionadas à atenção à saúde, como o matriciamento e capacitação em saúde mental.
165. Criar mecanismos *online* de acompanhamento da utilização dos recursos financeiros do

município no que refere a Saúde Mental, para monitorar e avaliar os serviços conforme previsto em lei, de forma transparente e simplificada para a comunidade.

Auditorias e processos de avaliação

166. Fortalecer e qualificar, de forma intensificada, a regulação (controle, avaliação e fiscalização) dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, das clínicas e instituições de tratamento dos dependentes químicos, públicas e privadas.
167. Garantir a notificação compulsória pelos serviços de saúde mental dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.
168. Garantir notificação compulsória de toda e qualquer situação de violência e óbitos de cidadãos com sofrimento psíquico de forma abrangente, destacando-se: hospitais psiquiátricos, sistema prisional, comunidades terapêuticas e outras instituições de tratamentos específicos.
169. Implementar processos avaliativos de efetividade, qualidade de atendimento e grau de satisfação em relação aos serviços de saúde junto a usuários e familiares.
170. Ampliar para toda a rede de Saúde Mental o Programa de Avaliação dos CAPS.
171. Aplicar regularmente os critérios de Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde e Serviços Hospitalares – PNASS/PNASH – como instrumento norteador e de controle da qualidade da assistência e garantir que o relatório seja publicizado nos meios de comunicação e conselhos de saúde.
172. Criar indicadores para avaliação de qualidade e resolutividade dos CAPS.
173. Garantir auditoria e processos de controle e avaliação pelo controle social nos serviços de saúde mental: CAPS, hospitais psiquiátricos, secundários e gerais.

1.7 - Políticas sociais e gestão intersetorial

Princípios e diretrizes gerais

174. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial expressa forte suporte nos princípios da equidade, da inclusão, da integralidade, da solidariedade e da participação ao deliberar as propostas para as políticas sociais e gestão intersetorial.
175. A efetiva gestão intersetorial é um desafio para as políticas sociais e neste sub-eixo predominam propostas referentes ao trabalho, assim como há uma explícita identidade entre o Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Política Nacional de Direitos Humanos.

176. O conjunto das proposições afirma a necessidade de assegurar a definição e implementação, nas três esferas de governo e do Distrito Federal, de políticas públicas intersetoriais e inclusivas para atendimento aos usuários de saúde mental, às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, à população de rua e às vítimas de violência, articulando e integrando as ações dos Poderes Públicos e da Sociedade Civil Organizada nos âmbitos da saúde, educação, assistência social, cultura, habitação, trabalho, agricultura, desenvolvimento social, esporte, lazer e turismo. Estas políticas devem garantir a prevenção, promoção e reabilitação psicossocial, pautadas nos princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Política Nacional de Direitos Humanos, Reforma Psiquiátrica e demais Políticas Intersetoriais. Devem ser políticas que estimulem a construção de redes intersetoriais e interdisciplinares para grupos vulneráveis, que respondam às necessidades e respeitem às singularidades das pessoas em sofrimento psíquico, assim como garantam a inserção social através da criação de mecanismos de autogestão.
177. São imprescindíveis para viabilidade e sustentabilidade das propostas a constituição de redes, a garantia de financiamento bem como o estabelecimento de fóruns e dispositivos de cooperação intersetoriais.

Nesta direção também foram aprovadas as seguintes propostas para as políticas sociais e gestão intersetorial:

Redes intersetoriais e sociais

178. Criar Rede Intersetorial em saúde mental com a participação do Poder Público e da Sociedade Civil Organizada para atender as necessidades dos usuários de forma mais ampla, incluindo Secretaria de Saúde, de Educação, Cultura, Turismo e Lazer, Secretaria Desenvolvimento Social, Secretaria da Agricultura, Emprego e Renda, Ministério Público, Câmara de Vereadores, Sindicatos, Associações, Clubes de Mães, Grêmios Estudantis, Cooperativas, etc.
179. Fortalecer as redes sociais para a convivência dos usuários e familiares: clubes de mães, centros de convivências, centro de geração de renda (grupos de produção), entre outros.
180. Integrar e fortalecer os sistemas SUS-SUAS para melhoria do atendimento aos usuários e às famílias acompanhados pela rede de saúde mental, incluindo os CAPS, construindo de forma integrada programas e política direcionados para a realização de atividades comunitárias propostas pelos serviços substitutivos e demais segmentos intersetoriais, notadamente a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República e os

Ministérios da Cultura, Esporte e Lazer, contemplando seus usuários e familiares, territórios e demais espaços disponibilizados diariamente para a sociedade como um todo, incluindo os finais de semana.

Financiamento

181. Garantir o acordado no Pacto pela Saúde para que as fontes de financiamento oriundas da intersectorialidade possibilitem a sustentabilidade financeira, ações e serviços de saúde mental.
182. Garantir políticas públicas intersectoriais e seu financiamento para realização de ações que desenvolvam mecanismos efetivos para a inserção dos cidadãos em sofrimento mental na Educação e no mercado de trabalho, respeitando as suas singularidades.
183. Assegurar que as políticas públicas sejam elaboradas integralmente, prevendo ações e financiamento intersectorial, em especial nos campos da infância e adolescência, no que se refere à violência doméstica, exploração sexual, uso de álcool e outras drogas, moradores e em situação de rua, em cumprimento de medidas sócio-educativas e em situação de risco, seguindo a Política Nacional para cada área.

Fóruns

184. Realizar fóruns, seminários, oficinas regionais e espaços de discussão de ações conjuntas para possibilitar a elaboração de protocolos de fluxos para encaminhamentos intersectoriais, trabalho em rede, fomento à discussão intersectorial nos territórios, a partir do conceito ampliado de saúde e avaliar a efetividade de ações multisetoriais na área de Saúde Mental.

Programas e protocolos

185. Estabelecer protocolo de cooperação no âmbito das três esferas de governo e Distrito Federal (DF) para promover a articulação entre as Políticas Públicas de Estado e de Governo na saúde, educação, cultura, esporte, assistência social e outras para fomentar o diálogo e a intersectorialidade das ações, em conformidade com as diretrizes nacionais de cada política envolvida, com vistas ao planejamento da atuação conjunta nas diversas demandas de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental e uso abusivo de álcool e drogas, além de fortalecer as redes e a inclusão e reinserção no mercado de trabalho.
186. Instituir programas de promoção em saúde mental, com foco nas questões de violência, trânsito, saúde, educação, cultura, lazer, esporte, assistência social e para intersectorialidade das políticas de saúde mental, efetivando os princípios da Reforma Psiquiátrica.
187. Criar, financiar e executar políticas intersectoriais para programas de prevenção às drogas

lícitas e ilícitas de forma permanente, através de campanhas educativas (mídia televisiva, falada e escrita, unidades educacionais, clubes e sociedade civil em parceria com instituições que tenham trabalho legitimado nessa área).

Trabalho e renda

188. Articular programas sociais para pessoas com sofrimento psíquico, como “Minha casa, minha vida”, “Pró-jovem”, “Bolsa trabalho” e demais programas de geração de emprego e renda, garantindo a inclusão de usuários com sofrimento mental no mercado de trabalho.
189. Garantir a criação de cooperativas de trabalho para pessoas em situação de rua e usuários do serviço de Saúde Mental, subsidiadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Ministério da Saúde (MS) e outros órgãos do Governo Federal.
190. Criar mecanismos efetivos que promovam a inserção dos usuários no mercado de trabalho, com definição de recursos do SUS e de parcerias com outras políticas públicas, em especial, as de Economia Solidária, Trabalho e Previdência Social.
191. Criar leis que possam assegurar ao cidadão em sofrimento psíquico condições de trabalho nas funções que estejam aptos, bem como apoiar os trabalhos desenvolvidos.
192. Implementar Política Pública Nacional de fomento ao cooperativismo social, que contemple marco regulatório e jurídico, financiamento com implementação de programas e ações intersetoriais pactuadas nas diferentes esferas de governo e na sociedade civil organizada.
193. Garantir a Economia Solidária como política pública nas três esferas de governo através: do reconhecimento e apoio aos projetos de incubação e trabalho que ocorrem nos equipamentos públicos de saúde mental; da regulamentação da lei de cooperativas sociais; da implantação de ações estratégicas para fomentar as cadeias produtivas solidárias; da capacitação dos empreendimentos economia solidária para todas as etapas do processo produtivo; favorecer, por meio de incentivos, as cadeias produtivas solidárias e, a disputa de mercado de consumo solidário; incentivar ponto de comércio justo e solidário.
194. Garantir ações intersetoriais com vistas a inclusão dos usuários de saúde mental, incluindo usuários dos CAPS infanto-juvenil, em projetos de geração de trabalho e renda, viabilizando vagas para qualificação profissional e inserção no mercado do trabalho, e respeitado o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Saúde do trabalhador

195. Firmar/pactuar que as instituições privadas e públicas das três esferas governamentais adotem políticas de prevenção à Saúde Mental do trabalhador e das comunidades onde as

instituições estão inseridas.

196. Garantir a interlocução da Saúde do Trabalhador e Saúde Mental no atendimento e vigilância dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.
197. Participar na construção e fiscalização conjunta entre as coordenações de saúde mental nacional, estadual e municipal do protocolo de saúde mental do trabalhador, com intuito de melhorar a atenção à saúde mental do adulto trabalhador, bem como realização de ações articuladas com os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador.
198. Garantir que as redes locais de cuidados em Saúde Mental promovam ações de Atenção à Saúde dos Trabalhadores, construindo a articulação necessária com a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador - RENAST, inclusive para os municípios de pequeno porte.
199. Recomendar a criação de novas Normas Regulamentadoras juntamente com Ministério do Trabalho, Previdência e Saúde, específicas para o trabalhador da Saúde Mental.

Educação

200. Criar agentes multiplicadores acerca da temática de saúde mental, nos setores de educação e assistência social.
201. Garantir políticas que promovam formação em controle e integração social visando à atuação em rede e o fortalecimento do apoio matricial.
202. Estabelecer parceria com a Educação para garantir o acesso e permanência dos usuários de saúde mental na rede pública e privada de ensino regular, com professores qualificados, e criar e ampliar programas que incluam alfabetização e escolarização de adultos, pré-vestibular e capacitação para o trabalho das pessoas em sofrimento mental.
203. Construir políticas intersetoriais para educação em Saúde Mental no ideário da Reforma Psiquiátrica nas comunidades, instituições públicas e privadas.

Transporte

204. Garantir em Lei Federal o direito e os recursos públicos para implantação definitiva do transporte público coletivo gratuito, qualificado, adequado e acessível para pessoas com transtorno mental, pessoas com deficiência e pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas e acompanhantes, dos serviços de saúde mental, de acordo com seu projeto terapêutico.
205. Pactuar o direito a passe-livre nos ônibus municipais que fazem o trajeto da zona rural para a cidade aos usuários CAPS e, em caso de necessidade, com direito a acompanhante identificado na carteira, uma vez que estes necessitam de frequência regular no serviço.

Cultura

206. Disponibilizar recursos para incentivar a cultura local, potencializando as vocações de cada município.

Habitação

207. Estruturar programas habitacionais incluindo, como prioridade, os usuários da rede de saúde mental.

Segurança pública

208. Realizar amplo programa de capacitação e criação dos cargos de psicólogo e assistente social das secretarias de segurança pública, para humanizar o atendimento de usuários da saúde mental, incluindo pessoas com dependência de álcool e outras drogas.

Direitos

209. Promover integração entre as várias entidades, instituições e associações, de forma a criar e por em prática um código de direitos do portador de sofrimento psíquico e criar políticas de esclarecimentos dos direitos dos usuários, com uma divulgação intersetorial mais eficaz.
210. Criar uma relação de proximidade como o INSS para discussão interinstitucional em relação aos direitos previdenciários, especialmente em relação ao afastamento do trabalho, no sentido de garantir aos usuários de saúde mental, bem como a seus familiares, acesso aos direitos e programas de saúde mental.

Reconhecimento do conceito de Deficiência

211. Cobrar das instâncias competentes (Ministério Público, Defensoria Pública, Previdência Social, OAB, Secretarias e Conselhos Profissionais, entre outros) o reconhecimento da mudança conceitual de Deficiência, a partir da Convenção da ONU de 2008, ratificada pelo Brasil.

Estratégia Saúde da Família

212. Fortalecer as ações de saúde mental com a Estratégia Saúde da Família, através da intersetorialidade com Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS).

213. Criar fórum intersetorial anual que promova a discussão dos assuntos relacionados à inclusão e reinserção do cidadão portador de sofrimento mental na Estratégia de Saúde da Família.

Gestão da Saúde Mental

214. Criar um dispositivo de gestão na Coordenação Nacional de Saúde Mental, para garantir um técnico de referência do Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Mental para atender as demandas de estados e municípios, visando otimizar a comunicação entre as coordenações estaduais e municipais, serviços de referência e a Coordenação Nacional de Saúde Mental e, por conseguinte, reduzir as distâncias.

1.8 - Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental

Princípios e diretrizes gerais

215. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial indica ações interministeriais principalmente entre as áreas da saúde e da educação. Há nas proposições uma abrangência que inclui os âmbitos da gestão, atenção, educação e controle social, configurando ações articuladas, sinérgicas e concomitantes entre os mesmos. Os princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da inclusão e da autoria são constitutivos das propostas aprovadas, as quais incidem sobre todos os níveis de escolarização, a formação profissional, a produção de conhecimento no cotidiano dos serviços, a cultura e a pesquisa.
216. As proposições afirmam a educação permanente, a necessidade de mudanças curriculares, a diversidade e pluralidade dos conhecimentos e das práticas, bem como a necessidade de compromisso das três esferas de governo e Distrito Federal para viabilização das deliberações.

Foram também deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial as propostas que seguem:

Articulação entre Políticas de Saúde Mental e Instituições de Ensino Superior

217. Promover a articulação das políticas Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde Mental com as Instituições de Ensino Superior (IES), ampliando os compromissos intersetoriais entre os setores da educação e saúde, na promoção de atividades integradas junto aos

usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de saúde mental, que incidam nos currículos dos cursos de graduação de todas as profissões da área da saúde e nos cursos de licenciatura, garantindo ações de ensino, pesquisa e extensão, com ênfase nas ações interdisciplinares, com envolvimento dos serviços, gestores e controle social na formulação e execução das ações das IES, no âmbito da saúde mental.

218. Garantir que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação promovam, junto às instituições de ensino superior, cursos de graduação da área da saúde, educação e assistência social a adequação dos currículos de forma a contemplar os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e Política Nacional de Humanização, além de garantir que as práticas de estágio sejam desenvolvidas de forma interdisciplinar e transdisciplinar e realizadas em serviços públicos da rede substitutiva.
219. Definir a obrigatoriedade de prestação de serviços na rede pública de saúde, por tempo pré-determinado, regulado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, para profissionais formados na rede pública e privada de ensino superior, ao final da graduação.
220. Criar parcerias com instituições de ensino superior para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e metodologias voltadas à Saúde Mental, ampliar a oferta de estágios, residências, etc., no sentido de embasar e fortalecer ações públicas para melhoria da qualidade da atenção, prevenção e tratamento.

Educação Permanente

221. Promover, nas três esferas de governo, a educação permanente em saúde mental para os profissionais de saúde, educação, cultura, arte, esporte, lazer, previdência e assistência social, objetivando a articulação da rede de proteção social e promoção de ações de integração junto à comunidade.
222. Garantir acesso e liberação para acompanhar as atividades de educação permanente de todos os trabalhadores da rede de serviços.
223. Implementar, fortalecer, ampliar e aprimorar, no contexto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, a capacitação e educação permanente em Saúde Mental para o conjunto dos trabalhadores da rede de serviços de saúde, da atenção básica em saúde mental, rede de serviços substitutivos, das parcerias intersetoriais, Conselhos de Saúde, familiares e usuários, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS, da Política Nacional de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, na perspectiva da humanização, da multi, inter e transdisciplinariedade e no respeito à identidade de gênero, à sexualidade, à escolha religiosa e à diversidade étnica.

Deve privilegiar ainda a utilização de diversas metodologias e estratégias ativas (vivências, discussões de casos, reuniões de equipe, matriciamento, etc) e garantir financiamento específico, nas três esferas de governo, com identificação de rubrica orçamentária para a saúde mental.

224. Desenvolver, nas três esferas do governo, com orçamento tripartite, capacitações, atualizações e ações de educação permanente específicas com espaço de vivência, prática e discussões de casos:

I - Para os diversos serviços da Rede de Saúde:

- a) Capacitação e educação permanente em Saúde Mental para profissionais da Atenção Primária (Centros de Saúde, ESF, NASF, PACS), com ênfase especial à questão do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes;
- b) Capacitação e educação permanente de pediatras e demais profissionais da saúde que lidam com infância e adolescência da rede em saúde mental e Reforma Psiquiátrica, para o diagnóstico e intervenção precoce;
- c) Capacitação e educação permanente para atenção ao usuário de álcool e outras drogas, na perspectiva da Política de Redução de Danos, para toda a rede de atenção em saúde;
- d) Capacitação e educação permanente para toda a rede de assistência em Saúde Mental;
- e) Capacitação e educação permanente sobre sofrimento psíquico na infância e juventude;
- f) Criar disciplina obrigatória de Psiquiatria Social nos Programas de Residência Médica;
- g) Capacitação e educação permanente para atenção em saúde mental ao idoso e à pessoa com deficiência;
- h) Capacitação e educação permanente para o controle social;
- i) Capacitação em saúde mental para a área de Urgências, Emergências e SAMU 192.

II – Para o âmbito intersetorial:

- a) Criação de fóruns de discussão dos trabalhos realizados em co-responsabilidade entre os diversos setores envolvidos na atenção à saúde mental (educação, lazer, assistência social, centros de defesa dos direitos e outros);
- b) Campanhas oficinas e outras ações de formações para: os diversos equipamentos que compõem as diferentes secretarias convocadas para a atenção à saúde mental.
- c) Promover a capacitação em Saúde Mental para a formação de agentes

multiplicadores nas áreas da Educação, Justiça, Assistência Social, Guarda Municipal, Segurança Pública e ONGs.

d) Firmar parceria com as polícias militar e civil, guarda municipal visando à educação permanente para a atenção ao usuário em crise, caso o município não tenha corpo de bombeiros e SAMU 192.

III- Formação permanente para associação de usuários e familiares.

225. Garantir, no contexto da Educação Permanente em Saúde Mental, a implementação da Supervisão Clínico-Institucional em todos os serviços de saúde mental, para apoiar a discussão e implantação dos projetos terapêuticos, as dinâmicas institucionais e fortalecer a rede de cuidados, com contratação de profissionais comprometidos e formados de acordo com os princípios da Política Pública de Saúde Mental e Intersetorial, conforme Portaria GM nº 1.174/ 2005.
226. Capacitação e educação permanente de gestores e servidores para elaboração de Projetos de Pesquisa e ampliação das parcerias entre os serviços de Saúde Mental e as Instituições de Pesquisa e de Apoio à Pesquisa.

Residências

227. Implantar, ampliar e qualificar os programas de residência multiprofissional e uniprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva, com inclusão de profissões de outras áreas que não a saúde, inserir o núcleo da medicina nos programas multiprofissionais e garantir que a formação seja realizada em serviços públicos da rede substitutiva e na lógica transdisciplinar, extinguindo os hospitais psiquiátricos como cenário de prática dos programas de residência.
228. Regular a função de tutor ou preceptor da rede de saúde mental, garantindo a titulação e a remuneração específicas.

Especificidades

229. Incluir as temáticas sobre gênero, sexualidade, diversidade sexual e etnia, sofrimento psíquico e uso abusivo de álcool e outras drogas, pessoas com deficiência e estado laico nos conteúdos de capacitação e formação dos profissionais de saúde mental.
230. Capacitar os profissionais dos serviços de saúde mental para aprimorar sua capacidade diagnóstica em estabelecer o nexo de causalidade do transtorno mental com o trabalho e consequente notificação no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) através de participação nas Oficinas, Capacitações e Fóruns de Saúde Mental e criação de

protocolos específicos.

231. Realizar levantamento situacional a fim de obter o diagnóstico com base no número de internações em hospital psiquiátrico ao ano, número de usuários com acompanhamento psiquiátrico e psicológico, número de pessoas com dependência de álcool e drogas, número de pessoas com transtorno mental grave, moderado, leve, além de capacitação dos profissionais das diversas secretarias, a fim de subsidiar o planejamento da atenção à Saúde Mental.

Rede Básica

232. Criar programas específicos para a formação e capacitação em Saúde Mental de profissionais da rede básica de atenção (médicos clínicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), de forma a compensar as dificuldades dos municípios de pequeno e médio porte para a contratação de profissionais especialistas em saúde mental, tendo em vista frear o amplo movimento de medicalização social em curso.
233. Incentivar e organizar fóruns de discussão regulares em saúde mental na Atenção Básica e rede CAPS.
234. Oferecer formação para os profissionais do SUS que assegurem práticas no território da Estratégia Saúde da Família, tais como massoterapia, terapia comunitária e o Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, de modo a assegurar estas práticas como instrumento de promoção à saúde.
235. Ampliar e consolidar a Terapia Comunitária como estratégia de promoção e cuidado em saúde mental na Atenção Básica, capacitando os profissionais da Estratégia Saúde da Família em conjunto com os profissionais da Saúde Mental, Assistência Social, Educação, Conselho Tutelar e comunidade.
236. Expandir a estratégia do Tele-Saúde/MS para abordar temas relacionados à saúde mental/ álcool e outras drogas.

Produção de informação e pesquisa

237. Garantir pelo fomento direto a projetos de pesquisa ou pela ampliação da oferta de cursos de pós-graduação sensus lato e estrito, a expansão da pesquisa em saúde mental coletiva, contemplando todas as etapas do ciclo de vida, os determinantes sociais em saúde, indicadores de avaliação dos serviços e de efetividade terapêutica, sempre respeitados os preceitos da ética em pesquisa.
238. Assegurar que as linhas de pesquisa financiadas pelas agências de fomento relacionadas à saúde mental sejam submetidas ao controle social, ao Ministério da Saúde e sejam coerentes

com as Políticas de Saúde Mental do SUS.

239. Criar um Banco de Dados de Pesquisas em Saúde Mental, no sentido de publicizar o conhecimento produzido pelas Instituições de Ensino Superior – IES, práticas populares integrativas em saúde e outros segmentos que produzem pesquisa neste campo, e assim garantir o acesso de todos os cidadãos, interessados em subsidiar a Política Pública em saúde mental.
240. Desenvolver e divulgar estudos e pesquisas acerca da saúde mental da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), e os impactos das violências em detrimento das opressões das orientações sexuais e identidades de gênero diversas dos padrões/referências historicamente impostas.
241. Constituir comunidades ampliadas de pesquisa no âmbito da rede de saúde mental, envolvendo trabalhadores, gestores e a população.
242. Criar um Banco de Dados de profissionais especializados, que atuem na área de saúde mental, fornecendo-lhes um cadastro, a fim de que este mecanismo possa ser manuseado pelos gestores estaduais e municipais, e a partir do mapeamento permitido por este dispositivo possam ser fomentados cursos, palestras, oficinas, trocas de experiência entre estes profissionais, usuários e familiares de saúde mental.
243. Fomento federal e estadual à pesquisa e formação em Saúde Mental nas Universidades e instituições formadoras através de políticas que contemplem cursos de extensão, graduações, pós-graduações e pesquisas na área de Saúde Mental, redução de danos, álcool e outras drogas, infância e adolescência, considerando os desafios dos municípios isolados geograficamente dos grandes centros urbanos, dos municípios fronteiriços e com populações tradicionais, quilombolas, pomeranos e indígenas, visando a divulgação e reprodução de experiências exitosas.
244. Criação de Fundo Orçamentário específico para o desenvolvimento de pesquisas e atividades de extensão em saúde mental.
245. Criação e/ou ampliação pelos Ministérios da Saúde, Educação, Esporte, Cultura e Lazer, Trabalho, Ciência e Tecnologia de editais que incentivem o desenvolvimento de atividades científicas e/ou artísticas sobre novos conhecimentos em saúde mental, através de concessão de bolsas de pesquisa.

Diretrizes curriculares e normas

246. Implementar as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), conforme diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP, Portaria 1996/07).
247. Ampliar e encaminhar capacitações para profissionais que componham prioritariamente o

quadro efetivo de funcionários da saúde mental.

248. Inserir na grade curricular dos cursos voltados para a área da saúde e Escolas Técnicas do SUS, a disciplina de saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial.
249. Propor que o Ministério da Educação e as Secretarias de Educação promovam a introdução de assuntos relacionados à saúde mental, álcool e outras drogas e cidadania, na grade curricular no ensino fundamental, médio e superior, pensando em uma melhor forma de inclusão dos portadores de transtornos mentais e usuários de drogas na rede de ensino e minimizando preconceitos relacionados a estes temas.

Fóruns, parcerias, controle social

250. Garantir a realização de encontros dos trabalhadores, usuários e familiares para a troca de experiência e criação de fórum permanente para profissionais da saúde mental.
251. Garantir que os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde realizem reuniões semestrais abertas, para avaliação da execução das propostas dos relatórios finais das respectivas Conferências.
252. Implementar parcerias através do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, aperfeiçoando a formação de profissionais na assistência a saúde mental a nível de Rede de Saúde e os segmentos intersetoriais, incluindo nestes os gestores, sendo realizada no mínimo duas capacitações anuais.
253. Qualificar profissionais para desenvolverem o acompanhamento educacional dos portadores de transtorno mental, com parceria da secretaria da educação integrado ao ensino regular.

1.9 - Reforma psiquiátrica, Reforma sanitária e o SUS

Princípios e diretrizes gerais

254. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma os princípios e as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica: um Sistema Único de Saúde público e universal com fortalecimento do controle social e com atenção integral de responsabilidade das três esferas de governo; uma Reforma Psiquiátrica que produz desinstitucionalização, inclusão social e uma rede assistencial de atenção psicossocial que supera e substitui os hospitais psiquiátricos; reformas centradas nos usuários entendidos como sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares, que protagonizam seus modos de fazer andar a vida.

255. A reafirmação do SUS e da Reforma Psiquiátrica implica o repúdio a algumas práticas de gestão e de atenção, tais como as privatizações e funcionamento de hospitais psiquiátricos descredenciados pelo PNASH (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares).
256. As propostas assinalam a indissociabilidade entre saúde e saúde mental, assim como reconhecem especificidades de cada campo e as determinações sociais de ambas.

São outras deliberações deste sub-eixo:

Saúde Mental como área estratégica da Saúde

257. Implementar a saúde mental como área estratégica na gestão da saúde, de acordo com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.
258. Viabilizar a realização e/ou fortalecimento de ações previstas no “Pacto em Defesa do SUS-2006”, quais sejam: estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS, e ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania.
259. Garantir que os Planos de Saúde Mental sigam os marcos legais da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial.
260. Consolidar instâncias de formulação, pactuação e articulação da reforma, tais como colegiado estadual, comissões de saúde mental nos conselhos de saúde, garantindo que os mesmos contemplem as propostas aprovadas na Conferência de Saúde Mental como princípios para estruturação dos planejamentos de saúde.
261. Fortalecer os espaços de controle social, conselhos municipais e estaduais, conselhos gestores, ministério público estadual e federal e outros, de modo que possam fiscalizar a reestruturação dos serviços de saúde mental, através de ações sistemáticas e permanentes, respeitando as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.
262. Efetivar as experiências de co-gestão com movimentos sociais nos termos da Lei 8.142.
263. Assegurar que a saúde mental seja inserida de forma integral e universal, em todas as esferas de saúde, para que os usuários tenham participação em todos os níveis de atenção à saúde.
264. Garantir a análise e reflexão nas esferas de gestão, através do controle social, para avaliar a congruência entre proposições das Conferências de Saúde e as de Saúde Mental, identificando as semelhanças e as diferenças como referência para a criação de sistemas de ampliação e monitoramento e para o planejamento das respectivas ações, com vistas à integração do debate nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Garantia dos avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica

265. Garantir as conquistas obtidas com a Reforma Psiquiátrica, em especial a desinstitucionalização e a inclusão social e a sustentabilidade e/ou reafirmação do modelo assistencial da atenção psicossocial, em conformidade com a legislação vigente, independentemente de quaisquer mudanças que ocorram no Executivo.
266. Fazer cumprir a Lei 10.216/2001, além de não admitir a revisão e nem o retrocesso das conquistas alcançadas a partir de sua aprovação, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegurando os seus direitos de cidadania, em especial, o acesso ao tratamento na rede substitutiva.
267. Exigir que cada esfera de governo assuma sua responsabilidade pela reestruturação da assistência em saúde mental.
268. Manter a decisão do Ministério da Saúde de não remunerar Comunidades Terapêuticas, ECT (eletroconvulsoterapia), psicocirurgia e qualquer outra intervenção invasiva.
269. Garantir o cumprimento da portaria que regulamenta a criação de 10% de leitos de atenção integral em saúde mental em Hospitais Gerais.
270. Criar leitos clínicos para desintoxicação e ampliar os leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais.
271. Garantir o tratamento das pessoas com transtornos mentais que cometem delitos, em cumprimento às diretrizes do SUS e à Lei 10.216/2001, visando o fim do manicômio judiciário.
272. Promover junto aos prestadores de serviço do SUS, formação e capacitação, para assegurar na íntegra, a adequação às normativas estabelecidas nas leis e diretrizes da Saúde Mental e nas Conferências.

Hospitais psiquiátricos

273. Não admitir funcionamento de hospitais descredenciados pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH.
274. Intensificar a política de saúde mental no país, promovendo, em parceria com estados e municípios, o fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos, na medida da implantação dos serviços substitutivos, garantindo também a assistência à família, para viabilizar a realocação dos recursos financeiros e humanos para a rede de atenção psicossocial substitutiva.
275. Não abrir novos hospitais psiquiátricos públicos ou privados, nem ampliar leitos nos já

existentes.

276. Extinguir a utilização dos leitos conveniados em hospitais e clínicas psiquiátricas, com a total responsabilização do Estado na gestão e financiamento da assistência em Saúde Mental.

Privatização/terceirização da atenção

277. Não admitir a privatização dos serviços de Saúde Mental, coibindo e rejeitando todas as formas de terceirização de serviços e programas de saúde mental.
278. Combater as formas de administração dos serviços públicos de saúde e de contratação de pessoal por OS (Organização Social), OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), ONG (Organização Não - Governamental), Cooperativa ou qualquer outra de natureza privada, considerando as conquistas históricas do Movimento Sanitário, a Constituição Federal e as deliberações das instâncias democráticas de controle social do SUS.
279. Combater a privatização decorrente do modelo neoliberal dos direitos fundamentais, dentre estes a saúde, nas diversas formas nas quais esta privatização se apresenta: fundações estatais de direito privado, clientelismo com a indústria farmacêutica, parcerias mistas, primando pela contratação efetiva de profissionais, considerando as conquistas históricas do movimento da Reforma Sanitária, a constituição federal de 1988 e as deliberações das instâncias democráticas de controle social do SUS.

Critérios populacionais para abertura e credenciamento de serviços

280. Reformular o critério populacional e propiciar a consideração do critério epidemiológico para a implementação de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi, e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF I e II) havendo revisão das portarias 336 e 154, com o objetivo de ampliar o número destes serviços.
281. Expandir a rede de atenção psicossocial ampliada (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi, ambulatórios e leitos de atenção integral, Residências Terapêuticas, Leitos em Hospital Geral, Centros de Convivência, Casas de Passagem e demais dispositivos que visem a superação definitiva do modelo manicomial), bem como garantir, por portaria, a criação de ambulatórios ampliados em municípios com população inferior a 20.000 habitantes, respeitando os princípios do SUS e portarias ministeriais vigentes.
282. Expandir a rede de atenção psicossocial ampliada, garantindo a implantação de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi, inclusive com hospitalidade noturna, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos em Hospital Geral, centros de cultura, convivência e cooperativas, rede de atenção básica com equipes de Saúde Mental, ESF e NASF, visando a

superação definitiva do modelo manicomial, bem como rever os critérios populacionais para a implantação dessa rede em municípios com população inferior a 20.000 habitantes, como soluções locais e ou regionais, respeitando os princípios do SUS e efetivo controle social.

Intersetorialidade

283. Garantir o acesso dos usuários de saúde mental aos serviços de saúde e em outros serviços e programas intersetoriais, visando à universalidade e a integralidade no atendimento.
284. Construir uma matriz intersetorial de serviços de abrangência federal, estadual e municipal, com objetivo de cruzar os dados do SUS, SUAS, e outros programas, projetos, organizações não governamentais, movimentos sociais e instituições de ensino e pesquisa

acompanhamento ao usuário atendido no CAPSad na promoção da geração de renda, sociabilidade e acesso a serviços públicos diversos.

290. Formular políticas em saúde mental voltadas à atenção integral de pessoas em situação de violência doméstica e sexual e familiares com a garantia de recursos inseridos na LOA (Lei Orçamentária Anual) e PPA (Plano Plurianual).
291. Garantir, em cada nível de gestão, as despesas de deslocamentos inerentes aos processos de Tratamento Fora do Domicílio (usuários e acompanhantes), inclusive nos casos de necessidade de tratamento dos usuários de álcool e outras drogas.
292. Diminuir a exigência para a implantação dos NASF II de três ESF para apenas duas equipes, possibilitando a implantação deste dispositivo em municípios de baixa densidade demográfica.
293. Garantir que o setor executivo efetive em seu orçamento, de forma prioritária, o número mínimo de equipes para os Centros de Atenção Psicossocial e que os referidos serviços não ultrapassem o número de pacientes atendidos determinados pelas portarias 336 e 154, sendo tais ações garantidas pelos órgãos de controle social.
294. Revisar e reavaliar, por uma comissão federal composta por gestores, trabalhadores, usuários e familiares dos CAPS, os critérios de equipe mínima e o número de pacientes atendidos pelos Centros de Atenção Psicossocial.
295. Ampliar as equipes mínimas das UBS e CAPS, a fim de garantir melhor qualidade nos serviços prestados à população.

Centros de Convivência

296. Instituir uma portaria ministerial que normatize as diretrizes gerais para a criação dos Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS, garantindo o financiamento pelo Governo Federal.
297. Estabelecer Portaria Ministerial que normatize e regulamente os Centros de Convivência e Cooperativas como serviços da rede substitutiva de Saúde Mental, com garantia de financiamento nas três esferas governamentais – federal, estadual e municipal.
298. Instituir uma portaria interministerial que normatize as diretrizes gerais e parcerias intersetoriais para criação de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção à Saúde Mental, com financiamento garantido pelo

Eixo I I

Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais

2.1 - Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado

Princípios e diretrizes gerais

299. O processo de superação do modelo asilar e de efetivação da reforma psiquiátrica requer a promoção de relações entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no acolhimento e no vínculo, no sentido de evitar que se reproduza, dentro dos serviços substitutivos, a lógica do manicômio.
300. Para tanto, é necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o “protagonismo social”, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação. Dessa forma, exige, também, garantir e promover a inserção e a participação das famílias na construção dos projetos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental.
301. Com essa perspectiva, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (IV CNSM-I) ratifica a necessidade de criação de políticas intersetoriais e de potencialização de ações que garantam: o atendimento, a capacitação, a informação, o suporte às famílias e aos cuidadores dos usuários, envolvendo todos os atores no processo terapêutico; e o acolhimento na rede de serviços de saúde mental e nos diferentes serviços que compõem a rede - por exemplo, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Referência da Assistência Social, Atenção Primária, Educação, - compartilhando e multiplicando o cuidado em saúde mental, fortalecendo a co-responsabilidade, o compromisso com o tratamento, e resgatando o protagonismo de todos os atores.
302. De modo especial, essas diretrizes implicam garantir, por um lado, a democratização da gestão do processo de trabalho em saúde mental com a participação dos trabalhadores, usuários e familiares; e, por outro, a criação de espaços regulares de encontro entre esses atores, estimulando a realização de assembléias, buscando a participação contínua de todos nos espaços coletivos de discussão, com o objetivo de avaliar e planejar as ações dos serviços.
303. Nessa perspectiva, se faz necessário intensificar a discussão e consolidação da Política Nacional de Humanização, em todas as unidades da rede de serviços de saúde mental, e do cuidado e atenção à saúde mental dos trabalhadores do SUS.

304. Em paralelo, essas diretrizes exigem, também, fortalecer e promover a integração entre os CAPS e os demais serviços que compõem a rede de saúde e de saúde mental dos municípios, além de outros setores da vida cidadã, objetivando a integralidade e a continuidade do cuidado, evitando o “encapsulamento” dos serviços substitutivos, e promovendo a qualidade de vida.
305. Por fim, a consolidação do processo de reforma psiquiátrica torna imprescindível o fortalecimento dos movimentos sociais, das associações de familiares e usuários nos serviços de saúde mental, em serviços da rede e na comunidade, instituindo movimentos para que o usuário possa ter garantido seus direitos de cidadão, de forma a superar preconceitos e ser protagonista de seu próprio tratamento. Além disso, requer que esses movimentos possam estabelecer interlocução com as políticas públicas, utilizando espaços de participação dos usuários - assembléias, conselhos de saúde, associação de usuários e familiares, seminários, conferências - e garantindo a responsabilidade social para com as pessoas com sofrimento psíquico.

Além destes princípios e diretrizes gerais, foram também deliberadas propostas para os temas: cotidiano dos serviços e fortalecimento do protagonismo dos atores; ações de atenção aos trabalhadores; incremento de ações intra e intersetoriais; e suportes específicos às ações de cuidado. As propostas foram as seguintes:

Cotidiano dos serviços e fortalecimento do protagonismo dos atores

306. Garantir a democratização da gestão do processo de trabalho em saúde mental, com a participação dos trabalhadores, usuários e familiares, através de eleições diretas para todos os cargos diretivos.
307. Identificar e valorizar o saber popular em nível regional e local com o objetivo de agregar conhecimentos no tratamento em saúde mental.
308. Realizar eventos, palestras, oficinas e encontros para a comunidade e famílias, visando o esclarecimento e a orientação sobre transtornos mentais, formas de tratamento e “quebra” de preconceito.
309. Criar programas de incentivo a projetos e iniciativas que privilegiem o trabalho com a família, no sentido de estimular o trabalho focado no fortalecimento do vínculo doméstico que permeia a relação entre a pessoa com sofrimento psíquico e os outros membros da família.

310. Garantir e promover a inserção e a participação das famílias na construção dos projetos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental, quando em tratamento, ao mesmo tempo em que se preserve a autonomia dos sujeitos, desenvolvendo estratégias para incluí-los nos serviços, tais como: oficinas, assembleias, plenárias, ações educativas e preventivas, rodas de conversas e reuniões.
311. Promover a participação de usuários como facilitadores de cursos e oficinas que tenham por objetivo favorecer a visão sobre as pessoas com sofrimento psíquico, sua auto-estima e desempenho ocupacional.
312. Aprofundar as discussões de casos clínicos, considerando o sujeito de forma integral, e buscando promover maior interdisciplinaridade, ou seja, integração entre o conjunto de diversos saberes profissionais.
313. Garantir a participação do médico em outras atividades terapêuticas, além da consulta individual, nos serviços de saúde mental.

Ações de atenção aos trabalhadores

314. Criar políticas e buscar estratégias de atenção integral à saúde dos trabalhadores da rede de saúde mental, garantindo o cuidado dos mesmos.
315. Criar políticas de incentivo ao trabalhador: treinamento em serviço; gratificação especial para atividades no âmbito da saúde mental; supervisão; interface com outros serviços para assistência terapêutica voltada às necessidades físicas e psicológicas do trabalhador; criação de um programa de incentivo ao lazer, cultura e esporte; e aposentadoria especial (após 25 anos de trabalho) para os trabalhadores de saúde mental.

Incremento de ações intra e intersetoriais

316. Fortalecer, na atenção básica, o acolhimento às demandas de cuidadores e familiares, através de oficinas (terapêuticas e profissionalizantes) e demais ações educativas.
317. Garantir, prioritariamente, o atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, acometidas de outros problemas de saúde, em todo e qualquer serviço de saúde, investindo ativamente contra o estigma e a discriminação.
318. Garantir, por meio de capacitação, a efetivação do atendimento à infância, aos idosos e aos usuários de álcool e outras drogas em todos os serviços de saúde mental.
319. Fortalecer e promover uma melhor integração entre os CAPS e os demais serviços que compõem a rede de saúde e de saúde mental dos municípios - atenção básica, equipes de

saúde da família, Hospital Geral, ambulatórios -, além de outros setores da vida cidadã, por exemplo, educação, justiça, previdência, habitação, etc., objetivando a integralidade e a continuidade do cuidado, evitando o “encapsulamento” dos serviços substitutivos, e promovendo a qualidade de vida a fim de intensificar e qualificar os processos de referência e contra referência, na lógica da co-responsabilização; manter organizados os fluxos de acolhimento, encaminhamento, bem como no atendimento nos momentos de crise, desburocratizando e democratizando as relações com os usuários e familiares que utilizam o serviço, a fim de garantir o cuidado integral aos usuários, com diálogo, vínculo e respeito no processo terapêutico.

- 320. Criar oportunidades para a realização de cuidado integral, por equipes capacitadas no cotidiano dos serviços da rede intersetorial, para atender, também, usuários de drogas, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua e outros cidadãos marginalizados, observando as propostas oriundas da reforma psiquiátrica, evitando práticas manicomiais nos serviços, e incluindo o usuário no projeto terapêutico.
- 321. Efetivar a utilização da rede de apoio de saúde, de assistência social, e de proteção, entre outras existentes nos municípios, de modo que o usuário e sua família recebam o apoio necessário, de forma integral, favorecendo a não utilização de medicação desnecessária.

Suportes específicos às ações de cuidado

- 322. Assegurar o princípio da privacidade dos usuários no uso de salas apropriadas, com isolamento acústico nos CAPS.
- 323. Desenvolver atividades para conscientização dos profissionais sobre os efeitos dos medicamentos e adesão terapêutica em saúde mental.
- 324. Exigir que o Ministério da Saúde elabore protocolos clínicos para atendimento da pessoa com sofrimento psíquico nas unidades de atendimento.

2.2 - Práticas clínicas no território

Princípios e diretrizes gerais

- 325. O aprofundamento do processo de reforma psiquiátrica implica fomentar o aporte financeiro, com metas definidas, nas três esferas de governo, para o aprimoramento da rede de saúde mental, em especial nas práticas clínicas no território.
- 326. Nessa perspectiva, a IV CNSM-I enfatiza a necessidade de garantir a implementação

de políticas públicas intersetoriais visando à cultura, lazer, educação, esportes e geração de renda que garantam a integração dos serviços públicos com as organizações comunitárias de seus territórios, aproveitando e fortalecendo os espaços públicos existentes, e apoiando a criação de novos espaços, como centros culturais e esportivos, centros de convivência e cooperativas, praças, parques e ginásios, entre outros.

327. Dessa forma, é imprescindível fortalecer as ações de promoção, proteção e cuidado em saúde mental na atenção primária, através de dispositivos intersetoriais que reforcem a territorialização dos equipamentos sociais, culturais, e de práticas populares de saúde e cuidado. Ao mesmo tempo, é necessário criar dispositivos de co-responsabilização a serem utilizados como mecanismos de interlocução e integração entre os diversos segmentos da saúde com a comunidade e outros envolvidos no cuidado em saúde mental na lógica antimanicomial.
328. Trata-se, ainda, de: promover e estimular o trabalho em rede com equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar; ampliar o apoio matricial; potencializar a missão dos CAPS no território; e de fortalecer as ações e o cuidado no território, através de espaços, estratégias, e dispositivos diversos, valorizando as potencialidades dos usuários e considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento dos usuários de forma itinerante.
329. Em paralelo é fundamental fomentar a implementação da Política Nacional de Humanização - diretrizes e dispositivos - na saúde mental e atenção básica, e implantar o acolhimento como diretriz nos serviços de saúde, destacando a atenção às questões de saúde mental, e garantindo porta aberta para entrada nos serviços em saúde mental.
330. De modo especial, essas diretrizes implicam qualificar os espaços de atenção em saúde mental com o desenvolvimento de educação permanente dos profissionais de saúde, promovendo o diálogo entre o saber acadêmico e o saber popular.

A seguir estão elencadas as demais deliberações da IV CNSM-I em relação a este sub-eixo:

Trabalho em rede e no território

331. Implantar e implementar tecnologia de matriciamento da atenção básica em saúde mental na rede de saúde e demais dispositivos intersetoriais.
332. Ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios, garantindo o apoio matricial realizado por equipe/profissionais de saúde mental.
333. Fortalecer e ampliar o apoio matricial realizado pelos profissionais de saúde mental para

- o acompanhamento das demandas de saúde mental junto aos serviços de saúde respondendo às necessidades de saúde mental dos usuários e trabalhadores de saúde, envolvendo a comunidade e os conselhos de saúde.
334. Garantir o financiamento para a formação de Terapia Comunitária nos municípios que desejem implantá-la e fortalecer naqueles que já estão em desenvolvimento, como importante estratégia de cuidado no território.
335. Criar estratégias para modificar o uso contínuo e indiscriminado de medicamentos, fortalecendo os espaços de escuta e expressão no território, utilizando terapia comunitária, rodas de conversa, oficinas terapêuticas, grupos de dança, arte-terapia, trabalho direcionado à valorização das potencialidades dos usuários no esporte, artesanatos, artes (plásticas, musical, cênicas).
336. Implementar e ampliar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) na rede de serviços de saúde e saúde mental de forma integrada no território, tais como, a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia, as práticas psico-corporais, dentre outras.
337. Incentivar, fortalecer e ampliar o financiamento de ações no território como o Acompanhamento Terapêutico, as ações/estratégias de redução de danos e atenção domiciliar, considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento do usuário de forma itinerante, atendendo às suas particularidades e necessidades específicas.
338. Apoiar o trabalho com oficinas terapêuticas na atenção em saúde mental, visando à promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde dos usuários.
339. Potencializar a missão dos CAPS no território, ampliando a cobertura e as ações itinerantes, intensificando abordagens especializadas, tanto no município-sede, quanto nos distritos e povoados.
340. Garantir a realização e participação em atividades extra-CAPS - passeios, atividades culturais, atividades esportivas, etc. - como forma de estimular a reinserção social dos usuários.
341. Garantir atendimento integral pautado nas necessidades físicas, psíquicas e sociais, integrando atenção básica, a média e a alta complexidade e a rede de saúde mental de forma a garantir que os usuários sejam atendidos em consultas especializadas, nas diversas áreas, respeitando a sua região de abrangência.
342. Adotar o conceito de co-responsabilização do atendimento para os egressos de internações psiquiátricas.
343. Garantir, acompanhar e monitorar as ações de saúde bucal dos usuários em saúde mental.

344. Fortalecer a articulação entre SUS e SUAS, através do apoio matricial, como estratégia de integração entre as equipes de saúde mental e casas de acolhimento visando o fortalecimento do cuidado em rede.

Educação permanente e avaliação da rede

345. Ampliar para toda a rede de saúde mental o Programa de Avaliação dos CAPS.
346. Qualificar os profissionais da rede de saúde mental para o atendimento integral às pessoas com transtorno do espectro autístico.

2.3 - Centros de atenção psicossocial como dispositivo estratégico da reforma psiquiátrica

Princípios e diretrizes gerais

347. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (CNSM-I) reafirma o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS - como dispositivo fundamental do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao hospital psiquiátrico, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços, e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais e de intensificar a comunicação entre os CAPS, a rede de saúde mental e a rede geral de saúde, contemplando as dimensões intra e intersetoriais.
348. Com essa perspectiva, a consolidação do processo de reforma psiquiátrica exige acelerar a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad -, adequando-os às necessidades reais de cada município, de forma a elevar a cobertura assistencial em todos os Estados conforme a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001.
349. Os CAPS, serviços na comunidade, devem operar com atenção integral, de forma interdisciplinar e intersetorial, realizar apoio matricial, atuar de modo articulado com as demais políticas públicas, e não reproduzir práticas manicomial. É fundamental, também, que os CAPS garantam o acesso, com horário estendido e porta aberta, o acolhimento e cuidado à crise, a ambiência, a dispensação de medicação, e a realização de visitas domiciliares.
350. Dessa forma, assume centralidade investir em sua efetiva implantação e funcionamento, garantindo condições de trabalho e infra-estrutura adequada, tanto física, quanto material, assim como os recursos humanos necessários.
351. Para assegurar a qualidade da atenção, é imprescindível o desenvolvimento de

processos de: Educação Permanente para os trabalhadores de saúde mental e os atores intersetoriais envolvidos; e de avaliação dos CAPS e da rede, com base nos princípios e nas diretrizes do SUS, da reforma psiquiátrica, e da política nacional de saúde mental.

352. Para realizar esse conjunto de objetivos, indica-se, também, a revisão de normativas, e a necessidade de garantir condições de trabalho, assim como financiamento para a implantação e manutenção dos CAPS, e para a expansão da rede de serviços substitutivos.

Além destes princípios e diretrizes gerais, foram também deliberadas as seguintes propostas:

CAPS e consolidação da rede

353. Não admitir CAPS e demais serviços com características e práticas manicomial, que não acolham e tratem os casos de urgência, trabalhando como serviços alternativos ao hospital psiquiátrico.
354. Consolidar os serviços existentes na função estratégica dos CAPS como articuladores da rede de serviços.
355. Adequar os CAPS à Portaria 336/2002, onde constam visitas domiciliares, apoio matricial ao Programa de Saúde da Família, garantindo condições de trabalho, equipe mínima e estrutura física adequada.
356. Assegurar padrão básico de ambiência como pré-requisito para funcionamento de CAPS, conforme legislação vigente.
357. Garantir, aos usuários do CAPS, como parte dos serviços oferecidos, o aporte de alimentação, transporte, medicação e demais itens básicos necessários à efetivação dos diversos serviços especializados prestados.
358. Acelerar a implantação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico do tipo CAPS (I, II, III, CAPSi e CAPSad) em todos os municípios, adequando-os às necessidades reais de cada município.
359. Acelerar a implantação de CAPS para elevar a cobertura assistencial em todos os Estados, respeitando o disposto pela Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, bem como os demais dispositivos normativos e critérios já existentes.
360. Ampliar o número de CAPS nos Estados, particularmente de CAPS III e CAPSi nas regiões de saúde, reavaliando o índice de cobertura estabelecido pelo Ministério da Saúde e as demandas de cada área, no sentido de acolher a crise e evitar internações em hospitais psiquiátricos.

361. Implantar, de forma emergencial, CAPSad e CAPSi, bem como outros serviços de saúde mental, de acordo com o perfil epidemiológico e a demanda de cada município.
362. Priorizar a implantação dos CAPS III, infantil, e álcool e drogas, independente do número de habitantes.
363. Priorizar a implantação de CAPS III como estratégia da reforma psiquiátrica, com características antimanicomiais, em substituição ao hospital psiquiátrico.
364. Priorizar a migração de modalidade dos CAPS II para CAPS III em municípios nos quais existem hospitais psiquiátricos, como forma de fortalecer o modelo substitutivo da reforma psiquiátrica.
365. Reafirmar os CAPS como os dispositivos por excelência para o cuidado e o tratamento dos autistas, nos Estados, em consonância com as diretrizes da política nacional de saúde mental, garantindo a continuidade do tratamento das pessoas com autismo nos CAPS I, II e III.
366. Assegurar a regionalização dos serviços oferecidos pelos CAPS por meio do Programa de Pactuação Integrada.
367. Agilizar a aprovação e o cadastramento dos CAPS junto ao Ministério da Saúde.
368. Garantir mecanismos de integração entre os serviços substitutivos de saúde mental para que haja uma troca de experiências.
369. Garantir a implantação de novas residências terapêuticas e que o acompanhamento dos usuários seja realizado pela equipe de saúde mental.
370. Garantir a integração de acompanhamento neurológico e psiquiátrico para os usuários matriculados nos CAPS, que assim o necessitem.

Revisão de normativas

371. Revisar os critérios populacionais para a criação de serviços substitutivos em saúde mental.
372. Revisar os critérios das Portarias para implantação dos CAPS e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, considerando a demanda dos municípios, as particularidades regionais, os perfis epidemiológicos, com destaque para o contingente populacional e as diferentes modalidades de CAPS (CAPS Flutuante/itinerantes), não fixando critérios populacionais.
373. Criar CAPS flutuante, com apoio do governo federal, para melhor atender a população ribeirinha da zona rural da Amazônia Legal, respeitando a cultura local e o conhecimento tradicional.
374. Expandir o horário de funcionamento dos CAPS, conforme necessidade dos usuários,

através de Portaria específica; ampliar a equipe multiprofissional, bem como o financiamento em função deste novo projeto institucional, e instituir a progressão dos CAPS (por exemplo: de CAPS I para CAPS II, de CAPS II para CAPS III), visando absorver a demanda crescente por estes serviços.

375. Garantir a implantação de CAPSi III para atender a demanda infantil e juvenil em crises e urgências.
376. Ampliar e diversificar a equipe multiprofissional nos dispositivos de saúde mental, considerando as especificidades regionais, e revendo a Portaria 336/02 para incluir a contratação de acompanhantes terapêuticos, arte terapeutas, professores de Educação Física, musicoterapeutas, professores de Artes Cênicas e de Yoga, massoterapeutas, psicopedagogo, etc., para todas as modalidades de CAPS, assegurando a interdisciplinaridade da atenção.
377. Ampliar a equipe multiprofissional no atendimento 24 horas em CAPS III, garantindo a permanência de equipe mínima de profissionais de nível superior, técnico de apoio, auxiliar de serviços gerais, e motorista com carro.
378. Criar e reconhecer o cargo ou função de coordenador de saúde mental e de CAPS nos municípios, legitimando-o do ponto de vista técnico e político, e garantindo que sua ocupação seja por profissional capacitado e atuante na área de saúde mental.
379. Garantir o transporte eletivo de qualidade para pessoas com transtorno mental grave, com limitações de locomoção e comprometimento da autonomia e garantir a cessão de vale transporte.

Condições de trabalho

380. Criar e contratar, através de concurso público, equipe interdisciplinar em saúde mental para trabalhar nos leitos de atenção psicossocial nos hospitais gerais.
381. Garantir isonomia salarial a todos os trabalhadores em saúde mental, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS.
382. Garantir a todos os trabalhadores de saúde lotados em unidades de saúde mental, insalubridade e gratificação devido à complexidade da ação.

Educação permanente

383. Garantir a qualidade da assistência através de uma Política de Educação Permanente em Saúde Mental e a implementação de protocolos de assistência.
384. Garantir contratação imediata de profissionais via concurso, com perfil para trabalhar em saúde mental, propondo a implantação de uma política de especialização e de capacitação

- permanente para esses profissionais.
385. Garantir e viabilizar supervisão clínico-institucional para todos os trabalhadores de saúde mental, com sustentabilidade na gestão local.
386. Fomentar a criação de centros de estudo nos CAPS como forma de estímulo a debates, seminários e pesquisas.
387. Capacitar as equipes do SAMU 192, Polícia Militar e Corpo de Bombeiros Militar, de acordo com protocolo baseado na Política de Saúde Mental, para abordagem de crises de transtornos mentais e decorrentes do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, tendo uma equipe multiprofissional no SAMU 192 como referência.
388. Preparar e capacitar equipes dos CAPSi para atendimento a quadros específicos associados ao transtorno mental como: autismo, outros transtornos invasivos do desenvolvimento, deficiência intelectual, síndrome de Down e paralisia cerebral.
389. Garantir atenção em saúde mental nos serviços de urgência e emergência, com garantia de treinamento aos profissionais para prestar este atendimento.

Avaliação dos CAPS, da rede e fomento à pesquisa

390. Garantir avaliação anual por parte da gestão estadual e regional dos CAPS, em termos técnicos, de satisfação do usuário, do profissional e de estrutura, tendo em vista os princípios do SUS e a política nacional de saúde mental.
391. Fomentar a pesquisa e a avaliação da rede assistencial em saúde mental, com vistas à sua reorganização e otimização nos níveis primário, secundário e terciário, coerente com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica.

Financiamento

392. Garantir transparência no processo de migração definitiva dos recursos federais advindos do anterior modelo de atenção hospitalocêntrico para a expansão da rede de serviços substitutivos.
393. Aumentar a contrapartida de recursos financeiros - federal, estaduais e municipais - para implantação e manutenção dos CAPS, NASF e outras redes substitutivas de saúde mental, incluindo a política para álcool e outras drogas na atenção básica.
394. Garantir a liberação e aprovação de projetos para construção, ampliação ou reforma das unidades de saúde onde funcionam os CAPS, já em funcionamento, bem como para os novos CAPS.
395. Implantar CAPS nos municípios da região em que houver demanda de saúde mental, com aceleração da liberação do repasse financeiro mensal.

2.4 - Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços

Princípios e diretrizes gerais

396. A consolidação da reforma psiquiátrica exige a priorização, por parte dos gestores dos níveis federal, estadual e municipal, da atenção à crise no âmbito da rede substitutiva em saúde mental, considerando sua importância fundamental na implementação de um processo efetivo que possibilite a extinção dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer outros estabelecimentos em regime fechado.
397. Dessa forma, a IV Conferência ratifica a criação, o fortalecimento, e a ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas - saúde mental na atenção básica, ambulatórios de saúde mental, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, CAPS I, II, III, CAPSi, CAPSad, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA)/Pronto Atendimento, e leitos em hospitais regionais e gerais -, destacando que essa rede deve atuar na lógica antimanicomial e interdisciplinar, integrada nas três esferas de governo.
398. Em paralelo, a Conferência enfatiza o descredenciamento progressivo dos leitos psiquiátricos da rede privada e a desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos públicos, com o cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/ Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), e a necessidade de garantir a participação das organizações de usuários e de familiares, assim como o deslocamento dos recursos financeiros para a criação e manutenção dos serviços substitutivos.
399. A garantia de atenção qualificada e humanizada às pessoas que vivenciam situações de crise, assegurando, aos usuários e familiares, a continuidade do acompanhamento na rede de atenção psicossocial, requer considerar as necessidades das diversas realidades locais, em particular as dos municípios de pequeno porte.
400. Para isso é imprescindível garantir e ampliar a atenção 24 horas às situações de crise em saúde mental, assegurando o atendimento às emergências psiquiátricas em unidades gerais 24 horas, em Prontos Socorros Geral/Pronto Atendimento, em hospitais gerais, e em CAPS III.
401. Dessa forma é fundamental melhorar, ampliar, capacitar e fortalecer as parcerias e interlocução entre a rede de saúde mental e atenção básica, SAMU 192, serviços de segurança pública e universidades que operam nas intervenções de emergência, garantindo,

em todo território nacional, a atenção cuidadosa e ágil aos cidadãos com sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas, incluindo as pessoas em situação de rua, e, quando necessária, a remoção com acolhimento qualificado.

402. Nesse sentido, adquire especial importância assegurar financiamento nas três esferas de governo, e desenvolver processos de educação permanente, para o manejo e a atenção à crise, a todos os atores envolvidos - intra e intersetoriais, comunitários e familiares/cuidadores -, promovendo ações que possibilitem atenção humanizada e construção de redes intersetoriais.

Além destes princípios e diretrizes gerais foram também deliberadas as seguintes propostas:

Atenção à crise na rede

403. Extinguir definitivamente toda e qualquer forma de internação de cidadãos com sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos e em quaisquer outros estabelecimentos de regime fechado, acabando também com a eletroconvulsoterapia no Brasil.
404. Garantir e ampliar o atendimento das situações de crise em saúde mental 24 horas, priorizando CAPS III, no Pronto Socorro Geral em articulação com a rede SAMU 192; em municípios que não tenham estes dispositivos, garantir que os serviços de emergência atendam às situações de crise em saúde mental facilitando o acesso aos demais serviços de saúde.
405. Garantir, sempre que o usuário com sofrimento psíquico estiver em crise e que se faça necessária a intervenção em emergência hospitalar, esta ocorra nos hospitais gerais que tenham serviço de urgência e emergência.
406. Atender as emergências psiquiátricas em unidades gerais 24 horas, contando ainda com equipes volantes para dar suporte matricial às unidades básicas e secundárias de saúde.
407. Garantir, em todo território nacional, a implantação imediata de CAPS III, conforme a legislação vigente, dando ênfase à importância desse dispositivo na atenção à crise na rede substitutiva de saúde mental, dispensando o recurso ao hospital psiquiátrico.
408. Garantir leitos de retaguarda noturna, finais de semana e feriados, em Hospitais Gerais, inclusive em municípios de pequeno porte, para cidadãos com sofrimento psíquico, assim como leitos para síndrome de abstinência e desintoxicação para adultos, crianças e adolescentes, com equipe capacitada possibilitando tratamento humanizado.
409. Garantir o atendimento intensivo e qualificado à crise nos serviços da rede de saúde mental às pessoas com transtorno mental egressas de Hospital de Custódia e Tratamento

- Psiquiátrico, de maneira a evitar a reinternação em hospital psiquiátrico ou em qualquer outro estabelecimento de regime fechado.
410. Assegurar a integração entre os serviços substitutivos e os Hospitais Gerais na atenção aos usuários de saúde mental em co-morbidade clínica em ação compartilhada com equipe no plano terapêutico.
 411. Ampliar as equipes de Núcleos de Apoio à saúde da Família para 100% de cobertura das ESF incluindo profissionais, conforme Portaria n. 154/2008.
 412. Implantar de forma imediata, a política de redução de danos e/ou risco do Ministério da Saúde, adequando à realidade local, considerando a população em situação de vulnerabilidade social, através da contratação de agentes redutores de danos com a possibilidade de que estes sejam selecionados entre os usuários dos serviços.
 413. Garantir acompanhamento por familiares ou pessoas de vínculo próximo aos usuários no período de internação, propiciando redução de danos afetivos e do tempo de internação.
 414. Garantir que a ausência de familiar e/ou responsável durante a situação de crise e/ou internação psiquiátrica em hospital geral não seja impedimento à realização e garantia do atendimento ao usuário, respeitando a singularidade de cada um.
 415. Garantir o acompanhamento do usuário e familiares após a situação de crise e/ou internação na rede de atenção psicossocial. Nos municípios onde não exista demanda populacional para CAPS, garantir a contratação, através de concurso público, e a capacitação de profissionais para atenção básica para acompanhamento dos egressos de internação e dos usuários após situação de crise.
 416. Garantir, em todo país, contemplando as particularidades geográficas e regionais: cobertura eficaz de transporte móvel para atendimento às emergências em saúde mental com acolhimento adequado; o atendimento e a remoção qualificados de pessoas que vivenciam situações de crise (urgência e emergência psiquiátrica) pelo SAMU 192; e o deslocamento para unidades gerais de pronto atendimento no âmbito local e/ou nos CAPS III, inclusive com capacitação e treinamento em saúde mental para as equipes do SAMU 192.
 417. Garantir o transporte adequado para usuários em crise e profissionais, priorizando o atendimento desses usuários nos serviços de pronto-atendimento e emergência.

Revisão de normativas

418. Ampliar as equipes mínimas de CAPS I, II, III, CAPSad e CAPSi, além do preconizado na Portaria n. 336/2002, dadas as peculiaridades destes usuários e desta clínica.

Educação permanente

419. Garantir processos de educação permanente para o manejo e a atenção à crise, dirigida aos atores envolvidos - CAPS, atenção primária à saúde, Estratégia de Saúde da Família, unidades básicas de saúde, serviços residenciais terapêuticos, Primeira Infância Melhor, SAMU 192, Unidade de Pronto Atendimento, hospital geral, Segurança Pública, Conselho Tutelar, Bombeiros, Brigada Militar, Guarda Municipal, Educação, Defesa Civil, familiares/cuidadores de pessoas com transtorno mental ou decorrentes de uso abusivo de álcool e outras drogas -, promovendo ações que possibilitem atenção humanizada e construção de redes intersetoriais.
420. Qualificar e sensibilizar as equipes da rede responsáveis pelo pronto atendimento às situações de urgência e emergência em saúde mental tais como Serviço de Urgência Psiquiátrica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Resgate, Unidade de Pronto Atendimento e Porta de Entrada, primando pela humanização do atendimento, e buscando formalizar parcerias quando não existentes.
421. Garantir, nas três esferas do governo, financiamento para supervisão clínico-institucional para todos os CAPS cadastrados, com ênfase na atenção à crise.

Financiamento

422. Incentivar técnica e financeiramente a implantação de CAPS III, CAPSi e CAPSad, de acordo com os indicadores demográficos e epidemiológicos dos municípios
423. Garantir, mediante monitoramento e avaliação, nas três esferas de governo, o financiamento e fortalecimento da política de saúde mental, álcool e outras drogas.
424. Garantir, no orçamento dos Ministérios - Educação, Desenvolvimento Social, Saúde, Esportes, Segurança e Cultura -, através de projetos de lei, ações para a prevenção em saúde mental, álcool e outras drogas, de acordo com as populações locais.

2.5 - Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território

Princípios e diretrizes gerais

425. A consolidação da política de saúde mental do SUS, orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica, exige estimular, ampliar e garantir os programas de desinstitucionalização - com o conseqüente fechamento dos leitos psiquiátricos - e a rede de

serviços substitutivos que favoreçam a inclusão e proteção a todos os cidadãos com sofrimento psíquico.

426. Com essa perspectiva, a IV Conferência enfatiza a necessidade de garantir e ampliar o acesso aos Serviços Residenciais Terapêuticos e ao Programa de Volta para Casa às pessoas com transtornos mentais que deles precisem, com ampliação do processo de financiamento. No sentido de garantir a acessibilidade devem ser desencadeados movimentos na direção de revisão das normativas e legislação existentes.
427. Nesse contexto, é de fundamental importância ampliar estratégias para fortalecer o protagonismo das famílias e dos usuários dos serviços de saúde mental, tendo em vista a necessidade de lutar contra o estigma e de favorecer a inclusão social das pessoas com transtornos mentais.
428. Destaca-se, ainda, a relevância de todos os atores assumirem o compromisso de não admitir nenhum tipo de postura ou incentivo que contrarie os princípios da reforma psiquiátrica, assim como não admitir políticas públicas discriminatórias e excludentes aos cidadãos com sofrimento psíquico.
429. É necessário promover a inclusão social dos usuários de saúde mental, incluindo aqueles em medida de segurança, tendo em vista a vulnerabilidade destes e o processo histórico de exclusão social, entre os grupos prioritários nos programas e políticas públicas como: Habitação, Cultura, Esporte e Lazer, Assistência Social, Educação, Transporte, Trabalho e Renda, Segurança Alimentar, Segurança Pública, Previdência Social e Justiça. As ações mencionadas devem ser pactuadas dentro das diretrizes da política de saúde mental.
430. O aprofundamento do processo de reforma requer, ainda, por um lado, um esforço no sentido de ampliar e fortalecer políticas públicas intersetoriais para a inserção de pessoas com transtorno mental no mercado de trabalho, garantindo o acesso a empregos públicos, privados e organizações coletivas para o trabalho associado. Por outro lado, torna-se fundamental assegurar políticas públicas e a implantação de serviços intersetoriais de Saúde e Assistência Social para os usuários que perderam seus vínculos familiares, que estão em cárcere privado ou que sofrem violência por parte de seus cuidadores, com a devida intervenção do Ministério Público e sensibilização do poder judiciário.
431. E, também, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial reafirma a necessidade de ampliar o trabalho em apoio matricial em saúde mental junto ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), emergências, hospitais gerais, justiça e outros setores.

A seguir estão elencadas as demais deliberações da IV CNSM-I em relação a este sub-eixo:

Desinstitucionalização e intersectorialidade

432. Criar Plano Emergencial Intersetorial, envolvendo Governo Federal, Estados e Municípios visando a desinstitucionalização de pessoas internadas em dispositivos de longa permanência - Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Hospitais Psiquiátricos em indicação de descredenciamento e os serviços de acolhimento institucional da Assistência Social - construindo estratégias para o seu retorno à família, ou garantindo a sua inserção em Programas de Moradia, destinando recursos à criação de Programa de Bolsas para aqueles que não tenham direito ao Programa de Volta para Casa e/ou Benefício de Prestação Continuada.
433. Realizar censo dos usuários em dispositivos de longa permanência - hospitais psiquiátricos, abrigos da Assistência Social e Hospitais de Custódia - e definir, em órgão colegiado, um cronograma de desinstitucionalização dos mesmos, com conseqüente fechamento dos leitos, assegurando rede substitutiva capaz de acolher essas pessoas, bem como banco de dados para facilitar enquadramento no Programa de Volta para Casa e no Benefício de Prestação Continuada.
434. Estimular, ampliar e garantir os programas de desinstitucionalização e a rede de serviços substitutivos que favoreçam a inclusão e proteção a todos os cidadãos com sofrimento psíquico, tais como: Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa, Programas de Geração de Renda e outros.
435. Ampliar ofertas de dispositivos de moradia - tais como serviços residenciais terapêuticos, pensões protegidas, moradias assistidas, casas populares, casa de apoio, etc. - para oferecer suporte às pessoas em situação de rua com transtornos mentais, dentro de uma perspectiva intersetorial que envolva projetos habitacionais, de justiça, direitos humanos e assistenciais, articulados com o Programa de Volta para Casa e programas de geração de renda.
436. Garantir a implantação de Centros de Convivência comunitários e de cultura, a partir de lei federal, em espaços abertos com parceria intersetorial, que efetivem a utilização de recursos territoriais (tais como parques, centros esportivos, associações comunitárias) para a realização de programas, oficinas e projetos ligados à educação, cultura, esporte e lazer, cidadania, preservação ambiental e empreendimentos econômicos solidários.
437. Construir e fortalecer espaços coletivos intersetoriais como instâncias de discussão da política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, através de fórum permanente, assegurando interlocução com a Educação, Conselhos Municipais de Saúde, Juizado, Promotoria, Conselhos Tutelares e Rede Nacional dos Direitos Humanos.

Acessibilidade

438. Garantir o acesso aos Serviços Residenciais Terapêuticos e ao Programa de Volta para Casa às pessoas com transtornos mentais referenciados pelos serviços da rede local de saúde mental.
439. Garantir, com financiamento nas três esferas de governo, o acesso aos benefícios contemplados pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) aos Serviços de Residências Terapêuticas e aos usuários do serviço de saúde mental com vínculos familiares rompidos e/ou em situação de vulnerabilidade social.
440. Garantir a implantação das 1.000 novas Residências Terapêuticas, conforme compromisso firmado pelo Governo Federal.

Revisão de normativas e de legislação

441. Promover revisão da Portaria GM 106/2000 que cria os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, criando novas formas de financiamento em parceria com segmentos da intersetorialidade que resulte em alocação de recursos para além daqueles provenientes da AIH psiquiátrica. Tais recursos devem atender aos usuários de saúde mental que não possuem vínculos familiares, bem como aqueles que são egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
442. Rever a Portaria de criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, para a ampliação dos critérios, de forma a contemplar a atenção e proteção aos usuários de saúde mental sem referência familiar, para oferecer o cuidado necessário, independente de ser egresso de hospital psiquiátrico.
443. Rever a Portaria de criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, para a ampliação dos critérios, a fim de favorecer a inclusão de pessoas moradoras de rua e/ou andarilhos com transtorno mental nas residências terapêuticas e no Programa de Volta para Casa.
444. Garantir que os programas de Residências Terapêuticas e o Programa De Volta Para Casa possam contemplar as pessoas com sofrimento psíquico egressas do sistema penitenciário e as que estão em processo de desinstitucionalização em outros espaços.
445. Rever os critérios de acesso e extensão do benefício do Programa de Volta para Casa (Lei n. 10.708/03) aos usuários egressos de internação psiquiátrica prolongada, posterior ao ano de 2003, ampliando o número de usuários beneficiários, criando mecanismo de reajuste anual de seu valor, tendo por parâmetro o salário mínimo, e prorrogando sua extensão no tempo, através do Ministério Saúde.
446. Propor ao Ministério da Saúde emenda da Lei que cria o Programa de Volta para Casa,

revisando os critérios de liberação do recurso e aumentando a adesão de usuários ao Programa.

447. Mudar a legislação da isenção tarifária dos transportes coletivos visando atender às pessoas com sofrimento psíquico que necessitam de acompanhamento contínuo nos serviços de saúde mental.
448. Pactuar o direito a passe livre nos ônibus municipais que fazem o trajeto da zona rural para a cidade aos usuários dos CAPS, e em caso de necessidade, com direito a acompanhante identificado na carteira, uma vez que estes necessitam de frequência regular no serviço.

Gestão e avaliação de serviços/programas

449. Garantir a realização do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) - Psiquiatria nos hospitais e clínicas psiquiátricas conveniados com o SUS no âmbito municipal, estadual e distrital, bem como a avaliação dos serviços públicos de saúde mental, assegurando a participação de representantes do controle social e a divulgação dos resultados.
450. Garantir a imediata discussão de mecanismos de gerenciamento de benefícios dos moradores de serviços residenciais terapêuticos com autonomia prejudicada, para melhorar a utilização do mesmo.

Financiamento

451. Garantir recursos das Políticas Habitacionais, nas três esferas de governo, destinadas a portadores de sofrimento psíquico e em medida de segurança, em atendimento na rede pública de saúde mental, efetivando o direito à moradia com dignidade, e reajustando valores para criação de Serviços Residenciais Terapêuticos, com Comissão de Acompanhamento e Implantação das Residências Terapêuticas.
452. Estabelecer e garantir, nas três esferas de governo, 5% das cotas em programas habitacionais para população de baixa renda às famílias com pessoas com transtorno mental, e/ou com deficiência intelectual, assim como aos usuários da saúde mental em situação de rua ou aos egressos de hospitais psiquiátricos e dos hospitais de custódia que não tenham suporte sócio-familiar.
453. Rever o financiamento para a implantação e custeio dos Serviços Residenciais Terapêuticos, garantindo financiamento específico para residências terapêuticas em que estejam moradores com doenças crônicas e outros cuidados complexos, adaptadas às necessidades de pessoas com baixo grau de autonomia.

454. Garantir recursos para localização de familiares dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos que desejam reaproximação dos mesmos, com pactuação entre gestores municipais, estaduais e nacional.
455. Reconhecer a importância dos diferentes tipos de oficinas na reorientação do modelo assistencial, garantindo o investimento de recursos materiais e humanos, e apoiando ativamente sua implantação e desenvolvimento.

2.6 - Saúde mental, atenção primária e promoção da saúde

Princípios e diretrizes gerais

456. A IV CNSM-I enfatiza a relevância de garantir o cuidado em saúde mental na atenção básica, através de parcerias intersetoriais, às pessoas com transtornos mentais, aos usuários de álcool e outras drogas, e às pessoas afetadas pela violência, considerando as fortes implicações dessas ações tanto no campo da saúde mental, quanto nas condições de produção de sofrimento e na qualidade de vida das pessoas e comunidades.
457. A IV Conferência indica, também, a necessidade de incluir a saúde mental como área estratégica da atenção primária, assim como de promover a integralidade das ações de saúde mental, em todos os níveis de atenção, pautada na lógica da intersetorialidade, tendo como formas de organização as equipes matriciais e de referência.
458. Dessa forma, é fundamental garantir o planejamento, o desenvolvimento, e a avaliação das ações de saúde mental - em todos os níveis de atenção, conforme suas responsabilidades - de forma intersetorial e interdisciplinar na atenção à saúde da comunidade, em parceria com outras políticas públicas e atores - por exemplo, lazer, esportes, cultura, assistência social, conselho tutelar, Ministério Público -, e assegurar que a atenção primária seja porta de entrada da rede visando atingir 100% de cobertura.
459. Nessa perspectiva, é imprescindível fortalecer a rede de atenção primária com a implantação de apoio matricial à atenção básica pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e dos CAPS, garantindo atendimento humanizado, e assegurar os recursos necessários para executar as ações que visem às articulações com essa rede.
460. É fundamental, ainda, garantir a ampliação e o fortalecimento de processos de educação permanente, assim como o financiamento.

Além destes princípios e diretrizes, foram também deliberadas propostas objetivando a efetivação da inclusão da saúde mental na atenção básica, a intersetorialidade, e a revisão de normativas:

Efetivação da saúde mental na atenção básica

461. Inserir estratégias de saúde mental em todos os grupos e programas já existentes nas unidades básicas de saúde - saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança e do adolescente, saúde do homem, saúde do adulto, programas de atenção às vítimas de violência, entre outros -, assegurando a intersetorialidade.
462. Implementar e implantar sistemas de monitoramento e avaliação das ações de matriciamento.
463. Incluir Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com criação de mecanismos de investimento, pactuação e inclusão no SIAB, revendo os atuais parâmetros de proporção das equipes de saúde mental - tanto o populacional quanto as Equipes de Saúde da Família.
464. Incluir a saúde mental como área estratégica da atenção primária, acrescentando na Portaria n. 648 de 28 de março de 2006, e pactuar indicadores nacionais.
465. Implementar ações de cuidado em saúde mental na atenção básica, junto ao CAPS e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com foco na promoção da saúde mental e prevenção, que contemplem as Práticas Integrativas e Complementares.
466. Fortalecer e ampliar as equipes de terapia comunitária.
467. Incentivar a implantação e/ou implementação de grupos terapêuticos na atenção básica para os usuários e seus familiares, nos municípios que não disponham de equipamentos para esse fim.
468. Organizar os serviços locais com ênfase nas ações de educação, orientação, reabilitação e promoção, garantindo a transversalidade da saúde mental nas ações dos profissionais da atenção básica em seus territórios, e incentivando a realização das oficinas terapêuticas.
469. Ampliar programas e projetos, assim como equipamentos (serviços) e recursos humanos voltados para a promoção da saúde mental e prevenção de agravos, principalmente na infância e adolescência.
470. Desenvolver ações que possibilitem a promoção da saúde mental e ações na área de álcool e drogas em populações e contextos vulneráveis, na zona rural, assentamentos, acampamentos da reforma agrária, ribeirinhos, quilombolas, pescadores, indígenas, ciganos, entre outras.

Intersetorialidade

471. Proporcionar ações intersetoriais sócio-educativas, preventivas e de geração de renda no âmbito da atenção primária, bem como possibilitar a criação de convênios entre poder público e outras entidades não governamentais como Serviço Social do Comércio (SESC),

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Sistema Nacional de Emprego (SINE), etc.

472. Garantir, nas três esferas, a efetividade do Programa Saúde na Escola em todos os municípios destacando ações de saúde mental.

Revisão de normativas

473. Garantir a efetivação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família como política de estado, que co-financia ações de saúde mental dentro das ESF nos municípios, reduzindo o número mínimo de ESF para criação dos NASFs, de oito para quatro equipes de saúde da família para o desenvolvimento de ações de atenção conjuntas.
474. Aumentar o número de profissionais do Núcleo de Saúde Mental do Núcleo de Apoio à Saúde da Família por território.
475. Reduzir o número de Equipes de Saúde da Família sob a responsabilidade da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Educação permanente

476. Implantar nos municípios não contemplados com CAPS, com financiamento nas três esferas de governo, programas de educação permanente às Equipes de Saúde da Família (ESF), considerando a lógica da reforma psiquiátrica, e, em particular: o matriciamento; as diferentes modalidades de intervenção: avaliação, prescrição de medicação e atendimento de grupos, bem como o reconhecimento da importância de empoderamento dos usuários, familiares e comunidade; e a potencialização dos serviços que atendam à demanda de saúde mental, em municípios de até 20 mil habitantes (ESF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios, serviço residencial terapêutico, hospitais de pequeno porte), assegurando a supervisão e o desenvolvimento das ações e do cuidado na lógica da reforma psiquiátrica.
477. Garantir, através das esferas federal, estadual e municipal infra-estrutura adequada dos serviços e educação permanente para os trabalhadores de saúde da unidade para o funcionamento da atenção à saúde mental na atenção primária.
478. Incluir, nas capacitações de todos os serviços, estratégias de redução de danos com base nos direitos humanos visando oferecer suporte às intervenções na atenção primária, com enfrentamento precoce do uso de substâncias psicoativas e fortalecimento do protagonismo do sujeito que não quer ou não consegue interromper o uso de drogas.
479. Promover estratégia de educação permanente das equipes de atenção básica, focando o cuidado em saúde mental, com destaque dos usuários pós-alta dos CAPS e moradores de

serviços residenciais terapêuticos.

480. Capacitar os ACS para identificação de demandas de saúde e de sofrimentos psíquicos durante suas ações de atendimento à comunidade, por exemplo: visitas domiciliares, grupos,
481. Criar e divulgar Manual de Saúde Mental para a Atenção Básica de Saúde, enfatizando a intersectorialidade, destacando experiências validadas no cenário nacional.

Financiamento

482. Garantir incentivo financeiro para o desenvolvimento de ações de saúde em nível primário, de forma intersectorial e interdisciplinar, em parceria com os diferentes recursos da comunidade e com outras políticas públicas (lazer, esporte, educação, cultura, assistência social, Conselho Tutelar, Ministério Público, meio ambiente, e trabalho) com a ampliação das Equipes de Saúde da Família (ESF), garantindo cobertura de 100% nos municípios, e o suporte de equipes matriciais.
483. Fortalecer a rede de atenção primária, com a garantia, pelo gestor, dos insumos necessários para a efetivação das ações nos CAPS e PSF na atenção básica.
484. Investir mais recursos para a promoção da saúde mental nos serviços de atenção primária e projetos que visem reduzir os danos causados pelo uso e abuso de álcool e outras drogas.

2.7 - Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersectoriais

Princípios e diretrizes gerais

485. A IV CNSM - I enfatiza que o enfrentamento da problemática do uso e abuso de álcool e outras drogas requer a implantação e o desenvolvimento, nos três níveis de atenção, de políticas públicas intersectoriais, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.
486. De modo especial implica, também: estabelecer, efetivamente, a estratégia de redução de danos como política pública de saúde; e expandir, em todo território nacional, a rede de cuidados em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, garantindo de forma irrestrita o direito à saúde e a uma melhor qualidade de vida.
487. Dessa forma, assume particular relevância efetivar a política de redução de danos do SUS na rede de atenção psicossocial, nos diferentes níveis de atenção, fortalecendo as

práticas territoriais e a construção de redes sociais de redução de danos, em contraponto ao modelo predominante focado na abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas.

488. Nessa perspectiva, é necessário ampliar o debate e a divulgação da lógica, da política, e das ações de redução de danos, fortalecendo o seu papel fundamental na atenção aos problemas decorrentes do uso de drogas, em consonância com os princípios antimanicomiais, e visando, também, reduzir o estigma.
489. Para a efetivação desse processo é imprescindível assegurar o financiamento nos três níveis de gestão, assim como a criação e expansão da rede de cuidados em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas. A construção dessa rede deve considerar os critérios epidemiológicos, e, em especial, as necessidades de municípios de pequeno porte populacional, e os desafios de promoção de estratégias de ação intersetorial para a complexidade de demandas da população.
490. Em relação à rede, as propostas apontam, dentre outras questões, para a necessidade de garantir sustentabilidade das ações de redução de danos no território, fortalecendo a gestão intra e intersetorial. Os CAPSad devem operar com a lógica de redução de danos e promover a inserção social dos usuários de álcool e outras drogas.
491. As propostas indicam, ainda, a necessidade de: instituir, no âmbito dos entes gestores do SUS, políticas estratégicas e mecanismos para fortalecer a integração da atenção básica com os CAPS; implantar e implementar leitos em hospitais gerais; e de ampliar o investimento em projetos de promoção da saúde, prevenção, e de redução de danos, tendo como princípio o respeito às singularidades socioculturais de cada grupo e região e a intersetorialidade - cultura, arte, lazer, esporte, educação, emprego e geração de renda.
492. Outro aspecto de fundamental relevância enfatizado nas propostas refere-se à necessidade de investir na comunicação com a sociedade propiciando a divulgação, nos meios de comunicação, das políticas e ações do campo, de forma a possibilitar a ampliação de conhecimentos da população, visando reduzir preconceitos e estigma associados ao consumo de álcool e outras drogas. Igualmente é necessário assegurar que a imagem das pessoas que usam álcool e outras drogas ou com transtorno mental não seja veiculada e explorada, de forma vexatória, degradante, ou desumana, pelos veículos de comunicação.

Além desses princípios e diretrizes gerais, as deliberações abordam, ainda, outras temáticas de fundamental relevância, dentre as quais: revisão de normativas; intersetorialidade; educação permanente e pesquisa; projetos de cooperação; e criação de tributos como uma das formas de financiamento das políticas públicas aos usuários de álcool e outras drogas.

Rede de atenção e Estratégias de Redução de Danos

Ampliação da rede e dos CAPS

493. Garantir e monitorar a implantação e implementação do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Drogas junto aos municípios.
494. Criar comissão nos Colegiados de Gestão Regional para elaborar proposta de formação da rede de atenção aos usuários de álcool e drogas.
495. Criar e expandir, em todo o país, a rede de cuidados em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas com a implantação de CAPSad III, CAPSad, além de criação de CAPSad com perfil para infância e adolescência (CAPSad infante e juvenil) - atualizando a Portaria GM 336/2002 - com equipe multiprofissional, disponível durante todo o horário de funcionamento, de modo a oferecer o atendimento necessário aos usuários de álcool e outras drogas.
496. Implantar e implementar os CAPSad de forma regionalizada e intersetorial promovendo a inserção dos usuários de álcool e outras drogas de forma integrada e humanizada, obedecendo aos critérios do Ministério da Saúde com base na Portaria GM 336/2002.
497. Estabelecer estudo para inclusão de CAPS I no Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, com incentivo financeiro do Ministério da Saúde, considerando o fluxo de atendimento a usuários de álcool e outras drogas.

Consolidação da estratégia de redução de danos

498. Implantar ações de redução de danos em todos os serviços e políticas públicas.
499. Implantar, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, o programa de redução de danos nos municípios garantindo o financiamento, custeio e sustentabilidade, através das três esferas de governo, e parcerias com o terceiro setor, adequando à realidade de cada município.
500. Garantir que as pessoas em uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas tenham acesso às estratégias do Programa de Redução de Danos.
501. Garantir a ampliação e efetivar políticas de redução de danos, e estabelecer que os CAPSad trabalhem com a lógica da redução de danos, em cumprimento ao Decreto n 5.912/06.
502. Difundir a redução de danos enquanto estratégia que considera o sujeito em sua singularidade, respeitando suas escolhas para além dos preconceitos e estigmas associados à questão do consumo de álcool e outras drogas. Para tanto, o Ministério da Saúde deve criar estratégias de incentivo e financiamento para que a rede de saúde e social que trabalha

diretamente com os usuários (CAPS I, II, III, CAPSad e CAPSi, Residências Terapêuticas, atenção básica, NASF, ESF, ACS, Emergências, CRAS) seja capacitada para trabalhar com essa estratégia, assim como introduzir e regulamentar o agente redutor de danos como profissional da saúde a compor a equipe mínima dos CAPSad, CAPSi, CAPS I e II, e das equipes matriciais, ampliando para a rede intersetorial em nível federal, estadual e municipal.

503. Garantir, através de normatizações, a sustentabilidade técnica e financeira das ações de redução de danos no território, fortalecendo a gestão intrasetorial (saúde mental e DST/AIDS/Hepatites virais e TB) e intersetorial, propondo regulamentação do cargo de redutor de danos no quadro de recursos humanos da rede pública de saúde mental.
504. Implantar equipes de atendimento na rua, no modelo da Equipe de Saúde da Família, garantindo as ações em redução de danos para atendimento às pessoas com transtorno mental e/ou em uso abusivo de álcool e outras drogas que se encontram em situação de rua, assegurando retaguarda em serviços especializados de atenção diária e serviços com hospitalidade para desintoxicação.
505. Realizar ações de cuidados às gestantes em situação de risco com uso abusivo e/ou dependência de álcool e drogas, de acordo com os pressupostos da política do Ministério da Saúde.

Leitos em Hospitais Gerais

506. Garantir a implantação e implementação dos dispositivos normativos já existentes e relativos à criação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais nos municípios, incluindo Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHR-ad) conforme Portaria GM n. 1.612 de 09 de setembro de 2005 e Portaria 1.190 de 04 de junho de 2009, no prazo de um ano, com garantia de financiamento.
507. Credenciar e garantir o financiamento de leitos psiquiátricos para as pessoas com transtornos mentais e leitos de desintoxicação para usuários de álcool e outras drogas em Pronto-atendimentos e Hospitais Gerais. Para tal, realizar campanhas de informações e sensibilização junto aos gestores hospitalares, garantindo, assim, tratamento adequado às necessidades do usuário conforme projeto terapêutico singular construído em equipe com a participação dos usuários e das famílias.

Ações de promoção e prevenção

508. Implantar, nas escolas das redes públicas e privadas, programas de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.

509. Incentivar a promoção da saúde, a prevenção primária e o diagnóstico precoce dos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas nas unidades básicas de saúde, através da Equipe de Saúde da Família, para abordagens de redução de danos e encaminhamentos para o tratamento multiprofissional, quando necessário.

Revisão de normativas

510. Implantar, implementar e ampliar as ações/cobertura previstas pelo Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD 2009-2010), incluindo os municípios com mais de 70 mil habitantes.
511. Ampliar o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Drogas (PEAD) para os municípios sede de referência regional.
512. Revisar os critérios para implantação de CAPS para os usuários de álcool e outras drogas, de forma que municípios de menor porte populacional sejam cobertos por esse tipo de serviço, seguindo critérios epidemiológicos e demanda de cada município.
513. Implementar um CAPSad, com funcionamento em regime 24h, em municípios de médio porte, pactuado com os municípios que formam as suas regiões de saúde, e implementar políticas intersetoriais que fomentem o engajamento de todos os atores sociais.
514. Garantir incentivo financeiro para municípios com população menor que 20 mil habitantes, para ações de atenção integral de adultos, adolescentes e crianças que fazem uso de álcool e outras drogas.

Intersetorialidade

515. Criar fóruns municipais e estaduais, permanentes e intersetoriais, - incluindo educação, saúde, segurança, trabalho, cultura, assistência social e outros setores -, para discussão, articulação e acompanhamento das questões relativas ao uso abusivo de álcool e outras drogas e da política de redução de danos.
516. Desenvolver política pública intersetorial para o enfrentamento da problemática do uso/abuso de álcool e outras drogas, especialmente álcool e tabaco, garantindo o financiamento, de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica, nos três níveis de atenção à saúde.
517. Garantir a criação de programas federais, estaduais e municipais de avaliação para promoção, prevenção e tratamento existentes na área de álcool e outras drogas, estabelecendo e implantando ações preventivas ao uso abusivo de drogas, de forma intersetorial (cultura, arte, lazer, esporte, educação, emprego e geração de renda), bem como o tratamento e a reabilitação do usuário de álcool e outras drogas, em parceria com as

secretarias de: assistência social (CREAS, CRAS), saúde, educação e segurança pública.

518. Garantir e ampliar os investimentos e ações de promoção da saúde e prevenção ao uso de álcool e outras drogas em parcerias intersetoriais.
519. Garantir financiamento de equipe de saúde mental que se responsabilize pela organização da rede para população usuária de álcool e outras drogas nos municípios de pequeno porte populacional (menos de 70 mil habitantes), visando promover estratégias de ação intersetorial para toda a complexidade de demandas da população.
520. Criar e ampliar Casas de Passagem de curta permanência, sob gestão intersetorial, como recurso socioassistencial para cuidar de usuários com problemas de álcool e drogas, com potencial para autonomia e em vulnerabilidade social. O usuário deverá estar em tratamento no CAPSad e a inserção na Casa de Passagem deverá ser decidida a partir da construção do projeto terapêutico, sendo fundamental sensibilizar/capacitar as equipes de trabalhadores para garantir atendimento e hospitalidade às pessoas.
521. Criar dispositivos de gestão e financiamento bi-setorial (Saúde e Assistência Social), de dispositivos de acolhimento transitório para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas em situação de risco social na comunidade e compulsão intensa, tanto para a população adulta, quanto infante e juvenil.
522. Criar um programa ou política pública de proteção à vida dirigida às pessoas ameaçadas de morte em função do envolvimento com uso de drogas, em parceria com os governos - federal, estadual, municipal e distrital - e, também, com o Ministério Público.

Educação permanente

523. Capacitar, garantindo formação continuada, todos os profissionais que atuam com a problemática de álcool e drogas - equipes técnicas dos hospitais de referência, dos serviços de saúde, educação, assistência social, conselheiros tutelares, e operadores do direito e segurança pública - na prevenção, no tratamento e em estratégias de redução de danos.
524. Garantir recurso financeiro para a promoção de seminários, fóruns e encontros regionais específicos para tratar de temas referentes ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas.

Pesquisa e extensão de serviços à comunidade

525. Financiar e assegurar incentivos e parcerias entre instituições de ensino superior e técnico para o desenvolvimento de pesquisas e de extensão na área de prevenção e assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

Relação com a mídia e comunicação com a sociedade

526. Divulgar as ações e iniciativas da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas nos meios de comunicação, para publicização e maior conhecimento da população, com vistas à diminuição do estigma, definindo um Grupo de Trabalho Intersetorial (incluindo profissionais com experiência em trabalho comunitário) para indicação da melhor linguagem e abordagem da difusão do conhecimento; que esse Grupo de Trabalho seja consultivo sobre campanhas institucionais que trabalhem na prevenção ou educação sobre drogas em veículos de massa, visando sua adequação aos princípios da prevenção da Lei n. 11.343/06, bem como às diretrizes do SUS, para a atenção às pessoas que usam drogas.
527. Rever critérios dos dispositivos legais que regulam os comerciais midiáticos envolvendo bebidas alcoólicas a exemplo das medidas utilizadas em relação ao tabaco.
528. Garantir que o Ministério da Saúde elabore material educativo abordando a problemática de álcool e outras drogas como prevenção, promoção e proteção aos usuários do SUS e familiares.

Projetos de cooperação

529. Desenvolver um projeto contratualizado de cooperação entre os municípios da fronteira e os países vizinhos.

Financiamento e criação de tributos

530. Promover debates com o Poder Legislativo sobre o cuidado e a atenção em álcool e outras drogas, para que este viabilize a criação de impostos sobre o lucro líquido das fábricas de bebidas alcoólicas e cigarros, a fim de que estes recursos sejam destinados aos serviços públicos de saúde mental para atenção aos usuários de álcool e outras drogas.
531. Garantir que parte dos impostos recolhidos das empresas de álcool e tabaco seja revertida para o tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas em serviços públicos de saúde.
532. Desburocratizar e acelerar o estabelecimento de convênios (conforme disposto pela Lei Federal 11.343/2006) com as unidades federativas para que o dinheiro e os bens dos traficantes, quando apreendidos, sejam repassados de forma célere para serviços públicos de prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas.

2.8 - Saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade

Princípios e diretrizes gerais

533. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (CNSM-I) ratifica a necessidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, através da montagem de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental - de base comunitária e fundamento intersetorial -, em consonância com as necessidades, os recursos e as particularidades de cada localidade, e sob a égide das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Lei 10.216, dos princípios da reforma psiquiátrica e dos fundamentos da Política Pública de Saúde Mental no SUS.
534. Para ampliar a acessibilidade, a rede pública ampliada local deve dar prioridade aos casos de maior gravidade, mas também tomar como responsabilidade inalienável a proposição de estratégias de cuidado para toda complexidade de demandas relacionadas à saúde mental da população infantil e juvenil.
535. Na ampliação do acesso deve estar incluído o desenvolvimento de ações intersetoriais, transdisciplinares, de assistência e de promoção em saúde mental nos três níveis de atenção, considerando as demandas específicas e os dados epidemiológicos, com especial atenção àqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.
536. As exigências colocadas por esse processo de consolidação da política de saúde mental infantil e juvenil implicam a construção de redes que respondam não apenas aos desafios presentes nos grandes centros urbanos, mas também àqueles existentes em municípios de pequeno porte populacional e, fundamentalmente, aos das localidades caracterizadas por vazio assistencial.
537. Especial importância adquire, nesse sentido, a garantia de financiamento calcada em parâmetros pertinentes às diferentes realidades; a ampliação do acesso à informação e à educação permanente das equipes, com ênfase na supervisão clínico-institucional; a garantia da comunicação transversal entre os serviços que compõem a rede, e a construção de vias para sustentabilidade e qualificação da ação pública de cuidado a crianças e jovens com necessidades em saúde mental.
538. Em relação ao Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), a IV CNSM-I reafirma sua função de dispositivo estratégico da política pública, indicando que o CAPSi potencialize seu mandato de ordenador da demanda em saúde mental infantil e juvenil, opere permanentemente sob fundamento intersetorial e seja capaz de agenciar, no seu

território de referência, condições efetivas para que na construção da rede e nas ações de cuidado haja o envolvimento e a co-responsabilidade de todos os setores historicamente implicados na assistência a crianças e adolescentes: o da saúde geral/atenção básica, da educação, da assistência social, da justiça e direitos.

539. Do conjunto das deliberações para a saúde mental infantil e juvenil da IV CNSM-I destacam-se, ainda, diretrizes relacionadas à importância de: a) expansão e qualificação das estratégias de desinstitucionalização para crianças e adolescentes; b) fortalecimento de políticas intersetoriais orientadas para a promoção de saúde e saúde mental e para a atenção integral; c) efetivação de articulações intrasetoriais, particularmente com a atenção básica e hospital geral; d) consolidação do fundamento intersetorial na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça/direitos; e) destinação financeira compatível com as exigências da atenção psicossocial para infância e adolescência.

Além destes princípios e diretrizes gerais, foram também deliberadas propostas para os temas do acesso e da rede; CAPSi; atenção aos usuários de álcool e outras drogas; desinstitucionalização; promoção, proteção e prevenção; intra e intersetorialidade; suportes ao cuidado, e construção de estratégias colegiadas. As propostas relacionadas ao tema do financiamento foram inseridas em diferentes seções temáticas.

Ampliação do acesso e da rede

540. Ampliar a rede, adotando critérios epidemiológicos no lugar de critérios populacionais, como forma de garantir a atenção nos municípios de pequeno, médio e grande porte.
541. Garantir o financiamento para a rede de cuidado e tratamento em saúde mental infantil e juvenil - incluindo a abordagem dos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas - nos diferentes níveis de atenção, a partir da construção de indicadores específicos, pactuados pelas diferentes esferas de gestão do SUS.
542. Garantir o financiamento para implantação e desenvolvimento de ações voltadas para crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, através da efetivação das políticas de assistência e saúde, particularmente aquelas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas.
543. Viabilizar a implantação, implementação e manutenção da rede de saúde mental infantil e juvenil valendo-se de estratégias diversificadas, compatíveis com as diferentes realidades locais, tais como:

- a) financiamento para equipes de saúde mental, com supervisão clínico-institucional, que nos municípios de pequeno porte se responsabilizem pela organização da rede, promovendo estratégias intersetoriais para toda complexidade de demandas relacionadas à população infantil e juvenil;
 - b) garantia de acompanhamento das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico nos CAPS I e na Atenção Básica;
 - c) montagem de CAPSi, Ambulatórios, Centros de Convivência, Casas de Passagem e outros dispositivos, através de consórcio intermunicipal na esfera pública, garantindo a supervisão clínico-institucional para as equipes desses serviços.
544. Consolidar a política de saúde mental intersetorial para a criança e o adolescente, reavaliando os serviços já existentes, desenvolvendo ações transdisciplinares e intersetoriais de promoção e assistência à saúde, respeitando do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as políticas de inclusão, os dados epidemiológicos e as demandas específicas, de modo a ampliar a acessibilidade e dinamizar o fluxo entre serviços, com prioridade para os casos de maior gravidade.
545. Garantir que os recursos financeiros federais destinados à saúde mental de crianças e adolescentes (com transtornos mentais, ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas), sejam aplicados na criação, ampliação e manutenção de espaços físicos apropriados, e na capacitação da equipe técnica multidisciplinar.

Consolidação dos CAPSi

546. Garantir, na rede de atenção psicossocial, a expansão dos dispositivos CAPSi, segundo as necessidades e particularidades de cada localidade.
547. Garantir que a implantação dos novos CAPSi seja precedida pelo mapeamento dos equipamentos existentes voltados para a assistência às crianças e adolescentes nos diversos setores do território de abrangência - ação a ser realizada pela gestão de saúde mental -, e que o cumprimento dessa diretriz sirva como critério para credenciamento dos CAPSi junto ao Ministério da Saúde.
548. Garantir aos CAPSi, desde a sua implantação, recursos financeiros específicos e permanentes para a supervisão clínico-institucional, provenientes das diferentes esferas da Saúde Pública – municipais, estaduais e do Distrito Federal.
549. Garantir aos usuários dos CAPSi a continuidade do acompanhamento em serviços de referência (CAPS, Ambulatório), sempre que se fizer necessário.

Atenção aos usuários de álcool e outras drogas

550. Construir uma agenda permanente e continuada para operacionalização de ações transversais de cuidados a crianças e adolescentes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, respeitando a diretriz da redução de danos e os princípios da reforma psiquiátrica.
551. Propor que a política pública intersetorial de saúde mental e de atenção aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, dirigida à população de crianças e adolescentes, valorize e divulgue experiências exitosas de promoção da saúde, aprovadas pelos diferentes conselhos das políticas públicas, que envolvam a família e a comunidade, e estejam em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e com as diretrizes da reforma psiquiátrica.
552. Garantir na rede de atenção psicossocial a expansão dos dispositivos CAPSad, segundo as necessidades e particularidades de cada localidade.
553. Garantir a implantação e a ampliação de dispositivos de base territorial, tais como consultórios de rua articulados com equipes volantes intersetoriais, com vistas a promover ações de redução de danos junto às crianças e adolescentes em uso prejudicial de álcool e outras drogas.
554. Retirar todo tipo de propaganda de bebidas alcoólicas dos meios de comunicação, especialmente da televisão, tendo em vista sua importância na promoção e prevenção em saúde mental infantil e juvenil.

Ações de desinstitucionalização

555. Garantir, no processo de desinstitucionalização da criança ou do adolescente com sofrimento psíquico, a assistência integral e multidisciplinar do seu cuidador, com a finalidade de prepará-lo para a recepção e integração da criança ou adolescente na família e na sociedade.
556. Garantir, em relação às crianças e aos adolescentes institucionalizados ou em cumprimento de medida sócio-educativa, inclusive aos egressos, o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o pleno atendimento à saúde mental, a partir do disposto na Lei 10.216; o que implica na não aceitação da internação psiquiátrica compulsória de crianças e adolescentes, na exigência de revisão das internações ilegais que ferem frontalmente os direitos humanos, e na extinção imediata das unidades que foram criadas com esse objetivo em algumas regiões do país.

Ações de promoção, proteção e prevenção

- 557. Garantir a elaboração intersetorial de projetos de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, que envolvam setores da sociedade civil, recursos locais e comunitários, os setores da assistência social, educação, esporte, lazer, cultura, saúde mental e atenção básica dirigidos à infância e adolescência, de acordo com os princípios do SUS.
- 558. Utilizar os recursos físicos, estruturais, institucionais e/ou financeiros das esferas governamentais para promover o cuidado a crianças, jovens e familiares em situação de ameaça e/ou violação de direitos (vulnerabilidade).
- 559. Enfrentar a prescrição indiscriminada de psicofármacos para crianças e adolescentes, através de ampla discussão sobre os riscos de medicalização dessa população.

Incremento de ações intra e intersetoriais específicas

Com a Atenção Básica:

- 560. Fomentar programas de atenção integral à primeira infância articulados com os demais dispositivos da rede de saúde e de saúde mental, na condição de que seus trabalhadores integrem o quadro de servidores públicos municipais, contratados por concurso público, tanto nos programas já implantados quanto nos que vierem a ser implementados.
- 561. Garantir a educação permanente e fortalecer as ações em saúde mental das equipes da atenção básica - Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) - no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.
- 562. Criar incentivos financeiros específicos para ações da atenção básica em saúde mental dirigidas à infância, adolescência e juventude.
- 563. Capacitar as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para que identifiquem precocemente o sofrimento psíquico na primeira infância, de tal forma que os encaminhamentos e intervenções, quando necessários, possam acontecer em tempo hábil.

Com os Hospitais Gerais e Materno-infantis:

- 564. Ampliar e assegurar, conforme a legislação vigente, o número de leitos em hospital geral para atenção às crianças e adolescentes em crise.
- 565. Assegurar a qualidade do cuidado e atenção à crise na infância e na adolescência no hospital geral, com equipe de saúde mental em articulação com o serviço de referência territorial, respeitando os princípios da reforma psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- 566. Garantir que a internação por problemas de saúde mental ou decorrente do uso de álcool

e outras drogas em crianças e adolescentes ocorra, quando necessária, em Hospital Geral, assegurando o acolhimento e o acompanhamento dessa clientela através da articulação entre as equipes do hospital – clínica, odontológica e de saúde mental – e os dispositivos territoriais, tais como: CAPSi, CAPSad e demais equipes de saúde mental existentes no território.

567. Formar, nos hospitais materno-infantis, equipes de referência ou núcleos de apoio em saúde mental para o acompanhamento da tríade pai-mãe-bebê durante o período da gestação, do parto e do puerpério.

Com a Educação:

568. Garantir, para toda rede escolar, a estratégia de educação permanente na temática da saúde mental da infância e adolescência, segundo os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica.
569. Estabelecer um trabalho efetivo de integração e co-responsabilização entre os profissionais da saúde mental e da educação no que se refere à melhor abordagem das situações-problema surgidas no espaço escolar envolvendo crianças e adolescentes com sofrimento psíquico.
570. Garantir, através das equipes de saúde mental, a efetiva realização do apoio matricial às escolas, no sentido de evitar a estigmatização dos alunos com transtornos mentais e/ou daqueles com uso prejudicial de álcool e outras drogas.
571. Implantar projetos-piloto com objetivo de avaliar a efetividade da articulação entre a área da Saúde e da Educação no cuidado continuado de pessoas com autismo maiores de 18 anos, e de outros usuários adultos anteriormente atendidos em serviços de saúde mental infantis e juvenis.
572. Realizar a integração curricular de disciplinas que abordem a temática da prevenção e orientação em relação aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Com a Assistência Social:

573. Criar, considerando a legislação vigente, grupo de trabalho intersetorial, com representação paritária da sociedade civil organizada, da saúde mental, da assistência social, assim como do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, para a proposição de modalidades diferenciadas de moradia assistida para a população infantil e juvenil.
574. Estimular e apoiar os espaços de convivência comunitária já existentes no território sempre que o seu funcionamento estiver em consonância com as diretrizes nacionais da

política pública de saúde mental para a infância e a adolescência

575. Implantar dispositivos de convivência para crianças e adolescentes em situação de ameaça, violação de direitos (vulnerabilidade) ou sofrimento psíquico, conforme o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social/Sistema Único de Assistência Social (PNAS/SUAS), garantindo uma articulação permanente entre, e com, os recursos de saúde mental do território.

Com o sistema de cumprimento de medida sócio-educativa:

576. Criar projetos intersetoriais, que incluam a Secretaria de Saúde, Assistência Social, Cultura, Esporte e Lazer, setores da Justiça, do Sistema de Garantia de Direitos e os órgãos executores das medidas sócio-educativas, visando à integralidade do cuidado aos adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas, de modo a assegurar a assistência em saúde mental, incluindo as demandas relativas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, assim como a convivência familiar e comunitária, a capacitação para o trabalho e o acesso a atividades de cultura e lazer.

Com os Direitos Humanos:

577. Garantir que os Estados implementem o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM), conforme Decreto Nº 6.231, de 11 de outubro de 2007.

Com os Conselhos Tutelares:

578. Capacitar os conselheiros tutelares nas questões relativas à saúde mental de crianças e adolescentes.

Suportes específicos às ações de cuidado

579. Realizar audiência pública de modo a garantir, por Lei, o direito e os recursos públicos necessários para implantação definitiva do transporte coletivo gratuito para usuários e acompanhantes dos serviços de saúde mental infantis e juvenis (pessoas com sofrimento psíquico ou em uso abusivo de álcool e outras drogas), de acordo com os projetos terapêuticos próprios a cada caso e situação.
580. Disponibilizar intérpretes de LIBRAS na rede de serviços infantis e juvenis, sempre que necessário, para as crianças e os adolescentes com transtorno mental e deficiência auditiva.

Efetivação de estratégias colegiadas

- 581. Criar Fórum Permanente, reunindo as instituições voltadas para abordagem de questões relacionadas à infância e adolescência, seguindo a modalidade dos Fóruns Intersetoriais Infantis e Juvenis.
- 582. Estimular a criação de associações de pais e familiares de usuários da rede de saúde mental intersetorial infantil e juvenil.
- 583. Criar espaços de discussão e articulação de profissionais e gestores da rede de atenção à saúde mental da infância e adolescência.

2.9 - Garantia do acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/ etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental

Princípios e diretrizes gerais

- 584. A IV CNSM-I reafirma a relevância de assegurar os princípios da integralidade, acessibilidade, intersectorialidade, e do respeito à identidade cultural, assim como de garantir o acesso universal aos cuidados em saúde mental.
- 585. Dessa forma, é imprescindível criar, implementar e fiscalizar políticas de promoção de igualdade e superação de preconceitos e estigmas relacionados a: raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos étnicos, população em situação de rua, trabalhadores do sexo, pessoas em privação de liberdade (em regime aberto e semi-aberto, imputáveis e semi-imputáveis, egressos do sistema penal), indígenas, indígenas desaldeados, pessoas com deficiência, mulheres e crianças em situação de violência doméstica e sexual, pessoas vivendo com o vírus HIV/AIDS e demais pessoas em situação de vulnerabilidade social.
- 586. Nesta perspectiva, assume centralidade assegurar meios para a implementação de estratégias eficazes para acolher questões de gênero, de raça/cor e etnia, LGBT e da diversidade, para que se incorporem como referências na rede de atenção à saúde mental, relacionados às questões específicas do racismo, do machismo, da LGBTfobia, da discriminação e de outros processos macroestruturais de ampla exclusão social, como aqueles que estão associados ao viver em situação de rua ou em privação de liberdade. Igualmente é necessário combater as desigualdades, os estigmas e os estereótipos, através da articulação dos programas de saúde da mulher, do homem, LGBT, do indígena, do idoso,

quilombolas e demais políticas específicas.

587. Neste sentido é fundamental, acolher, nos diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde, as pessoas em situação de vulnerabilidade social, garantindo a desinstitucionalização e a inclusão e proteção social, na lógica da política de redução de danos e da luta antimanicomial.
588. Essas diretrizes implicam, dentre outros aspectos assinalados nas propostas, a garantia de sustentação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, assegurando a ampliação, implementação e composição de equipes, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares em parceria com as Secretarias de Assistência Social, para promover o cuidado no território da população em situação de rua e em vulnerabilidade social, e ampliar a rede de serviços para o acolhimento de pessoas em situação de rua ou vulnerabilidade social.
589. Cabe destacar que se trata, também, de constituir uma cultura de respeito às diferenças e, nesta perspectiva, e no espírito da Lei n. 10.639/2003, de promover a inclusão, no currículo escolar brasileiro, de temas como o direito à diversidade étnica racial, a liberdade religiosa, a cultura indígena, assim como as políticas públicas que incluam a prevenção ao uso de álcool e outras drogas, e às DST, capacitando e sensibilizando os profissionais e os educadores.
590. De modo especial, essas diretrizes exigem fortalecer as políticas afirmativas, e desenvolver processos de educação permanente de forma a: qualificar os profissionais da rede de saúde mental intersetorial em direitos humanos, assim como os trabalhadores de saúde, saúde mental e intersetoriais, de níveis fundamental, médio e universitário, para atuar em saúde mental, com populações em situação de vulnerabilidade, e em redução de danos; e garantir a capacitação de equipes profissionais, com a participação dos usuários e dos saberes populares.
591. Em paralelo é fundamental garantir o fomento à pesquisa, assim como a criação, a implementação, e a efetivação de fóruns intersetoriais de discussão que contemplem esses temas.

Além destes princípios e diretrizes gerais foram também deliberadas as seguintes propostas:

Ações intra e intersetoriais

592. Acolher, nos diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde, as pessoas em situação de vulnerabilidade social - profissionais do sexo, população em situação de rua, usuários de

álcool e outras drogas, usuários de serviços de saúde mental, portadores de doenças infecciosas, mulheres e crianças vítimas de violência doméstica e sexual, dentre outras-, garantindo a desinstitucionalização, a inclusão e proteção social, na lógica da política de redução de danos e luta antimanicomial.

593. Garantir a inclusão e o acesso universal aos cuidados em saúde mental e atendimento diferenciado nos serviços de saúde para as pessoas idosas, pessoas vivendo com HIV/AIDS, populações quilombolas e indígenas, LGBT, pessoas em situações-limite (em crise, desacompanhadas), pessoas com deficiência auditiva, pessoas com deficiência múltiplas, pessoas com deficiência visual, pessoas com deficiência intelectual, e descendentes de imigrantes pomeranos, respeitando as especificidades e peculiaridades culturais, o Decreto n. 5626, e as Leis n. 10.098 e n. 10436, no tratamento do sofrimento psíquico, e garantindo condições técnicas, materiais e recursos humanos necessários para a realização deste tipo de atendimento.
594. Garantir recursos/condições de trabalho tais como carro próprio para os CAPS e implementação de equipes multiprofissionais, interdisciplinares, transdisciplinares e intersetoriais, e ampliar a rede de serviços voltados ao acolhimento de pessoas em situação de rua ou vulnerabilidade biopsicossocial; e fomento para a criação e manutenção de dispositivos de moradias (albergues, abrigos, casas de passagem, repúblicas assistidas, casaslars, Serviços Residenciais Terapêuticos).
595. Implantar consultórios móveis, a fim de garantir a atenção em saúde mental às pessoas em situação de rua, principalmente aos que fazem uso de álcool e outras drogas, em municípios de pequeno, médio e grande porte, ou regionalizados, com financiamento das esferas federal, estadual e municipal, garantindo a manutenção deste serviço.
596. Garantir atendimento e comunicação para usuários com transtorno mental que apresentem deficiência múltiplas, deficiência auditiva, deficiência visual, e deficiência auditiva e visual, de acordo com o Decreto n. 5626 (Lei n. 10.098 - acessibilidade) e a Lei de LIBRAS nº 10.436.
597. Estabelecer metas específicas para melhorias dos indicadores de saúde mental da população negra, em especial atenção às populações quilombolas.
598. Criar, implementar e fiscalizar políticas de promoção de igualdade e superação de preconceitos e estigmas, relacionados à: raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos etários, população em situação de rua, trabalhadores do sexo, em privação de liberdade, (em regime aberto e semi-aberto, imputáveis e semi-imputáveis, egressos do sistema penal), indígenas, indígenas desaldeados, pessoas com deficiência, mulheres e crianças em situação de violência doméstica e sexual, pessoas vivendo com o

vírus HIV/AIDS e demais pessoas em situação de vulnerabilidade social. E definir: responsabilidades e competências dos diversos níveis de governo e setores; orçamento específico; serviços adequados para atender às particularidades loco-regionais (por exemplo, CAPS itinerante) e socioculturais.

599. Criar Grupo de Trabalho Intersetorial para avaliar as condições da assistência prestada às pessoas internadas em asilos, instituições de longa permanência, clínicas geriátricas e outras, conveniadas ou não com os Estados, municípios e governo federal visando à elaboração de propostas para a desinstitucionalização desta clientela.

Educação permanente, sistemas de informação, e fomento à pesquisa

600. Qualificar para atuar em saúde mental e com populações em situação de vulnerabilidade os trabalhadores - níveis fundamental, médio e universitário - da atenção básica, da saúde mental, agentes sociais, educadores sociais e outros atores que lidam com população idosa, em situação de rua, e demais segmentos vulneráveis.
601. Garantir a capacitação e a formação em saúde mental de trabalhadores indígenas, quilombolas, pescadores, ribeirinhos, caiçaras, assentados e outros, provendo recursos específicos para esse fim.
602. Criar/ofertar cursos de formação e especialização em redução de danos no âmbito do SUS e garantir sua inclusão nas equipes de CAPSad e outros serviços destinados a usuários de álcool e outras drogas, bem como serviços de atenção e prevenção à HIV/AIDS e outras DST.
603. Desenvolver projetos de intervenção junto a povos e comunidades tradicionais - indígenas, quilombolas, pescadores, assentados, descendentes de imigrantes pomeranos e outros -, com vistas à capacitação e qualificação para tratamento em álcool e drogas e redução de danos para estas populações, considerando os saberes populares e o respeito às diferenças e especificidades culturais de cada comunidade.
604. Incluir o quesito raça/cor e etnia, de acordo com o IBGE, nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação dos serviços de saúde mental.
605. Fomentar a realização de pesquisas que desagreguem dados por sexo e idade ao tratar dos principais quadros clínicos entre os usuários negros nos serviços de saúde mental, que busquem compreender o impacto do racismo na subjetividade.
606. Garantir a realização de ações sociais, educativas, assistenciais e de fomento à pesquisa, a capacitação de equipes profissionais com a participação dos usuários e dos saberes populares, e a realização de ações intersetoriais.

Eixo III

Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial

3.1 - Direitos Humanos e Cidadania

Princípios e diretrizes gerais

607. No atual processo de transformação da política e assistência em saúde mental no país, um dos temas mais fundamentais para a mudança das práticas psiquiátricas convencionais é o dos direitos humanos. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma a necessidade de garantir o acesso a tratamento adequado sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, impedindo tratamentos cruéis ou degradantes, entre eles as internações prolongadas e maus tratamentos físicos aos internos nos hospitais psiquiátricos, bem como requer identificar e estabelecer sanções a políticas e serviços públicos que excluam os cidadãos em sofrimento psíquico.
608. Entre as várias diretrizes aprovadas nesta direção, se destaca a proposição de um marco legal para a abolição das práticas de tratamento cruel ou degradante, como lobotomia, psicocirurgia, eletroconvulsoterapia (ECT), contenções físicas e químicas permanentes, internações prolongadas e maus tratamentos físicos contra pessoas em sofrimento psíquico. É enfatizada também a necessidade de fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância acerca dos casos de violência, cárcere privado e morte de pessoas em sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento, e unidades prisionais e domicílios, garantindo a notificação compulsória.
609. Para isso, é preciso fortalecer os Conselhos de Saúde, suas Comissões de Saúde Mental e Conselhos de Direitos Humanos, para que averiguem, com a participação de usuários, a violação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico nos hospitais psiquiátricos, principalmente no que se refere às mortes por violência. Outra medida adicional é a criação, nas três esferas de governo, de uma comissão permanente de direitos humanos que atue junto ao Ministério Público, envolvendo de forma paritária usuários, trabalhadores e gestores. Além disso, também se requer articular, sensibilizar e capacitar as Secretarias de Segurança Pública (delegacias de grupos vulneráveis, Institutos de Medicina Legal-IML e outras delegacias) e órgãos afins, para garantir escuta especializada à pessoa com transtorno mental que sofre violência ou agressão.
610. Nesta mesma direção, a IV Conferência reitera a importância de efetivar a implementação da Política Nacional de Humanização nos serviços de saúde mental, qualificando a atenção aos usuários, e particularmente de assegurar a formação permanente das equipes profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), das

equipes de emergência em saúde mental, dos profissionais da segurança pública (policiais e bombeiros), segundo os princípios do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Humanização e da Lei 10.216, para a realização de abordagem adequada em situações de urgência e emergência psiquiátrica.

611. Outra medida aprovada é a revisão das interdições judiciais das pessoas com sofrimento psíquico, com suspensão imediata das curatelas nos casos em que forem constatadas negligência e situação de abandono em instituição asilar pelos respectivos curadores.
612. A IV CNSM-I também chama a atenção para os componentes educacionais e culturais que promovem os direitos humanos. Neste campo, enfatizam a necessidade de cursos permanentes de formação em direitos humanos para usuários, familiares e profissionais, incentivando a capacidade de auto-confiança; de se promover campanhas educativas em todos os níveis; e de inserir a temática "Direitos Humanos e Saúde Mental" na Política Nacional de Educação, nas três esferas de governo, garantindo espaço de diálogo, debate e possibilidade de prevenção da violência e construção da cultura de paz. Além disso, é reafirmada a importância do aperfeiçoamento contínuo e permanente do currículo das diferentes formações, qualificando os profissionais em direitos humanos e cidadania. E no âmbito mais geral da sociedade, é preciso garantir direitos culturais na esfera social, política e econômica, qualificando a assistência à saúde socioambiental, da criança ao idoso, e às pessoas com deficiência, promovendo a arte, a cultura de paz e o lazer.
613. Outro tema fundamental dos direitos humanos no campo da saúde mental é o combate ao estigma e o respeito à diversidade. A IV Conferência reafirma a importância da aplicação da Lei 10.216 e da Constituição Federal no tocante ao enfrentamento dos preconceitos referentes à saúde mental, assim como de garantir a equidade dos cidadãos, de forma a assegurar o respeito à diversidade e às diferenças étnico-raciais, de gênero, orientação sexual, de grupos geracionais (idosos, adolescentes e crianças), de pessoas com patologias e doenças raras, das pessoas com DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e particularmente HIV/AIDS, da população em situação de rua ou em situação de privação de liberdade e em presídios, de pessoas com deficiência, entre outras, em todas as estratégias públicas, eventos e conferências de saúde e saúde mental. Para isso, é preciso promover políticas públicas específicas que garantam a inserção social de todas as populações excluídas, tais como negras, indígenas, LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), em situação de rua, de religiões de matriz africana, pessoas em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas. Para todas estas pessoas, é fundamental também garantir, em todos os níveis de atenção, o atendimento humanizado e qualificado às

peessoas com sofrimento psíquico, sem qualquer tipo de discriminação ou desrespeito, bem como assegurar processos de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate a todas as formas de racismo e de discriminação.

614. A promoção dos direitos humanos também implica a conquista de direitos sociais mais amplos. A IV Conferência ratifica a necessidade de criar políticas de incentivo e garantir, nas três esferas de governo, o exercício efetivo dos Direitos Universais aos usuários dos serviços de saúde mental e de álcool e drogas, inclusive daqueles em situação de rua, como o de moradia (inclusive nos casos de afastamento do convívio social), transporte, lazer, esporte, educação, cultura, inclusão digital e universalidade, acessibilidade e integralidade à saúde, nas três esferas de governo. Nesta mesma direção, aponta a necessidade da criação de espaços abertos de lazer e cultura nos bairros, e em especial os Centros de Convivência, mediante portaria ministerial, em parceria e com financiamento intersetorial, com as áreas de saúde, educação, assistência social, cultura, comunicação, esporte, lazer, movimentos sociais/associações de familiares e usuários.
615. Ainda neste campo dos direitos sociais, A IV Conferência também ressalta de forma especial a importância da inclusão dos usuários da rede de saúde mental pelo trabalho, estimulando a sua autonomia e auto-estima, bem como de isenção tarifária de transporte coletivo municipal e intermunicipal para todos os usuários e seus acompanhantes, inclusive dos serviços de álcool e drogas, que necessitem se deslocar durante seu tratamento. Além disso, é também ratificada a necessidade de garantir os direitos de acesso e à obtenção de documentos pessoais e de se ter acompanhante em todos os casos de internação.
616. É reiterada ainda, como uma questão fundamental no campo dos direitos humanos em saúde mental, a necessidade de assegurar condições dignas de trabalho na rede, para que os profissionais tenham condição de realizar um atendimento qualificado e possam, assim, garantir o respeito aos direitos humanos dos usuários.
617. E finalmente, a IV Conferência reafirma a importância de se elaborar uma Declaração de Direitos Humanos para Pessoas em sofrimento psíquico e da realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental de quatro em quatro anos.

Além destas diretrizes mais gerais, também foram aprovadas as seguintes propostas:

Defesa contra a violação de direitos

618. Articular os serviços de saúde mental com órgãos de justiça e direitos humanos para atendimento e acompanhamento aos usuários de saúde mental no fortalecimento de seus direitos.

619. Instituir uma comissão fiscalizadora no âmbito da Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SNDH), com correspondente nos estados e municípios, e com a participação de usuários, conselhos profissionais, representantes do Poder Judiciário/Ministério Público e Poder Executivo (Secretarias de Segurança Pública e Justiça), principalmente no que se refere à questão das mortes por violência.
620. Tomar medidas efetivas em relação aos casos de violação dos Direitos Humanos nos Hospitais Psiquiátricos, e em outros serviços governamentais e não governamentais que violem estes direitos.
621. Garantir proteção aos defensores de direitos humanos, visto que com frequência e facilidade os hospitais psiquiátricos permanecem impunes e ainda se julgam no direito de requerer indenização, como forma de silenciar os defensores de direitos humanos no campo da reforma psiquiátrica antimanicomial.

Educação e garantia de direitos

622. Promover e incentivar grupos de debates nas comunidades com usuários de saúde mental para distribuição e divulgação da cartilha dos direitos dos usuários, inclusive em braile.
623. Realizar, nas três esferas de governo, cursos permanentes de formação em direitos humanos para usuários, seus familiares e profissionais, em parceria com universidades, fundações, institutos e Organizações Não - Governamentais (ONGs).
624. Criar, através de parcerias intersetoriais, cursos de capacitação para os cuidadores das pessoas em sofrimento psíquico, com financiamento das três esferas de governo.
625. Fomentar junto ao Ministério da Educação (ME), ao Ministério da Saúde (MS) e a outros órgãos, o aperfeiçoamento contínuo e permanente do currículo das diferentes formações, qualificando os profissionais em direitos humanos e cidadania, com a finalidade de aprimorar o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, usuários de álcool e outras drogas, e pessoas com deficiências.
626. Incluir na grade curricular de diferentes formações acadêmicas, disciplina com foco em atendimento ao portador de sofrimento psíquico e/ou necessidade especial, aprimorando e qualificando os profissionais de distintas áreas.

Legislação e bases normativas

627. Ativar o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, segundo a Portaria Interministerial nº 1.055, de 17 de maio de 2006, do Ministério da Saúde (MS) e Secretaria

Especial de Direitos Humanos (SEDH) e, com sua ativação, criar e implementar um Grupo de Trabalho para elaboração de proposta de Declaração de Direitos Humanos para Pessoas em Sofrimento psíquico.

628. Criar parceria entre os serviços de saúde e poder judiciário para garantir a aplicação da Lei 10.216/2001, da Portaria Interministerial 1.777/2003 e do Sistema Nacional de Atendimento Sócio-Educativo (SINASE).

Combate ao estigma e respeito à diferença e à diversidade

629. Criar mecanismos para conscientização da sociedade quanto aos direitos e cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, oferecendo tratamento igualitário e não exclusão, possibilitando a convivência, o respeito à diversidade, e a oferta de acessibilidade aos direitos sociais.
630. Implementar, nas três esferas do governo, processos de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate a todas as formas de racismo e de discriminação, visando a redução das desigualdades étnico-raciais no campo da Saúde Mental.
631. Construir políticas públicas intersetoriais que garantam a reabilitação e a ressocialização do paciente após a alta do atendimento de crise, com o compromisso dos gestores e qualificação dos profissionais, nas quais o usuário seja aceito sem preconceito e a família participe desse processo de reabilitação, garantindo em todos os níveis de atenção o atendimento humanizado e qualificado às pessoas com sofrimento psíquico, sem qualquer tipo de discriminação ou desrespeito.
632. Criar programa intersetorial de cidadania, com foco na saúde mental e de acordo com os direitos humanos, considerando que no campo específico da saúde mental a luta se deve centralizar principalmente em ações de combate ao preconceito dirigido à loucura nos diversos grupos sociais, garantindo a diversidade social.
633. Garantir o respeito ao uso do nome social de travestis e transexuais em todos os documentos e serviços do Sistema Único de Saúde, conforme o postulado na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006), inciso I do Princípio 3º, de modo a corroborar o entendimento de que a LGBTfobia (fobia contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) e o desrespeito à identidade de gênero constituem importante fator de vulnerabilização em Saúde Mental.
634. Implantar estratégias de atenção, sob enfoque de gênero, à saúde mental das mulheres para: 1) melhorar a informação sobre as mulheres com sofrimento psíquico no SUS; 2) qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; 3) incluir o enfoque de gênero e de raça

na atenção às mulheres com sofrimento psíquico; 4) promover a integração com setores da sociedade civil, fomentando a participação nas definições da política de atenção às mulheres com sofrimento psíquico; 5) defender que a descriminalização do aborto seja uma realidade no país e que os serviços de saúde viabilizem esse procedimento.

635. Garantir assistência à demanda de saúde mental das pessoas com DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis, como a /HIV/AIDS) nos CAPS, incluindo ações de prevenção nesta área, nas hepatites, em tuberculose, e o acesso a todas as vacinas disponibilizadas no SUS.
636. Garantir que as pessoas em sofrimento psíquico em situação rua sejam atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sem discriminação - através de equipes capacitadas e que trabalhem em rede -, mesmo sem portar documentos, promovendo ações que garantam a integralidade de cuidados e criando protocolos de atendimento em parceria com a rede de saúde e de assistência social.
637. Fortalecer ações junto ao Poder Judiciário e ao Ministério Público, a fim de garantir direitos humanos às pessoas em sofrimento psíquico/usuários de serviços de saúde mental, por exemplo, usuários em situação de privação de liberdade e em presídios.

Direitos humanos, garantia dos direitos sociais e acesso a bens e serviços

638. Garantir às pessoas com sofrimento psíquico, em situação de vulnerabilidade social, o acesso à cidadania por meio de políticas públicas: assistência social, justiça, segurança, saúde, educação, etc.
639. Elaborar e garantir projetos com a rede intersetorial, com o tema “Direitos Humanos e Cidadania”, com fins de capacitação profissional e de possível (re)colocação dos usuários no mercado de trabalho.
640. Garantir o acesso das pessoas em sofrimento psíquico a cursos técnicos, profissionalizantes e universidades, visando à inserção no mercado de trabalho.
641. Estabelecer mecanismos para maior articulação e equidade da rede de serviços de saúde, para que pessoas em sofrimento psíquico tenham atendimento equânime na referida rede, em especial em situações-limite, como em surto e/ou desacompanhado, sem documentação pessoal, em condições precárias de higienização e/ou em estado de uso abusivo de álcool e outras drogas.
642. Garantir que o Ministério da Saúde se articule com o Ministério do Transporte e as Secretarias de Transporte, visando à isenção tarifária de transporte coletivo municipal e intermunicipal para todos os usuários que necessitam se deslocar durante seu tratamento,

assim como ao seu acompanhante, a partir de parecer psicossocial da equipe de saúde, conforme projeto terapêutico individual. Em caso de eventual indeferimento de pedido individual, que o recurso seja submetido a uma junta interdisciplinar criada para isso, também de natureza psicossocial.

643. Garantir por parte do município o acesso e a permanência no tratamento dos usuários de serviços de saúde mental e de álcool e outras drogas, bem como direito ao transporte, através de parcerias para provisão direta de transporte adequado e/ou disponibilização de vales-transportes, segundo as necessidades dos usuários verificadas pelos serviços.
644. Garantir, nos termos da Portaria 336/02, o transporte para uso exclusivo dos serviços de saúde mental no tocante à visita domiciliar e aos cuidados às pessoas com transtornos mentais, preservando a integridade física e moral do usuário.
645. Garantir o direito à moradia, particularmente no sentido de responder às demandas habitacionais dos usuários da saúde mental, quando em vulnerabilidade social.
646. Garantir mecanismos que agilizem o processo de obtenção de documentação tardia, através do estabelecimento de fluxos e parcerias com os órgãos competentes, em articulação com os serviços de saúde, bem como com a Defensoria Pública e o Ministério Público.
647. Efetivar e disponibilizar, nas três esferas de governo, recursos à Educação Inclusiva, instrumentalizando, ampliando, qualificando e integrando profissionais das áreas de Saúde, Educação e Assistência Social.
648. Implantar meia entrada em espaços de cultura e lazer para pessoas com sofrimento psíquico e seus cuidadores/acompanhantes em todos os municípios.
649. Articular ações conjuntas com as Secretarias de Cultura, na promoção de espaços abertos de lazer e cultura nos bairros, em especial nos finais de semana, visando possibilitar o acesso de todos a ações culturais e de lazer.

Direitos trabalhistas de usuários, familiares e profissionais

650. Garantir ao usuário de saúde mental e a seu cuidador, mediante a criação de base legal específica, o direito de ausentar-se do trabalho para os atendimentos necessários ou para participação em atividades inerentes ao tratamento, mediante: a) laudo médico na situação de ser necessário afastamento prolongado, b) declaração de técnicos dos serviços de saúde mental para ausências eventuais.
651. Desenvolvimento de trabalho intersetorial (Assistência Social, Poder Judiciário, Ministério Público, Saúde, Trabalho, Educação, Cultura, Ciência e Tecnologia, etc) para orientação e empoderamento do usuário para garantir o cumprimento dos direitos trabalhistas previstos na Constituição, tais como afastamento do trabalho para tratamento de saúde, inclusive

- saúde mental; proteção contra demissões irregulares após realização de tratamentos ou por discriminação e preconceito; e contra assédio moral, entre outros problemas.
652. Sensibilizar os diversos setores trabalhistas para garantir ao funcionário o acesso ao cuidado a sua saúde, por meio da liberação deste para tratamento, sem ônus para sua renda e sem assédio moral.
653. Redução da jornada de trabalho dos trabalhadores no Brasil visando viabilizar condições e possibilidades de tempo físico para o lazer.
654. Reduzir para 30 horas semanais a carga horária dos profissionais de Saúde Mental, sem redução salarial.

3.2 - Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária

Princípios e diretrizes gerais

655. O aprofundamento da reforma psiquiátrica e da conseqüente reorientação e ampliação da atenção em saúde, na perspectiva da integralidade e intersetorialidade, implica em criar e implantar, nas três esferas de governo (municipal, estadual/distrital e federal), uma política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos de trabalho e renda para as pessoas com transtornos mentais, com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou ainda para presidiários ou egressos do sistema prisional com transtornos mentais.
656. Para isso, é necessário desenvolver, fortalecer e qualificar, através de articulação intersetorial (assistência social, trabalho, educação e cultura), programas de geração de emprego/renda, economia solidária e programas de sustentabilidade, capazes de assegurar o direito ao trabalho e garantir a melhoria da renda familiar, a continuidade do tratamento, a promoção da qualidade de vida e a integridade física e mental dos usuários dos serviços de saúde mental, resgatando neles a dignidade de ser sujeito, o exercício da cidadania e o sentimento de inclusão nos diversos meios sociais.
657. Várias propostas também enfatizam, de forma particular para o campo da saúde mental, a importância da ampliação da Política de Economia Solidária e Inclusão Social e do Programa Nacional de Cooperativismo Social. Nestes, é ressaltada a centralidade do protagonismo dos usuários e familiares, incentivando a formação de associações de usuários e familiares e ações que produzam a participação em eventos sócio-culturais baseados nestes

princípios, a geração de trabalho e renda sustentáveis, a melhoria da qualidade de vida, o fortalecimento dos vínculos, a socialização e inserção social, e a promoção de autonomia e auto-estima de usuários e familiares, levando em conta as suas potencialidades e demandas particulares.

658. Isso exige criar linhas de financiamento intersetorial nas três esferas de governo, uma política tributária e subsídios diferenciados, bem como implementar incentivos para que as empresas viabilizem esta inclusão no mercado formal de trabalho e assegurem os respectivos direitos trabalhistas e benefícios sociais. Também é necessário potencializar e ampliar programas já existentes, como o Programa Primeiro Emprego, os vários programas de reabilitação profissional e de trabalho protegido.

659. Em paralelo, esta perspectiva implica também em garantir, através do fomento e desenvolvimento de programas intersetoriais, a acessibilidade à educação, a melhoria do nível de escolaridade, a inclusão digital e a capacitação técnica para o trabalho de todo este conjunto dos usuários da rede de saúde mental. Para isso, é lembrada a importância das parcerias com o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), e com o Plano Nacional de Qualificação Profissional do Ministério do Trabalho.

Além destes princípios mais gerais, também foram aprovadas as seguintes propostas mais específicas:

Financiamento e incentivos para o trabalho

660. Criar Emenda Orçamentária que priorize o consumo pelas instituições governamentais dos produtos das oficinas de geração de renda ligadas aos serviços da rede de saúde mental.

661. Introduzir na Lei de Licitações (Lei 8.666) critérios que possibilitem a participação dos empreendimentos de economia solidária da saúde mental e outros nos processos de compras públicas.

662. Destinar um percentual dos recursos oriundos dos fundos públicos, nas três esferas de governo, para a implantação de projetos de geração de renda e economia solidária voltados para os usuários dos serviços de saúde mental e desenvolvidos, em parceria com o comércio justo, por associações de usuários, familiares e outras afins, com a garantia de que os projetos a serem implantados incluam estratégias para o escoamento dos produtos, respeitem os princípios e diretrizes da economia solidária e assegurem o papel disparador dos serviços substitutivos no estabelecimento dessa prática de inserção social.

663. Instituir uma política tributária diferenciada, com mecanismos regulatórios, redução de impostos e outros subsídios, de modo a criar uma linha de financiamento a fundo perdido ou rotativo para os projetos de cooperativismo social e de empreendimentos produtivos voltados para os usuários dos serviços de saúde mental.
664. Instituir nos três níveis de governo a Bolsa-Trabalho para os usuários e familiares empreendedores solidários dos serviços de saúde mental, capacitando-os tecnicamente para o trabalho solidário, e assegurando, através da definição de critérios, prazos e modo de devolução, com avaliações periódicas, o escoamento das produções e a sustentabilidade do empreendedor e do empreendimento.
665. Garantir a ampliação e a regularidade dos recursos do Governo Federal, Portaria 1.169/2005, voltados para projetos de geração de trabalho e renda destinados a pessoas com transtornos mentais e a pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas.
666. Criar linhas de financiamento (a fundo perdido ou rotativo) que favoreçam o acesso a recursos tecnológicos e facilitem a aquisição de matérias primas, máquinas e equipamentos destinados a projetos de geração de renda e empreendimentos produtivos desenvolvidos pelos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares.

Estratégias para geração de renda

667. Garantir o fomento de programas de inclusão produtiva para usuários da rede pública de saúde mental, participantes de projetos ou empreendimentos coletivos de trabalho, com critérios definidos e por tempo determinado, de modo a garantir a sustentabilidade dos usuários e dos empreendimentos produtivos.
668. Solicitar ao Ministério da Saúde que recomende enfaticamente para que as unidades de atenção integral à saúde mental incluam em seus projetos terapêuticos mecanismos de acompanhamento dos usuários em sua inserção no mercado de trabalho, de acordo com o disposto no programa federal saúde mental e economia solidária.
669. Garantir a implementação de programas de geração de renda para pessoas com transtornos mentais através da criação de convênios com redes de abrangência nacional.
670. Incentivar as associações de usuários e familiares dos serviços de saúde mental, de modo a favorecer a criação de projetos de geração de renda e a capacitação dos usuários, respeitando as habilidades individuais, para a confecção de produtos e prestação de serviços, possibilitando assim a atuação destes como profissionais autônomos ou como trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, estimulando também as parcerias com as universidades públicas.

671. Regulamentar, na Política Nacional de Saúde Mental, a implantação e consolidação dos projetos e oficinas de geração de trabalho e renda, priorizando a sua realização em sedes próprias, fora dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reafirmando que o espaço destinado ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais e particularmente à crise (Centro de Atenção Psicossocial) deve ser distinto do espaço de trabalho.
672. Implantar, em áreas urbanas e rurais, a partir da articulação entre os Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Agrário e das Cidades, projetos de agricultura familiar com sustentabilidade ambiental voltados para famílias vinculadas à rede de saúde mental.
673. Garantir, através de legislação específica, mecanismos de estímulo à comercialização de produtos oriundos da economia solidária, como por exemplo um percentual de espaço em atividades de culturais e comerciais nas cidades (feiras, eventos populares, culturais e outros), com divulgação na mídia, para a comercialização os produtos oriundos dos serviços, dos movimentos sociais, das associações de usuários e familiares e dos empreendimentos solidários de usuários da saúde mental e de outros indivíduos em vulnerabilidade social.

Inserção no Mercado Formal de Trabalho

674. Desenvolver políticas de inclusão social para as pessoas com transtornos mentais, ampliando as leis que criam cotas de trabalho em empresas públicas e privadas e incentivando a criação de cooperativas, oficinas de geração de renda e entidades de economia solidária, de modo a promover a autonomia e valorização pessoal.
675. Oportunizar a criação de vagas de trabalho em empresas, com flexibilidade de carga horária e/ou função, para os usuários dos serviços de saúde mental e para aqueles liberados pelo INSS após o tratamento, aumentando a inclusão através do Programa Primeiro Emprego, e dos vários programas de reabilitação profissional e de trabalho protegido.
676. Garantir que as unidades de atenção integral à saúde mental incluam em seus projetos terapêuticos mecanismos de acompanhamento dos usuários em sua inserção no mercado de trabalho, de acordo com o disposto na política nacional de saúde mental e de economia solidária.

Estímulo ao Cooperativismo e Economia Solidária

677. Fomentar e fortalecer, de maneira intersetorial, cooperativas populares, associações, núcleos e iniciativas de geração de trabalho e renda, com base nos princípios da economia solidária, com a finalidade de incluir nos projetos ou fomentar a produção e comercialização

de bens e serviços diretamente pelos usuários da rede de saúde mental, garantindo apoio técnico e jurídico no processo de organização, capacitação e comercialização de seus produtos.

678. Criar, através de articulação intersetorial, equipes de economia solidária envolvendo os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e outros segmentos sociais do território, com o objetivo de mediar e articular os projetos de trabalho e geração de renda com a rede social local, ampliando com esta estratégia a política pública de saúde mental e trabalho.
679. Promover a criação de Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), através do financiamento intersetorial da infraestrutura e dos recursos humanos e materiais necessários ao pleno funcionamento das oficinas.
680. Propor alteração da Lei de Cooperativas Sociais com o reconhecimento dos empreendimentos sociais e de outros grupos.
681. Propor adequação e flexibilização da legislação referente às cooperativas para que esta inclua indivíduos em situação de vulnerabilidade social e garanta investimentos intersetoriais a nível nacional, estadual e municipal para a sustentabilidade de projetos de inclusão social pelo trabalho na área de saúde mental.

Direitos Relacionados ao Trabalho

682. Assegurar, legalmente, que os atestados de sanidade mental exigidos para a ocupação de cargos públicos sejam substituídos por atestados de capacidade para o trabalho, visto que os atestados de sanidade mental excluem as pessoas com transtornos mentais mesmo quando estas não se encontram permanentemente incapacitadas para o trabalho.
683. Garantir o Benefício de Prestação Continuada (BPC) aos usuários dos serviços de saúde mental, mesmo estando estes inseridos em cooperativas sociais.
684. Garantir a Seguridade Social aos participantes do cooperativismo social e mecanismos de incentivos com redução de impostos.
685. Implicar as instâncias federais competentes – Ministérios do Trabalho e da Previdência Social, Secretarias, Conselhos Profissionais e outros – no reconhecimento da mudança operada sobre o conceito de deficiência na Convenção da Organização das Nações Unidas, ratificada pelo Brasil em 2008, que coloca o foco nas barreiras atitudinais e ambientais que impedem a inclusão social na comunidade e no mercado de trabalho.

Educação e Capacitação para o Trabalho

686. Reforçar as parcerias para inclusão digital das pessoas com transtornos mentais.
687. Viabilizar e promover, através de incentivos, incubadoras e outras iniciativas semelhantes (cooperativas, sociedades e organizações não governamentais) que capacitem as pessoas com transtornos mentais e seus familiares para o empreendedorismo, para a atividade produtiva e para a comercialização do produto final, segundo os princípios da economia solidária.
688. Garantir, por meio de lei, em parceria com entidades como o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas empresas (SEBRAE) e outros, vagas para pessoas com transtornos mentais e com uso prejudicial de álcool e outras drogas em cursos de qualificação profissional adequados às realidades regionais e que ofereçam uma formação técnica capaz de facilitar o acesso ao mercado de trabalho, segundo princípios da economia solidária.
689. Destinar às pessoas com transtornos mentais vagas no Plano Nacional de Qualificação Profissional do Ministério do Trabalho e em outros projetos da mesma natureza.

3.3 - Cultura e Diversidade Cultural

Princípios e diretrizes gerais

690. A consolidação do processo de reforma psiquiátrica requer a criação e implantação de políticas públicas na interface da cultura, da saúde e da saúde mental que promovam a participação de pessoas com sofrimento psíquico. Faz-se necessária a implantação de políticas específicas e permanentes de apoio às iniciativas artísticas e culturais destas pessoas, com dispositivos intersetoriais em âmbito federal, estadual, interestadual, municipal e local, visando a sua inserção social, a produção cultural e a geração de trabalho e renda, incluindo mecanismos e estratégias de divulgação, circulação e escoamento de suas obras e produtos. Da mesma forma, é necessário garantir, nas três esferas de governo, que as instâncias públicas de produção, divulgação e distribuição de produtos culturais realizem eventos e ações que possibilitem a efetiva concretização das ações culturais praticadas nos serviços substitutivos.

691. Para que tais objetivos sejam atingidos, é indispensável garantir recursos públicos, materiais e humanos, nas três esferas de governo, para incentivo da produção artístico-cultural dos usuários de serviços de saúde mental, para a promoção de parcerias com instituições ligadas à cultura e para realização de atividades artísticas, desportivas e culturais, de maneira intersetorial. Além disso, é necessário disponibilizar espaços da rede social, viabilizados através de recursos municipais, estaduais e federais, para realização de atividades culturais diversificadas de inserção das pessoas com sofrimento psíquico, particularmente os Centros de Convivência e os Centros e Pontos de Cultura, contemplando também os vários aspectos da diversidade geracional, cultural e étnica.

Além dessas diretrizes e princípios, também foram aprovadas as seguintes propostas:

Financiamento e Editais

692. Utilizar a Lei de Incentivo à Cultura (Lei Rouanet) em benefício das produções culturais das pessoas com sofrimento psíquico, viabilizando o financiamento das mais diversas modalidades artístico-culturais (exposição, dança, teatro, música, entre outros).
693. Viabilizar co-financiamento junto ao Ministério da Cultura para o fomento às políticas de educação e lazer que estimulem o protagonismo, produção e potencialidade dos usuários dos serviços, com ênfase nas atividades de arte, arte terapia, teatro, música, dança, poesia e práticas esportivas, e outras expressões culturais, respeitando a cultura regional, com o objetivo de inserção social.
694. Assegurar percentual de vagas no edital de Pontos de Cultura para experiências/ações culturais que contemplem a interface saúde mental/cultura.
695. Garantir que seja criado na Lei de Diretrizes Orçamentárias o fundo próprio para a execução de programas de atendimento da diversidade cultural do usuário de serviços de saúde mental, os quais devem ser elaborados pelo Ministério da Saúde e Ministério da Cultura.
696. Ampliar e fortalecer os recursos do Ministério da Cultura em parceria com o Ministério da Saúde, do programa da Rede Cultura e Saúde para as oficinas, projetos de arte e cultura e demais trabalhos desenvolvidos por usuários dos serviços de saúde mental.
697. Garantir que 1% dos lucros líquidos das indústrias de tabaco e bebidas alcoólicas seja revertido para criação de um fundo de incentivo a cultura destinada às ações de promoção da área da saúde mental.
698. Garantia de recursos públicos para criação e desenvolvimento de projetos culturais

- afinados com os princípios da reforma psiquiátrica, para municípios com menos de 20 mil habitantes.
699. Garantir e dar visibilidade às iniciativas e projetos culturais desenvolvidos no campo da Saúde Mental que garantam a inclusão, destacando a regionalização, garantindo no mínimo um edital por ano de cada segmento (Esporte, Cultura, Saúde, Trabalho, Assistência Social) nas três esferas de governos.
700. Garantir a criação de editais e portarias específicas destinadas a fomentar atividades artísticas e culturais na saúde mental infantil e juvenil, respeitando a especificidade deste campo.
701. Garantir, nas três esferas governamentais, a criação de um fundo para ações e projetos artístico-culturais e esportivos na saúde mental, destinado ao município de pequeno porte, a ser aplicado em intervenções a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, como política de promoção de saúde.
702. Criar editais específicos que garantam financiamento para produções artísticas e culturais voltadas para o campo da saúde mental e a inclusão desta temática nos editais já existentes.
703. Elaborar editais conjuntos (Ministérios da Saúde, Educação, Cultura, Assistência Social, Esportes, dentre outros), de fomento e pesquisa, visando à implantação de espaços e/ou Centros de Convivência dirigidos a atividades de cultura, lazer, esporte e produção social.
704. Ampliar e tornar público o incentivo financeiro com recursos públicos para manifestações artístico-culturais e eventos em espaços públicos (Semanas de artes, festivais etc.) promovidos por associações de usuários dos serviços de saúde mental e serviços substitutivos.

Políticas de Pesquisa, Extensão e Profissionalização para a Cultura

705. Criar políticas públicas de pesquisa e extensão em instituições de ensino superior e técnico para projetos culturais no campo da saúde mental.
706. Defender a inclusão, pelo Ministério da Cultura, das pessoas com sofrimento psíquico como público-alvo das políticas e programas de profissionalização artística e formação de agentes culturais.
707. Estimular, de forma intersetorial, o monitoramento, avaliação e acompanhamento da formação de profissionais para o campo da cultural, lazer, esporte e produção cultural.

Centros de Convivência e Cultura, Pontos de Cultura, e Outros Espaços

708. Criar portaria ministerial para implantação de Centros de Convivência, garantindo parceria e financiamento intersetorial entre saúde, educação, assistência social, cultura, comunicação, esporte, lazer, movimentos sociais/ associações de familiares e usuários.
709. Criar e construir os Centros de Convivência e Grupos de Atividades, envolvendo coordenadores intersetoriais e atores sociais, em todas as regiões administrativas (Distrito Federal) e municípios, a partir da promoção de educação, cultura, lazer, esporte, capacitação e trabalho.
710. Criar Centros de Convivência, cultura e lazer e outros espaços alternativos para adultos, crianças e adolescentes, com e sem deficiência e transtornos mentais, contando com equipe multiprofissional (profissionais de saúde, cultura, esporte, educação, jornalismo, administradores, dentre outros).
711. Estabelecer parceria entre os Ministérios da Cultura e da Saúde com vistas à inclusão dos Centros de Convivência no Programa Cultura Viva (Pontos de Cultura), favorecendo assim o acesso das pessoas com sofrimento psíquico aos espaços de produção cultural e às políticas culturais.
712. Incentivar o fomento e a disseminação de “Pontos de Cultura” em prédios públicos nos diversos estados, garantindo o funcionamento e a continuidade de ações conjuntas com a participação de profissionais, associações de usuários e familiares de saúde mental, artistas com projetos culturais, bem como toda comunidade.
713. Criar, ampliar e regionalizar os Centros Culturais nos municípios, a partir de projetos de incentivo à cultura, por meio de políticas públicas, e desenvolver atividades recreativas através de espaços multiuso, como Centros de Convivência, oficinas nos Centros de Referência Especializada de Assistência Social, Centros de Referência de Assistência Social e Unidades de Saúde, realizando feiras com exposição de artesanato, eventos culturais, passeios e outras atividades.
714. Incentivar a criação e manutenção de ambientes lúdicos, articulados com os serviços substitutivos de saúde mental, para o desenvolvimento de atividades artísticas e culturais em escolas públicas, instituições educacionais sem fins lucrativos, museus, hospitais e espaços comunitários.
715. Criar portarias que implantem e regulamentem Centros de Convivência para ações de cultura, lazer, esporte e produção social, em todo território nacional, como um dos serviços da rede substitutiva, incluindo a atenção à infância e à juventude, contemplando projetos e empreendimentos desenvolvidos por usuários, familiares e profissionais de saúde mental,

com a participação de pessoas da comunidade e possibilitando uma efetiva inserção nas redes sociais do território.

716. Aproveitar os espaços já existentes e criação de novos espaços e projetos de recreação (academia ao ar livre, salas de recreação, infocentro etc.), culturais (cursos de teatro, aula de música, etc.), esportivos e centros de convivências nas zonas urbana e rural, garantindo a acessibilidade às pessoas com sofrimento psíquico e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas, com o objetivo de reinseri-las na sociedade.
717. Estimular a criação de grupos de cultura e associações culturais que incentivem a inserção social das pessoas com sofrimento psíquico, estabelecendo também parcerias com setores da cultura e educação como forma de integração cultural.
718. Criar fórum permanente de discussão e troca de experiências entre projetos coletivos de saúde mental e cultura existentes no país.

Estímulo à Produção, Comercialização, Divulgação, Exposição e Divulgação na Mídia

719. Realizar e divulgar a Mostra Nacional de Produções Artísticas e Culturais das pessoas com sofrimento psíquico, que articule e dê visibilidade ao mosaico de produções dos usuários dos serviços e convoque à reflexão sobre a reforma psiquiátrica e seus efeitos sensíveis de cidadania.
720. Garantir e divulgar em veículos de comunicação a participação da produção cultural em saúde mental (audiovisual, artesanato, artes cênicas, literatura, música, poesia, etc.) em feiras, festivais e mostras em nível municipal, estadual e federal, particularmente as iniciativas que tenham como protagonistas usuários e instituições de saúde mental, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica.
721. Construir ações intersetoriais para a valorização das produções culturais e ações disponíveis na comunidade que incluam pessoas com transtorno mental, através de investimento em exposições de artes plásticas, shows em parques públicos, apresentações teatrais e outras formas de incentivo à produção cultural, assim como a criação de prêmios nas três esferas de governo para contemplar tais produções.
722. Fomentar e articular a participação dos usuários de serviços de saúde mental em movimentos sociais, com vistas a combater a discriminação e a exclusão, incrementando sua participação em rádios, jornais e em meios de comunicação.
723. Desenvolver, através de recursos e editais públicos, a produção audiovisual e cultural digital feita para, com e por pessoas com sofrimento psíquico, proporcionando a possibilidade de desconstrução da atual representação social da loucura.

724. Garantir, através de políticas públicas culturais, a criação e manutenção de acervos e memoriais referentes a produções artísticas atuais e passadas dos usuários da saúde mental.

Diversidade Cultural

725. Garantir a Semana da Diversidade Cultural em Saúde Mental no calendário nacional.
726. Criar e manter espaços e centros de convivência comunitária intersetoriais, regionalizados, voltados para público intergeracional, respeitando e contemplando a diversidade cultural de índios, negros, ciganos e outros.
727. Implementar uma política de atenção à saúde mental que respeite as peculiaridades de saúde específicas de determinadas etnias, como indígenas, quilombolas, imigrantes e outros.
728. Construir parcerias da saúde mental com os espaços existentes que valorizam as diversas manifestações da cultura local, com participação e capacitação de profissionais em diferentes expressões culturais: capoeira, jongo, ciranda, atividades indígenas, entre outras.

3.4 - Justiça e Sistema de Garantia de Direitos

Princípios e diretrizes gerais

729. No processo de reforma psiquiátrica e de construção da política de saúde mental do SUS, é fundamental efetivar as Leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/01 e propor a regulamentação e a definição das responsabilidades de cada esfera de poder (federal, estadual e municipal) na área de saúde mental. É necessário exigir o cumprimento da legislação de saúde mental e de outros dispositivos legais, nos casos de violação dos direitos humanos, de liberdades básicas e de negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos que sofrem de transtornos mentais, garantindo a cidadania através da efetivação das políticas públicas.
730. Outro tema de fundamental importância assinalado nas propostas aprovadas está relacionado à alteração do Código Penal Brasileiro, no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” da pessoa com transtorno mental em situação de privação de liberdade e em presídios, sendo-lhe garantido o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Ainda no plano legal, é também de vital importância a reformulação da Lei de Execuções Penais, o Código Penal e o Código de Processo Penal, de acordo com os princípios

da Lei 10.216/2001, mediante a construção de soluções jurídicas, clínicas e sociais para as pessoas em sofrimento psíquico, durante o tempo que mantiverem relações com a justiça penal.

731. O processo de superação do modelo asilar requer ainda garantir o cumprimento do disposto na Lei 10.216 de 06/04/2001, que determina que as internações involuntárias realizadas pelas famílias ou pelas instituições psiquiátricas sejam imediatamente comunicadas ao Ministério Público, para o devido controle e acompanhamento. Em caso de tutela, a garantia de avaliações permanentes é imprescindível para a consolidação do processo de reforma psiquiátrica na direção da emancipação e não da manutenção do usuário, sujeito em sofrimento psíquico, sob a tutela dos familiares e/ou dos profissionais de saúde mental.

732. A consolidação da política de saúde mental coerente com os princípios da reforma psiquiátrica, no tocante às relações com o Judiciário, requer promover e/ou intensificar a articulação com as suas instituições, a fim de assegurar os direitos das pessoas com transtorno mental e dos usuários em uso abusivo de álcool e outras drogas. Alguns dos itens de fundamental importância nesta articulação estão em investir em capacitação e formação dos profissionais da Justiça e Ministério Público, para a compreensão das especificidades referentes às pessoas acometidas de sofrimento psíquico; a constituição de grupo de trabalho para discutir e avaliar as interdições judiciais existentes; a agilização do processo de obtenção de certidões tardias de pessoas com transtorno mental; bem como a elaboração de material informativo sobre os direitos e deveres dos usuários e familiares da saúde mental.

733. Outro tópico enfatizado nas propostas diz respeito a assegurar os direitos da pessoa com transtornos mentais aos benefícios sociais (como o Benefício de Prestação Continuada e o acesso livre no transporte público para fins de tratamento) e aos direitos trabalhistas.

Além destes princípios gerais, foram aprovadas as seguintes propostas:

Legislação, Normatização e Ações para sua Implementação

734. Regulamentar a Emenda Constitucional 29.

735. Criar uma agenda entre as três esferas de governo, Ministério Público e autoridades judiciárias para tornar a interdição das pessoas em sofrimento psíquico um processo submetido a revisões periódicas, após avaliação e parecer de equipe multiprofissional, mediante acompanhamento da rede de saúde pública.

736. Constituir Grupo de trabalho com o Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria

- Pública para discutir as interdições judiciais e a relação entre os órgãos de governo. Promover a formação de colegiado misto, incluindo representante dos conselhos municipal, estadual e nacional de saúde e profissionais da área da saúde do Ministério Público.
737. Criar um grupo de trabalho nacional, de caráter intersetorial – Saúde, Educação, Ministério Público, Esporte e Lazer, Assistência Social, Segurança Pública, Movimentos Sociais, Defensoria Pública, Órgãos, Entidades e Fóruns de Defesa de Direitos – para garantia de direitos e estabelecimento de princípios e estratégias de cuidado em todas as faixas etárias, segundo a lógica de redução de danos e de promoção da saúde, seguindo as diretrizes do SUS.
738. Promover a acessibilidade prevista nos instrumentos legais de proteção dos direitos das pessoas com deficiência às pessoas em sofrimento psíquico.

Saúde Mental, Medidas de Segurança e Sistema Prisional

739. Elaborar, a partir da constituição de um grupo de trabalho intersetorial, um plano nacional de Extinção do Sistema de Hospital de Custódia em prazo emergencial. Durante o período de transição, garantir que a medida de segurança seja aplicada em sintonia com a Lei 10.216/2001 e garantir a humanização dos hospitais de custódia, pautada no respeito aos direitos humanos e atendimento de qualidade, visando à reabilitação psicossocial.
740. Promover ações de mobilização e orientação ao Poder Judiciário, Defensoria Pública e Ministério Público para implantação de serviços voltados ao acompanhamento do processo criminal do usuário de saúde mental, na fase de instrução e execução penal, visando garantir acessibilidade ao tratamento em Saúde Mental nos serviços substitutivos ao manicômio, de acordo com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, para avançar na direção do fim dos manicômios judiciários.
741. Promover, em parceria com as Secretarias Estaduais de Assistência Social, a desinstitucionalização dos cidadãos com sofrimento psíquico internados nos hospitais de tratamento e custódia estaduais, realocando os recursos financeiros dos leitos hospitalares na implantação e manutenção de Serviços Residenciais Terapêuticos.
742. Promover e desenvolver, junto ao Ministério da Saúde, ações necessárias para revisão, adequação e implantação imediata de plano de ação interministerial de saúde integral e saúde mental para o sistema prisional, garantindo àquela população o direito de assistência de acordo com os princípios da lei 10.216/2001, constituindo para isso comissões intersetoriais (Saúde, Assistência, Segurança e Justiça).

743. Criar um fórum intersetorial com participação das áreas de saúde, justiça, educação e assistência social das três esferas de governo, para discussão e deliberação a respeito da pessoa portadora de transtorno mental e/ou uso de álcool e outras drogas que cometeu atos infracionais, para garantia da atenção psicossocial (cuidado, proteção, tratamento e reinserção social), tendo como bases a Lei 10.216 e as Políticas Nacional de Humanização e de Direitos Humanos.
744. Criar equipe em Saúde Mental que garanta o atendimento interdisciplinar aos internos do sistema prisional, com ênfase na avaliação periódica de infratores em medida de segurança, primando pela garantia dos Direitos Humanos.
745. Implementar e ampliar a política de saúde mental nas delegacias, unidades penais de cumprimento de penas e de prisão provisória, e unidades de cumprimento de medida sócio-educativa (liberdade assistida, semi-liberdade e internação).
746. Promover revisão da legislação existente em relação ao atendimento em saúde mental quanto ao envolvimento do sistema judiciário e os prestadores de serviço da rede sócio-assistencial, buscando maior integração e colaboração mútuas.

Garantia de Direitos Humanos e Civis

747. Identificar e valorizar as experiências de projetos sociais que se fundamentam no paradigma da garantia dos direitos humanos com foco na intersetorialidade.
748. Adotar e garantir a efetividade das medidas jurídicas vigentes que impedem, previnem e punem os atos de violação de direitos das pessoas com transtornos mentais (maus-tratos, tratamento asilares cruéis e degradantes, cárcere e prisão) que ocorrem nas instituições públicas.
749. Estabelecer Sistema Nacional de Notificação Compulsória nos casos de agravos e óbitos por causa violenta que atinjam pessoas com sofrimento psíquico, internadas em hospitais psiquiátricos e de custódia, estabelecimentos prisionais e unidades para cumprimento de medida sócio-educativa.
750. Garantir a efetivação do direito constitucional à assistência jurídica pela Defensoria Pública para familiares e usuários de saúde mental, na reivindicação de seus direitos.
751. Garantir a intersetorialidade e a integralidade das políticas no âmbito da atenção psicossocial e dos direitos humanos da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), idosos, pessoas com deficiência, população negra, pessoas em situação de rua, mulheres e profissionais do sexo.

752. Implementar junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental, de forma integrada com o Poder Judiciário, uma comissão para revisão dos processos de interdição em todo o território nacional para verificar se os usuários estão sendo beneficiados e cuidados, de acordo com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.
753. Rever o processo de avaliações periciais, em uma ação conjunta das Secretarias Estaduais de Direitos Humanos, e Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública, incluindo a fiscalização do curador nos casos de interdição legal, com suspensão imediata das curatelas nos casos de negligência e abandono pelos respectivos curadores.
754. Garantir atendimento aos usuários tutelados pela justiça nos serviços do SUS, conforme o Projeto Terapêutico Singular estabelecido pela equipe multiprofissional de referência.

Garantia de Direitos e Benefícios Sociais

755. Garantir o uso de critérios semelhantes aos do idoso no Benefício de Prestação Continuada (BPC) para as pessoas com deficiência e transtorno mental, independentemente da patologia, desde que estejam incapacitados para o trabalho, não computando o valor do benefício já concedido no cálculo da renda per capita, para fins de acesso de outros membros da mesma família (conforme plano decenal do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome /2005-2015).
756. Assegurar os direitos da pessoa com transtornos mentais graves e severos ao Benefício de Prestação Continuada e aos direitos trabalhistas, garantindo a agilidade do processo de acesso aos benefícios sociais e que o processo de renovação ou não do benefício auxílio-doença não seja superior a 30 dias.
757. Revisar, junto ao INSS, os critérios para obtenção do Benefício de Prestação Continuada - BPC / Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS para atender pessoas com sofrimento psíquico e viabilizar o acesso de todos, com ênfase na inexigibilidade do termo de curatela para concessão de benefícios previdenciários, assistenciais ou de aposentadoria.
758. Assegurar o acesso, garantido por lei, ao transporte de familiares e usuários dos serviços em saúde mental para fins de tratamento e estendendo este direito para livre circulação na cidade.
759. Garantir passe livre interestadual para os usuários de Saúde Mental, e acompanhantes, que estejam inseridos nos serviços de Saúde Mental, com direito ao uso de diferentes transportes públicos e sem restrição do número de passagens.
760. Facilitar o acesso dos usuários com transtornos mentais aos serviços de Planejamento Familiar.

761. Alterar a legislação e garantir, através do estabelecimento de parcerias com os órgãos competentes da Assistência Social, do Poder Judiciário, da Defensoria Pública e do Ministério Público, mecanismos que agilizem o processo de obtenção de certidões tardias de pessoas com transtorno mental, particularmente, os egressos de hospitais psiquiátricos de longa permanência.
762. Incluir os portadores de transtorno mental em programas de inclusão (produtiva, digital, economia solidária entre outros).

Garantia de Direitos Trabalhistas

763. Propor junto ao legislativo a discussão e criação de leis que garantam a inclusão de usuários de saúde mental no mercado de trabalho formal e promover o fortalecimento e desenvolvimento de trabalho intersetorial (Assistência Social, Poder Judiciário, Ministério Público, Saúde, Trabalho, Educação) para orientação e empoderamento do usuário, a fim de garantir o cumprimento dos direitos trabalhistas previstos na Constituição, tais como: afastamento do trabalho para tratamento de saúde, inclusive saúde mental; impedir demissões irregulares após realização de tratamento; impedir discriminação e preconceito; impedir assédio moral, entre outros.
764. Garantir, em lei, de forma integral nas esferas municipal, estadual e federal, o direito da reserva de vagas em concursos públicos para usuários dos serviços de saúde mental aptos a desenvolverem atividades de trabalho.
765. Incluir pessoas com sofrimento psíquico na política de contratação por cotas em organizações de trabalho.
766. Garantir a modificação da lei que permite a demissão por justa causa dos trabalhadores usuários de álcool e outras drogas, garantindo o acesso ao tratamento.
767. Criar políticas ministeriais conjuntas de saúde e trabalho para que não haja discriminação das pessoas que trabalham e fazem uso de medicação psiquiátrica.
768. Promover discussões sistemáticas da coordenação municipal de saúde mental junto aos serviços de perícia médica (municipal, estadual e federal, e INSS – Instituto Nacional de Seguro Social) com o objetivo de ampliar a compreensão sobre doenças e transtornos mentais para melhorar as condições de atendimento destes usuários nos serviços periciais, inclusive com a concessão de licenças médicas integrais e parciais para os transtornos mentais, de forma a possibilitar ao usuário o tratamento adequado e a reinserção no trabalho.

769. Incluir pessoas com sofrimento psíquico na política de contratação por cotas em organizações de trabalho e garantir a responsabilização das empresas empregadoras sobre o tratamento de saúde mental de seus funcionários, facilitando a reinserção ao emprego com remanejamento de funções, se necessário, respeitando a condição particular do funcionário.
770. Garantir que o INSS inclua no NTEP (Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário), as CIDs (Classificação Internacional de Doenças) relacionadas aos transtornos mentais ocasionados pelo trabalho.

Direitos e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas

771. Promover ações intersetoriais em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas, garantindo cobertura de 100% da rede educacional.
772. Fortalecer e garantir a intersetorialidade entre a saúde e a justiça em função da Lei 11.343/2006, que prevê o tratamento aos usuários de álcool e outras drogas, e do provimento nº. 04/2010 do Conselho Nacional de Justiça, que determina que os Tribunais de Justiça implantem serviços multiprofissionais em todas as comarcas do país para acompanhar o tratamento.
773. Garantir que o Poder Judiciário desenvolva o trabalho através de equipe multidisciplinar, em interface com os dispositivos de cuidados em Saúde Mental, para auxílio e avaliação das ações que envolvam pessoas com sofrimento psíquico e usuários de drogas lícitas e ilícitas.

Recursos Humanos e Capacitação para a Garantia de Direitos

774. Promover capacitação em saúde mental e ações de educação permanente das equipes do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), dos profissionais de segurança pública (Polícias Militar e Civil, Guarda Municipal e Agentes Penitenciários) e das demais equipes de saúde, para qualificar a abordagem adequada da pessoa em situação de crise ou em uso abusivo de álcool e outras drogas, quando essa intervenção se fizer necessária.
775. Investimento em capacitação e formação dos profissionais da Justiça e Ministério Público, para a compreensão das especificidades referentes às pessoas acometidas de sofrimento psíquico.
776. Criar Fórum Intersetorial para revisão da determinação de perícias encaminhadas aos profissionais da rede pública de saúde, uma vez que estes profissionais são responsáveis por ações de atenção integral, não sendo indicado o exercício da função de perito.

777. Realização de concursos públicos, específicos na área de Saúde Mental, para composição das equipes das unidades de Saúde Mental.
778. Garantir, na equipe de peritos do INSS, especialista na área de saúde mental.
779. Incluir as categorias profissionais de assistente social e de psicólogo na equipe da Defensoria Pública.

3.5 - Educação, inclusão e cidadania

Princípios e diretrizes gerais

780. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma a necessidade de se construir amplo entrosamento e ações intersetoriais entre as redes de educação e de saúde/saúde mental, visando garantir a inclusão de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico nas escolas (rede pública e privada de ensino), tanto na educação básica e superior quanto na Educação de Jovens e Adultos (EJA). Tal entrosamento visa também à criação de projetos e estratégias específicas para se evitar a evasão escolar e também viabilizar a atenção psíquica aos alunos que necessitam de cuidados.
781. O avanço da reforma psiquiátrica no Brasil também requer assegurar uma formação ampla em saúde mental, com a inclusão de temáticas do SUS, da saúde mental, de direitos humanos e outros temas, nos ensinos básico, técnico e superior. Da mesma forma, é necessário o fomento, dentro dos projetos político-pedagógicos dos cursos universitários, da discussão sobre a saúde mental, tanto no ensino, quanto na pesquisa e extensão, e propostas específicas para a pós-graduação, educação permanente e à distância dos profissionais de saúde e saúde mental já formados ou inseridos na rede, com monitoramento, avaliação e acompanhamento da formação de profissionais sob o enfoque intersetorial. Além disso, a Conferência também sublinha a necessidade de apoiar os processos de educação popular, educação permanente em saúde e qualificação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares.

Além desses princípios e diretrizes mais gerais, também foram aprovadas as seguintes propostas:

Formação e Educação Permanente para Profissionais de Saúde e Saúde Mental

782. Constituir processos de educação permanente em saúde e em saúde mental, dirigidos aos profissionais dos vários serviços de atenção à saúde - Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família, hospitais públicos e privados/conveniados, assim como, para agentes penitenciários de hospitais de custódia e de instituições sócio-educativas, redutores de danos e conselheiros tutelares - de modo a integrar as ações da rede de saúde e de atenção psicossocial, garantindo o cuidado intra e intersetorial e o melhor acolhimento dos pacientes em crise e referenciados pelos CAPS.
783. Investir na formação de novos profissionais, especialmente por meio da abertura de campos de estágio nos CAPS e outros serviços da rede de saúde mental.
784. Possibilitar o treinamento dos profissionais de saúde na modalidade Educação à Distância, assim como a especialização, educação permanente e cursos de extensão nos diversos níveis de atenção.
785. Fomentar a revisão dos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos de graduação nas áreas da saúde a partir do compromisso com os princípios do SUS.
786. Incluir a disciplina de políticas públicas, saúde pública e saúde mental como obrigatória nos cursos de graduação vinculados à saúde e como transversal para os demais cursos.
787. Garantir estágio remunerado na rede pública para graduandos em cursos da área de saúde, oriundos de instituições públicas, propiciando ensino e aprendizagem de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica.
788. Ampliar a oferta de cursos gratuitos de Pós-Graduação na área de saúde mental em Universidades Públicas.
789. Capacitar em saúde mental, de forma permanente e diferenciada para cada nível de atuação profissional, através da Universidade Aberta do SUS - UNASUS, todos os profissionais de saúde e de educação.
790. Incluir e formar profissionais capacitados e habilitados em LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) e Braille na rede de saúde mental.
791. Incluir tema dos direitos das pessoas LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) nos cursos de formação dos trabalhadores em saúde mental.
792. Incluir o tema étnico-racial nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde mental e no exercício do controle social, considerando as consequências do racismo na saúde mental da população discriminada.

Educação e Capacitação de Usuários e Familiares

793. Garantir vagas aos usuários dos serviços de saúde mental nos cursos profissionalizantes oferecidos pelas escolas técnicas e pelo sistema “S” (SENAR, SENAC, SESC, SESCOOP, SENAI, SESI, SEST, SENAT).
794. Inserir a pessoa com sofrimento psíquico na Lei 7.853/1989, que trata do apoio e incentivo de formação profissional às pessoas com deficiência.
795. Capacitar e qualificar os representantes das associações de usuários, familiares e movimentos sociais no campo da saúde mental para participação nas instâncias de controle social.
796. Propiciar a nível municipal, estadual e federal, cursos profissionalizantes adequados aos interesses dos usuários de serviços de saúde mental para que estes tenham a possibilidade de inserção no mercado de trabalho.
797. Garantir a capacitação de usuários dos serviços substitutivos em programas de inclusão digital, para o desenvolvimento de monitorias.
798. Qualificar as ações intersetoriais e atuar junto à política de educação, de forma a estimular e criar condições de acesso à leitura, alfabetização e escolarização dos usuários dos serviços de saúde mental.
799. Criar e garantir um NAE (Núcleo de Apoio à Educação), composto por psicopedagogos, assistentes sociais e psicólogos, que vise garantir o acesso e a permanência da pessoa em sofrimento psíquico na rede regular de ensino.
800. Estabelecimento de projetos específicos e de estratégias para se evitar a evasão escolar de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico.

Inclusão e Fortalecimento de Temas e Práticas de Promoção e Prevenção em Saúde Mental e Direitos Humanos na Rede de Educação

801. Incluir, nos cursos de formação continuada de professores e outros profissionais da educação e da saúde, temas relativos à saúde mental; no currículo dos cursos de licenciatura, uma disciplina que aborde a Saúde Mental; e nos demais cursos superiores, disciplina sobre Direitos Humanos e Cidadania, na qual se insira a Saúde Mental.
802. Adequação da grade curricular da educação aos temas da reforma psiquiátrica, objetivando a capacitação profissional dos educadores para a efetivação da educação inclusiva.
803. Implementar ações educativas voltadas para o debate sobre a diversidade cultural do país

e sua relação com o campo da saúde mental, tornando as fronteiras entre as organizações de educação formal e a comunidade mais acessíveis, considerando que as instituições de ensino são espaços privilegiados de produção de sensibilidades, saberes e fazeres.

804. Garantir a formação permanente dos profissionais de educação e o apoio psicossocial a eles, mediante parceria entre serviços de Atendimento Educacional Especializado (AEE) e de saúde mental, para que possam identificar, receber e lidar com pessoas em sofrimento psíquico e, especificamente, com alunos com necessidades educacionais especiais (deficiências físicas, sensoriais e mentais, sofrimento psíquico, usuários de álcool e outras drogas, transtornos globais do desenvolvimento e deficiências múltiplas), proporcionando-lhes a inserção necessária.
805. Sensibilizar e capacitar toda a comunidade escolar acerca da temática da orientação sexual e identidade de gênero, raça e etnia, como forma de prevenir violências psicológicas nestes espaços.
806. Incluir temas transversais, tais como saúde mental (em especial álcool e drogas, violência, *bullying*, transtornos de conduta, transtornos alimentares, sexualidade, entre outros), saúde, direitos humanos e diversidade, nos projetos político-pedagógicos das instituições de ensino fundamental, médio e superior, a serem trabalhados em oficinas, atividades de extensão e atividades alternativas.
807. Aplicar, nos currículos escolares, a inclusão digital e o desenvolvimento de tecnologias inovadoras com capacidade de desenvolver programas e estudos educacionais e incentivar a produção de material educativo voltados para as pessoas com transtornos mentais.
808. Sugerir ao Ministério da Educação, baseado na Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que as questões transversais ligadas ao tema dos direitos humanos e saúde mental sejam incluídas nos diversos níveis da rede educacional.
809. Incluir, nos programas curriculares de graduação nas áreas da saúde e afins, disciplinas que abordem os princípios do SUS, em especial o conceito de territorialidade.
810. Realizar intercâmbio entre as áreas da educação e da saúde através da adição aos currículos escolares de conteúdos sobre saúde mental e uso de álcool e outras drogas, bem como do envolvimento de professores, alunos e familiares, de forma a garantir, através de projetos e propostas, carga horária específica para esses temas em todos os níveis de ensino.
811. Fomentar a implantação do Programa Saúde na Escola em todas as escolas públicas localizadas em regiões adstritas da Estratégia Saúde da Família, garantindo diálogo entre os setores da educação e saúde, destacando as temáticas da saúde mental, da educação inclusiva e da cidadania.
812. Criar escolas em tempo integral como estratégia de prevenção ao uso abusivo de álcool e

outras drogas na infância e adolescência, com desenvolvimento de atividades esportivas e participação da família no ambiente escolar.

- 813. Criar oficinas nas escolas e nas comunidades de combate e prevenção ao *bullying*, assédio moral e violência para crianças, adolescentes, jovens e adultos.
- 814. Sensibilizar e mobilizar as universidades e faculdades existentes nos municípios para desenvolver trabalhos itinerantes na rede pública e privada, desde a creche ao ensino médio, objetivando a quebra do preconceito, construindo uma nova visão sobre o sofrimento psíquico.
- 815. Garantir a saúde mental no Plano de Educação em Direitos Humanos junto à Secretaria Especial de Direitos Humanos, vinculada à Presidência da República.
- 816. Apoiar os processos de educação popular e educação permanente em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde mental da população negra, em especial quilombolas e populações indígenas.

Outras Estratégias em Educação, Inclusão e Cidadania

- 817. Criar comitê intersetorial envolvendo associações urbanas e rurais que trabalhe proposições voltadas para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais.
- 818. Realizar articulação com as Secretarias de Educação e de Assistência Social para garantir a inclusão participativa do usuário dos serviços de saúde mental e família na sociedade e nos programas (mercado de trabalho, esporte, lazer, cultura), por meio de editais de apoio aos projetos.
- 819. Elaborar, nas três esferas de governo, legislação para a efetivação do acesso ao passe livre aos usuários em tratamento regular na rede de saúde mental, e ao vale-transporte para os acompanhantes (quando necessário), mediante a avaliação das condições sócio-econômicas e clínicas do paciente, da distância do local de tratamento e da oferta de serviços locais.
- 820. Realizar campanhas para promover o respeito às pessoas com transtornos mentais e a diminuição do estigma e preconceito.
- 821. Garantir a inclusão da família no processo educacional e nas ações ligadas à recuperação dos usuários, bem como o acesso aos serviços da rede de saúde mental para as pessoas com necessidades especiais.
- 822. Sensibilizar, conscientizar e esclarecer a sociedade sobre a lei 10.216 e sobre os direitos das pessoas com transtorno mental como cidadãos, na perspectiva de diminuir preconceitos, através de ações educativas e material publicitário (cartilhas, spot de rádio, panfletos), cuja divulgação também será feita nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e

estabelecimentos similares, em caráter obrigatório.

823. Realizar parcerias com universidades e outros órgãos que tenham trabalhos voltados à cultura, esporte e lazer, para que sejam incluídos projetos direcionados à inclusão social da população assistida pela rede de saúde mental.
824. Promover a integração do campo da saúde mental com as políticas públicas culturais, criando dispositivos intersetoriais nos níveis locais, interestaduais, regionais e nacional.

3.6 - Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde

Princípios e diretrizes gerais

825. O avanço do processo de reforma psiquiátrica e de reorientação da atenção em saúde mental, na perspectiva da intersetorialidade, requer fortalecer a articulação entre as áreas da Saúde, Desenvolvimento e Assistência Social e Previdência Social, para a promoção de ações e programas destinados aos portadores de sofrimento psíquico, visando à inserção social deste público, bem como legitimar e garantir universalidade, equidade e integralidade nestas políticas, nas três esferas de governo. Para isso, a conferência enfatiza a importância de criar fóruns municipais intersetoriais permanentes para discussão, criação e ampliação das políticas públicas para pessoas em situação de vulnerabilidade social com transtorno mental ou eminente risco psicossocial – crianças, adolescentes, população de rua, mulheres, idosos, população carcerária, grupos indígenas com alta incidência de suicídios, pessoas com abuso de álcool e outras drogas ou submetidas a medidas de segurança, entre outros.
826. No campo da Previdência, a IV Conferência ratifica a importância de mudar o marco regulatório e os procedimentos operacionais da concessão de benefícios, particularmente do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), com vistas a viabilizar a implementação de um novo paradigma que tenha como referência a funcionalidade dos beneficiários, entendida como interação entre as características biológicas, psicológicas, sócio-culturais e econômicas dos indivíduos e seu meio. Nesta direção, é indicada a necessidade de laudo psicossocial, e não apenas médico, nas decisões da perícia, levando também em conta aspectos psíquicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, e não apenas a visão clínica restrita. Ainda sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), se requer cumprir as normas já existentes, que determinam a inexistência do termo de interdição civil para concessão do benefício a pessoas com transtorno mental, o que é aplicável a outros

benefícios, como a Auxílio Doença e Aposentadoria por Invalidez, para os quais também é aprovada a revisão de critérios e do tipo de parecer.

827. Ainda referente aos benefícios previdenciários para pessoas com sofrimento psíquico, e com abuso de álcool e outras drogas, são aprovadas propostas no sentido da expansão dos postos de atendimento, visando aumentar a acessibilidade; de ampliação, capacitação e sensibilização de recursos humanos; de se promover campanhas para a humanização e desburocratização do atendimento; de maior celeridade nos processos; de se tornar públicos e mais transparentes os atuais critérios e o processo de solicitação; de acompanhamento e monitoramento aos beneficiários; e de se criar fluxos para denúncias contra abusos de autoridade, indeferimento ou suspensão de benefícios realizados.

828. No âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a conferência reitera a importância de garantir a ampliação do acesso aos programas sociais, particularmente aos serviços de proteção social básica, especial e alta complexidade, incluindo as pessoas com sofrimento psíquico, como público alvo das políticas de assistência social, como forma de minimizar a dívida histórica com essas pessoas. Também é necessário o mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade social, para assim desenvolver ações preventivas, curativas e reabilitação psicossocial, e em especial garantir recursos e atendimento aos cidadãos com sofrimento psíquico, com autismo e com deficiência intelectual em situação de rua, criando dispositivos de moradia para as pessoas com múltiplas vulnerabilidades. É enfatizada a importância de garantir o monitoramento e a avaliação desses serviços, bem como a participação dos usuários e familiares nestas políticas, por meio do controle social e do diálogo com os movimentos sociais.

E no campo da saúde, a IV Conferência delibera propostas específicas para políticas de atenção à saúde do trabalhador, particularmente na área de saúde mental. Além destes princípios mais gerais, as seguintes propostas também foram aprovadas:

Previdência: Legislação, Normas, Perícias e Benefícios

829. Garantir os benefícios de Auxílio Doença ou Aposentadoria para as pessoas com transtornos mentais junto ao INSS (Instituto Nacional de Seguro Social), garantindo fiscalização adequada e promovendo o intercâmbio entre os ministérios.

830. Garantir aos portadores de transtornos mentais o direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), reformulando os critérios de concessão do BPC da Lei Orgânica de Assistência Social - BPC/LOAS, excluindo os critérios de obrigatoriedade de interdição civil,

alterando o artigo que define como pré-requisito renda per capita de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo para 1 salário mínimo, independente do número de integrantes na avaliação socioeconômica familiar, e estabelecendo avaliação através de parecer social.

831. Garantir a não-exigência do processo de interdição/termo de curatela para o acesso aos benefícios previdenciários (Benefício de Prestação Continuada [BPC], o Auxílio Doença, a Aposentadoria por Invalidez), assegurando o direito de cidadania às pessoas com transtornos mentais.
832. Divulgar e sensibilizar as equipes periciais quanto a "inexigibilidade do termo de curatela" dos portadores de sofrimento psíquico para acesso ao BPC e a qualquer outro benefício, por meio de campanha direcionada às agências do INSS sobre reforma psiquiátrica, luta antimanicomial, direitos e deveres dos portadores de sofrimento psíquico e serviços substitutivos.
833. Rever os critérios para obtenção do Benefício de Prestação Continuada e Aposentadoria por Invalidez, propondo a inclusão clara dos portadores de sofrimento psíquico, álcool e outras drogas como público alvo, assim como a divulgação dos critérios periciais para concessão de benefício (previdenciário e assistencial) aos usuários de saúde mental, familiares e técnicos dos serviços substitutivos.
834. Realizar campanha direcionada às agências estaduais do INSS sobre a reforma psiquiátrica, Luta Antimanicomial, direitos e deveres dos usuários e divulgação da circular Gerência Executiva do INSS-GAB nº 185/2006, que determina a não exigência do termo de curatela para concessão de benefícios titularizados por cidadãos portadores de sofrimento psíquico.
835. Promover dispositivos de articulação, sensibilização e capacitação, tais como encontros regulares e/ou formação de grupos de discussão, entre representantes dos serviços de saúde mental e do INSS, para promover as mudanças nos critérios da perícia na concessão de benefícios e para torná-los públicos e transparentes os atuais critérios para concessão, ou não, de benefícios aos portadores de transtornos mentais.
836. Criar políticas públicas para inclusão da pessoa com sofrimento psíquico nas empresas e no processo produtivo com mecanismos de supervisão, incentivo e apoio, além do acesso ao benefício social sem obrigatoriedade de interdição, conforme o que preconiza a legislação.
837. Criar grupo de trabalho em parceria com o Ministério da Previdência Social para discutir e apontar soluções para a situação dos cidadãos portadores de sofrimento psíquico, incluindo o usuário de álcool e outras drogas, que participam de empreendimento produtivo solidário.
838. Garantir a modificação da legislação para que os beneficiários do INSS com sofrimento

psíquico possam desenvolver alguma atividade laboral que complemente sua renda, considerando-se as diretrizes da economia solidária, sem prejuízo do recebimento integral de seu benefício.

839. Garantir que pessoas com sofrimento psíquico que possuam Benefício de Prestação Continuada, uma vez inseridas no mercado de trabalho, tenham a possibilidade de voltar a receber o benefício caso apresentem a incapacidade de exercer atividade laborativa novamente e não tenham direito a outro benefício consequente ao retorno transitório ao trabalho.
840. Garantir o cumprimento efetivo da legislação do Programa de Reabilitação Profissional dos pacientes da Previdência Social.
841. Desburocratizar o atendimento e exigir celeridade nos processos referentes à aposentadoria, benefícios e outros, como forma de garantir aos usuários em tratamento por transtornos mentais severos, os benefícios previdenciários (trabalhistas e/ou assistenciais - BPC) de que necessitam.
842. Garantir maior transparência no processo de solicitação do Benefício de Prestação Continuada, da Lei Orgânica de Assistência Social (BPC/LOAS), através da emissão de laudos periciais do INSS que fundamentem o motivo da recusa do benefício.
843. Avaliar se portadores de sofrimento psíquico grave que não tinham contribuição previdenciária ou perderam o direito de segurado têm necessidade de receber o benefício.
844. Fazer orientação aos familiares das pessoas com transtornos mentais e encaminhar os casos que têm direito a benefícios para o INSS.
845. Efetivar a execução do plano de expansão das agências de atendimento do INSS, e implantar o Escritório Volante da Previdência Social nos municípios que não o possuem, considerando as características dos territórios, facilitando assim o acesso aos usuários.
846. Com relação aos respectivos benefícios da seguridade social, garantir por lei federal que a pessoa com sofrimento psíquico seja avaliada por uma equipe multiprofissional, considerando laudos e pareceres da equipe que o acompanha, não centralizando a aprovação final no médico perito.
847. Exigir do INSS a consideração do laudo psicossocial, e não apenas do laudo médico, nas decisões da perícia, incluindo no ato de decisão médico-pericial da concessão de benefícios os aspectos psíquicos, sociais (econômico-cultural), ambientais de Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e não apenas a visão clínica restrita.
848. Rever critérios para concessão e ampliação de Benefício de Prestação Continuada junto ao INSS, considerando os relatórios da equipe técnica para garantir o benefício às pessoas com transtorno mental na perícia atualmente realizada por médico psiquiatra, conforme os

princípios da reforma psiquiátrica, incluindo a terminologia através de emenda nas normas e diretrizes da LOAS.

849. Garantir que as perícias médicas de pessoas em sofrimento psíquico feitas pelo INSS e/ou instituições governamentais sejam realizadas por médico psiquiatra, e que os peritos respeitem os relatórios elaborados pela equipe multiprofissional.
850. Solicitar ao Ministério da Previdência Social a contratação, através de concurso público, de médico perito especialista permanente para cada unidade municipal do INSS, principalmente no interior do Estado, concomitante às ações itinerantes para as comunidades ribeirinhas, e incluir o psicólogo clínico na equipe multiprofissional de perícia do INSS, visando a articulação necessária para que o portador de transtornos mentais tenha o direito à aposentadoria, auxílio doença, seguro de vida, dependendo do grau de limitação.
851. Assegurar que no ato da perícia do INSS os portadores de transtornos mentais tenham direito a um acompanhante.
852. Criar Departamentos de Orientação Judicial e Previdenciária aos portadores de transtornos mentais, que possam acompanhar os processos peculiares destes usuários e seus familiares.

Assistência Social: Programas, Benefícios e Serviços

853. Implementar a Política Pública de Seguridade Social e garantir financiamento para o efetivo funcionamento dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), mediante recursos das três esferas de Governo, com a devida articulação e acompanhamento do Controle Social.
854. Solicitar ao Ministério do Desenvolvimento Social a ampliação dos serviços de proteção social básica, especial e alta complexidade no Sistema Único de Assistência Social.
855. Garantir para os cidadãos portadores de sofrimento psíquico igualdade de direitos previstos na Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS).
856. Formar grupos de ajuda mútua e garantir um percentual (25%) das vagas dos cursos dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e outros para os usuários dos serviços de saúde mental.
857. Instituir parcerias com a Política de Assistência Social no sentido de desenvolver um trabalho integrado com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC), criando protocolos de atendimento aos casos de transtorno/uso de álcool e drogas que envolva a rede sócio-assistencial.

Ações Articuladas e em Parceria no Âmbito da Seguridade Social

858. Realizar plenárias ampliadas no âmbito da seguridade social, em parceria e articulação com as entidades e ou órgão de políticas públicas.
859. Fortalecer parceria entre os Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social, no sentido de garantir aos usuários dos SUS o acesso às solicitações de Auxílio Doença quando pertinente e Benefício de Prestação Continuada para usuários que se enquadrem na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS).
860. Garantir o acompanhamento e monitoramento aos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada, através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), e/ou secretarias de assistência social (onde não tiver CRAS) de modo a assegurar autonomia do usufruto do benefício pelo beneficiário (a).
861. Ampliar a articulação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) à rede de assistência social.
862. Articular com os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), CRAS (Centros de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e ESF (Estratégia de Saúde da Família) o mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade social, para assim desenvolver ações preventivas, curativas e reabilitação psicossocial de acordo com as demandas vivenciadas naquela localidade.
863. Lutar pela garantia de todos os direitos previstos na seguridade social, estabelecendo parceria dos serviços de saúde com o Ministério Público, criando fluxos para denúncias contra abusos de autoridade, indeferimento ou suspensão de benefícios realizados pelos médicos peritos sem justificativa técnica, apesar dos atestados dos médicos assistentes.
864. Assegurar recursos para a criação e manutenção de ações e equipamentos de lazer através da rede intersetorial de saúde mental.

Assistência a Populações Específicas

865. Oferecimento de maiores subsídios (financeiros) pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas para estados, municípios e movimentos/entidades sociais, com apoio técnico, material informativo e fomento à realização de estudos epidemiológico/diagnóstico sobre os casos de suicídio nas comunidades indígenas.
866. Ampliar a política de assistência social, com financiamento para implantação de novos CRAS – Centro de Referência de Assistência Social e CREAS – Centros de Referência

- Especializados de Assistência Social, incluindo as pessoas com autismo e deficiência intelectual.
867. Incluir o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o CAPS como equipamentos voltados para setores da sociedade em situação de violação de direitos e aqueles em privação de direitos, no caso da população em situação de rua.
868. Implantar política em parceria com o Ministério de Desenvolvimento Social e Secretarias Estaduais e Municipais de Desenvolvimento Social e destinar recursos para atendimento aos cidadãos com sofrimento psíquico em situação de rua, criando repúblicas e outros dispositivos de moradia para moradores de rua com múltiplas vulnerabilidades, garantindo a inclusão dos cidadãos portadores de sofrimento psíquico, pessoas com autismo e com deficiência intelectual nas mesmas e nos demais serviços de proteção especial da Política de Assistência Social e Habitação e outras Políticas Públicas, garantindo o monitoramento e avaliação desses serviços.
869. Garantir apoio multiprofissional aos cuidadores de pacientes com senilidade precoce, acamados e com mobilidade restrita.

Ampliação e Capacitação de Recursos Humanos

870. Garantir a realização de concursos públicos de forma a garantir os direitos humanos nas políticas sociais – saúde, educação, habitação, assistência social lazer e cultura.
871. Solicitar ao Ministério da Previdência a ampliação dos recursos humanos na previdência social para a concessão de benefícios através de análise da equipe multiprofissional.
872. Criar estratégias de articulação entre os Ministérios da Saúde, Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente e Educação, a fim de promover capacitações em Saúde Mental para os profissionais do INSS.
873. Buscar parceria com o INSS para a capacitação das equipes de Saúde Mental acerca dos direitos previdenciários dos usuários e familiares.
874. Desenvolver ações de capacitação e sensibilização junto aos profissionais do INSS a fim de melhorar a análise dos laudos e concessão dos benefícios e a qualidade do atendimento prestado às pessoas com sofrimento psíquico.
875. Investir na capacitação e sensibilização dos profissionais da Previdência Social, constituindo uma equipe multiprofissional no ato da avaliação do paciente com transtorno mental.
876. Construir e atualizar instrumentos de informação para divulgação de cartilha sobre legislação específica, serviços de saúde, assistência social e previdência junto aos

trabalhadores, usuários e família, utilizando linguagem popular, com orientações e contatos dos órgãos responsáveis pela garantia desses direitos, tais como Benefício de Prestação Continuada e Passe Livre.

877. Sensibilização e capacitação permanente dos profissionais que atendem os usuários da saúde mental, oportunizando o cuidado ao usuário e ao trabalhador.

Campanhas e Outras Ações de Promoção

878. Orientar através de campanhas a sociedade quanto aos direitos adquiridos por lei para portadores de transtornos mentais.
879. Constituir um grupo de trabalho permanente interministerial em parceria com os estados, com participação da sociedade civil, com a atuação voltada para a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, e com uso abusivo de álcool e outras drogas.
880. Promover debates entre Ministério Público, INSS, familiares de pessoas com transtorno mental curateladas e profissionais de saúde mental, a fim de garantir o cuidado integral do interditado.
881. Realizar campanha direcionadas ao INSS sobre reforma psiquiátrica, luta antimanicomial, direitos e deveres dos portadores de sofrimento psíquico, álcool e outras drogas e serviços substitutivos, visando a humanização no atendimento.
882. Desenvolver estratégias de valorização da pessoa com sofrimento psíquico através de eventos organizados pela rede intersetorial de saúde mental e outros setores para se vencer os estigmas.
883. Promover e garantir espaços coletivos para a discussão de aspectos da seguridade social nas diversas instâncias, desde os serviços até outros espaços de controle social (fóruns, assembléias etc.).
884. Articular e realizar ações conjuntas entre a educação, saúde e assistência social, segurança, esporte e outras políticas públicas no atendimento das demandas e na formação de cidadãos.

Saúde e Saúde Mental do Trabalhador

885. Garantir os fóruns municipal, estadual e nacional permanentes na discussão da saúde mental do trabalhador e suas implicações com a previdência social, na assistência social, Defensoria Pública, comissões de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil e na justiça do trabalho, dentre outros.

886. Garantir a reabilitação do trabalhador através da Política da Previdência Social e que as empresas se responsabilizem pelos trabalhadores adoecidos e lesionados por elas (lesões relacionadas ao trabalho) reabilitando-os, reintegrando-os, e readaptando-os, até sua aposentadoria.
887. Articular intersetorialmente uma política de promoção em saúde mental e prevenção aos transtornos mentais, em sua interface com a saúde do trabalhador no sentido de cuidar, assistir e prevenir o sofrimento psíquico/transtornos mentais, advindo das condições e das relações de trabalho.
888. Discutir com a previdência social a garantia da aplicação do nexó técnico epidemiológico dos portadores de transtornos mentais com capacidade laborativa, a fim de reconhecer a natureza acidentária (doença agravada pelo trabalho) e de responsabilidade social da empresa qual está vinculado.
889. Garantir o direito aos benefícios da previdência e assistência social a qualquer trabalhador que seja acometido de transtorno mental, considerada como doença profissional, para aqueles que a adquiriram em função do exercício de sua profissão, submetidos à apreciação da junta médica.

3.7 - Organização e mobilização de usuários e familiares em saúde mental

Princípios e diretrizes gerais

890. O aprofundamento do processo de reforma psiquiátrica requer fortalecer a organização e mobilização dos usuários e familiares em toda a rede de saúde mental, nas políticas intersetoriais e na sociedade em geral.
891. Em primeiro lugar, isso requer garantir e estimular em todo o país a participação dos usuários, familiares e sociedade civil na formulação, planejamento e fiscalização das políticas sociais e das políticas de formação dos profissionais intersetoriais, em co-gestão com os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde e saúde mental. De modo especial, exige fomentar o protagonismo dos usuários, cuidadores e familiares nas instâncias de controle social, na política local, estadual e nacional da saúde mental do SUS. Isso implica particularmente no fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde, na implantação dos Fóruns Permanentes ou Comissões de Saúde Mental em todos os conselhos municipais e estaduais, bem como a implantação de Conselhos Locais de Saúde, e de Conselhos Gestores nos CAPS e nos demais serviços de saúde mental, respeitando a paridade entre os segmentos

envolvidos. Além disso, implica também na estruturação de comitês, fóruns ou comissões intersetoriais de saúde mental na comunidade, nos municípios e estados, integrando as demais políticas sociais que têm interface com o campo.

892. Para realizar estes e demais objetivos da política de saúde mental do SUS, é imprescindível fortalecer os movimentos sociais, principalmente o Movimento Antimanicomial e a Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS) como espaços de expressão e organização dos diversos atores da área de saúde, em especial os da saúde mental (gestores, trabalhadores, usuários, familiares e estudantes).
893. Da mesma forma, estas diretrizes implicam também em fortalecer as associações de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, em estimular a criação de cooperativas e a participação dos familiares nos empreendimentos solidários em saúde mental, visando a reintegração social e o enfrentamento do desemprego e a inserção dos usuários de serviços de saúde mental no mercado de trabalho, conforme suas habilidades e possibilidades, favorecendo a redução do preconceito, a conquista da cidadania e a diminuição do estigma. Ao mesmo tempo, este fortalecimento das organizações também requer a criação e diversificação de mecanismos de denúncias quanto à violação e de defesa de direitos dos usuários de saúde mental, bem como a produção de material de educação popular, formação política e de defesa de direitos. Estas mesmas diretrizes devem visar também a organização dos familiares e usuários dos serviços dirigidos aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de forma que possam defender seus direitos civis, políticos e sociais junto à rede de serviços e ao poder público.
894. No plano local dos serviços, o fortalecimento da organização de usuários e familiares implica em criar dispositivos de conscientização da população, principalmente dos familiares, sobre a importância da participação dos mesmos no processo de tratamento, assim como sobre as formas de acesso e modos de funcionamento dos serviços. Ao mesmo tempo, exige também implementar políticas públicas explícitas de suporte e assistência psicossocial aos familiares e cuidadores de usuários dos serviços de saúde mental, reconhecendo importância dos mesmos nesse campo. Além disso, é preciso garantir que as equipes dos CAPS e outras unidades de saúde e saúde mental sustentem um diálogo ativo e permanente com os usuários, familiares e cuidadores, fortalecendo os dispositivos internos de participação (assembléias, oficinas, grupos de trabalho, conselho gestor, etc.) e regulamentando os espaços próprios de sua organização, dotados de autonomia e condições próprias de funcionamento.
895. E finalmente, no diálogo com toda a sociedade, estas diretrizes requerem a efetivação de fóruns permanentes de discussão e realização de campanhas sobre saúde

mental, visando a desconstrução do estigma da loucura, bem como estimulando o acesso à informação, sensibilizando e mobilizando a comunidade a respeito dos direitos de cidadania e deveres das pessoas com transtorno mental e dos usuários de álcool e outras drogas.

Além destas diretrizes e princípios mais gerais, foram também aprovadas as seguintes propostas:

Empoderamento e Fortalecimento da Organização pela Base

896. Criar dispositivos legais através dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde para garantir recursos financeiros destinados à compra de equipamento para o funcionamento das associações de usuários e familiares de saúde mental, particularmente aqueles que favorecem a inclusão digital.
897. Garantir financiamento público para bolsas de incentivo à formação de lideranças de familiares e usuários de saúde mental, de modo a estimular projetos de produção de autonomia e de protagonismo, desde que em concordância com os princípios da reforma psiquiátrica.
898. Implantar, nos serviços de saúde mental, metodologias específicas de grupos, empoderamento, psicoeducação, conhecimento do uso de medicamentos, grupos de ajuda e suporte mútuos, e plano/cartão de crise para os usuários, valorizando sempre os usuários, sua autonomia e auto-estima, e objetivando de forma ampla a conquistas dos direitos de cidadania.
899. Criar cartilhas informativas e outros materiais de divulgação, a serem disponibilizados em órgãos públicos e nos diversos espaços da vida social, que esclareçam os direitos e deveres dos cidadãos portadores de sofrimento psíquico e contemplem as redes de atendimento em suas especificidades.
900. Intensificar o desenvolvimento estratégico de ações educativas, voltadas para grupos de usuários e familiares dos serviços de saúde mental, que incluam a perspectiva da educação popular.
901. Fortalecer as associações de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, com assessoria escolhida pelas mesmas, de modo a ampliar suas ações.
902. Garantir, junto aos órgãos públicos, em especial a Receita Federal, e junto aos cartórios de registro de pessoas jurídicas, o reconhecimento oficial da relevância das associações de usuários de saúde mental, diminuindo a burocracia e as exigências para criação e regularização destas associações.

903. Garantir o direito das associações de usuários e familiares promoverem reuniões e outras atividades nas unidades de atenção integrada de saúde mental e nos CAPS.
904. Realizar, para os profissionais que atuam com crianças, adolescentes e adultos, ações de educação permanente em saúde mental que estimulem a organização e mobilização dos usuários e familiares.
905. Criar grupos de estudos a respeito dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como estratégia de mobilização de usuários e familiares.
906. Garantir na rede de atenção psicossocial as cooperativas e as associações, bem como o esporte, a cultura e o lazer aos usuários, como forma de fortalecimento dos vínculos, valorização da auto-estima e melhoria da qualidade de vida.

Defesa de Direitos e Luta contra o Estigma

907. Garantir que todas as instituições de saúde e da rede sócio-assistencial exponham em locais visíveis a Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários do SUS e a Lei 10.216/2001.
908. Criar mecanismos, a nível federal, estadual e municipal, de denúncias de violação e de defesa de direitos dos usuários de saúde mental.
909. Garantir que os usuários de saúde mental possam, eles próprios, usufruir de seus recursos financeiros (benefícios) e não suas famílias, através da fiscalização de órgãos competentes.
910. Incentivar, em conjunto com as associações e núcleos do Movimento Antimanicomial, ações e eventos na rede de atenção em saúde mental, visando a redução do estigma e a defesa dos direitos dos usuários na cultura e na sociedade.
911. Adotar, em todo o texto do relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, a nomenclatura menos estigmatizante de “pessoa em sofrimento psíquico”, salvo proposta melhor, para designar os usuários dos serviços de saúde mental.

Controle Social, Capacitação e Fortalecimento da Participação das Organizações de Usuários e Familiares

912. Estabelecer que a composição das instituições sociais nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde seja feita através de eleição direta e transparente.
913. Fomentar, junto aos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, a criação ou reativação de Comissões de Saúde Mental ou Comissões de reforma psiquiátrica, com mecanismos de comunicação com os respectivos conselhos.
914. Garantir a obrigatoriedade da realização de Conferências de Saúde Mental Municipais ou

Regionais, a cada quatro anos, para avaliar a efetivação das propostas anteriormente deliberadas.

915. Garantir que as deliberações aprovadas nas Conferências de Saúde Mental sejam incluídas nos Planos de Saúde e de Saúde Mental, nos âmbitos municipal, estadual e federal, com o acompanhamento e monitoramento dos Conselhos de Saúde ou das Comissões de Reforma Psiquiátricas.
916. Estimular, em articulação com os Conselhos Municipais de Saúde, a participação de familiares, cuidadores e usuários no acompanhamento dos recursos investidos nas áreas de saúde mental, de modo a garantir a qualidade dos serviços oferecidos.
917. Garantir aos Conselhos Locais autonomia e condições de organização, para cumprirem suas atribuições no sentido de mobilizar os usuários para a avaliação do trabalho realizado pelos CAPS, bem como para a eleição dos gestores.
918. Garantir condições ambientais adequadas nos fóruns e conferências de saúde mental para as pessoas com sofrimento psíquico, lhes assegurando a participação efetiva nas discussões que ocorrem.
919. Promover através do Conselho Nacional de Saúde, e em parceria com a Comissão Intersetorial de Saúde Mental, a realização de cursos de formação política sobre a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial, o Controle Social e o SUS, dirigidos aos usuários, familiares, trabalhadores e conselheiros de Saúde, particularmente em início de mandato.
920. Assegurar no orçamento da Saúde incentivo financeiro para a produção de material educativo voltado para a formação política, formação de lideranças, e capacitação de conselheiros para atuarem nos dispositivos de controle social.
921. Ampliar a fiscalização dos programas da assistência social, nas três esferas de gestão (municipal, estadual e federal), através dos Conselhos da Assistência Social.

Integração e Ações Intersetoriais

922. Estabelecer pactos de compromisso intersetorial entre gestores, profissionais e trabalhadores do SUS, precedidos de conferências e audiências públicas, de modo a fortalecer o papel dos mesmos, e apoiar, interagindo com a Comissão Intersetorial de Saúde Mental, a criação de Fórum Independente de Saúde Mental, nos âmbitos municipal, estadual e federal, presidido pelo movimento popular.
923. Estruturar comitês, fóruns ou comissões intersetoriais de saúde mental na comunidade, nos municípios e estados, envolvendo representantes institucionais (ESF, ESCOLAS, CRAS, entre outros), representantes dos movimentos populares, lideranças comunitárias,

conselheiros de saúde e educação, e comunidade em geral, visando promover a reflexão e a intervenção local sobre os determinantes da saúde mental; fortalecer e ampliar a rede de cuidado de saúde mental já existente; e realizar ações intersetoriais periódicas que viabilizem a interação entre pessoas com sofrimento psíquico, familiares, profissionais e sociedade.

924. Implantar e ampliar o trabalho das equipes multiprofissionais de saúde mental nas escolas e demais instituições da rede, com o objetivo de dar suporte à família e à comunidade escolar, trabalhando a prevenção.
925. Realizar encontros de capacitação para os agentes de saúde e educadores sociais de forma a melhorar o acompanhamento à família e ao usuário de saúde mental.
926. Ampliar as relações entre os diversos setores da sociedade em prol da geração do trabalho, renda, cultura e dignidade do sujeito, buscando o exercício da cidadania e resgatando, no usuário do serviço de saúde mental, o sentimento de inclusão nos diversos meios sociais.
927. Criar, como parte da política pública na construção da rede básica de atenção, e com financiamento interministerial, Centros de Convivência e Cultura que contribuam para a construção e resgate dos vínculos familiares e comunitários.

Ações e Comunicação com a Sociedade

928. Garantir, dentro dos serviços substitutivos, ações que promovam a participação dos usuários e familiares de saúde mental nos meios de comunicação.
929. Realizar campanhas nacionais periódicas intersetoriais, sob a liderança do Ministério da Saúde, visando a desconstrução do estigma da loucura e a divulgação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.
930. Sensibilizar a comunidade para a necessidade e/ou importância de perceber o cidadão com transtorno mental como cidadão ativo de direitos e deveres, bem como de garantir seus direitos no campo da seguridade social.
931. Ampliar e efetivar os fóruns permanentes de discussão sobre saúde mental junto à comunidade, ampliando o conhecimento e estimulando o acesso à informação sobre os direitos e deveres dos usuários e familiares.
932. Estabelecer parcerias com os movimentos sociais (Associações, Centros Comunitários, Pastorais, ONGs e outros) a fim de ampliar o atendimento à comunidade e usuários, sensibilizando-os, através das diversas estratégias de comunicação, sobre a importância da promoção e prevenção em saúde mental, e divulgando os serviços à sociedade civil.

Propostas para Grupos e Temas Específicos

933. Criar espaços permanentes junto à sociedade para discussão e elaboração de ações de redução de danos.
934. Potencializar os movimentos sociais na perspectiva de assegurar o cumprimento e a ampla divulgação da legislação sobre a proteção das pessoas com deficiência e daquelas com altas habilidades e superdotação.
935. Garantir a implantação de projetos sociais (PROJOVEM Adolescente, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil [PETI] e outros), e incentivar a participação de adolescentes nos mesmos, como forma de retirá-los de situações de vulnerabilidade social.
936. Incentivar a participação dos usuários da rede de saúde mental no cultivo de plantas medicinais, com objetivos ocupacionais e de produção de medicamentos fitoterápicos.

3.8 - Comunicação, Informação e Relação com a Mídia

Princípios e diretrizes gerais

937. A ampliação do conhecimento e a consolidação da reorientação da política de saúde mental no país requerem a criação de dispositivos e mecanismos de comunicação social voltados para a difusão, na sociedade brasileira, das diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira. Tais dispositivos devem visar ocupar espaços e atingir, inclusive através de parcerias, os diversos canais e veículos da mídia (televisiva; Internet; rádios, incluindo comunitárias; meios audiovisuais, mídia impressa e outras, públicas e privadas); em escala ampla, municipal, estadual e nacional, e de forma o mais extensiva possível, e adequada e acessível aos diversos segmentos sociais, divulgando os princípios antimanicomiais, as novas políticas de saúde mental, a atenção psicossocial, os novos serviços substitutivos, as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental, o combate ao preconceito e ao estigma contra pessoas com sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas e as ações para a sua inclusão social, evidenciando sua condição de sujeitos e cidadãos de direitos.
938. Para isso, é necessário que as entidades representativas da mídia e os profissionais da área de comunicação sejam sensibilizados e tenham conhecimento de causa e dos princípios éticos e políticos do campo da saúde mental, não reproduzindo preconceitos e estigmas,

inclusive relativos à periculosidade do louco e à marginalidade dos usuários de álcool e outras drogas. Nesse último aspecto, preconizam-se campanhas nacionais visando a desmistificação do lugar da loucura na sociedade e a abordagem de temas sobre prevenção, tratamento do uso de álcool e outras drogas, com ênfase na redução de riscos e danos.

939. Neste último campo, em particular, é dada especial relevância à necessária discussão e criação de normas para coibir a veiculação de propagandas de incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas, bem como à sensibilização da população sobre a venda de bebidas alcoólicas e cigarros para crianças e adolescentes. Entende-se, assim, que a democratização da informação e o bom uso dos meios de comunicação são armas poderosas contra a violação de direitos humanos.

940. As diretrizes também são detalhadas em alguns de seus contornos mais específicos. As ações e campanhas de comunicação devem dar ênfase particular à veiculação de denúncias e o combate aos diversos tipos de violência física e psicológica (preconceito, assédio moral, discriminação, violência verbal, entre outros), abuso, cárcere privado e exploração das pessoas com transtornos mentais e do usuário de álcool e outras drogas, especialmente as mulheres, e à sensibilização da sociedade para a valorização das diversidades, com ênfase na autonomia, empoderamento e não discriminação do usuário.

941. A IV CNSM-I salienta também a importância do Ministério da Saúde criar um sistema de informação, comunicação e divulgação sobre a Política Nacional de Saúde Mental, através de *home page ou site*, com banco de dados acessível aos gestores, trabalhadores e à sociedade civil – usuários e familiares – objetivando democratizar as informações gerais sobre a política de saúde mental, normas, formas de financiamento, rede de serviços, resultados das ações e a divulgação dos trabalhos científicos e de pesquisa na área de saúde mental. Outra diretriz neste sentido é a criação de um serviço 0800 para orientação sobre transtorno mental, rede de serviços, uso racional de medicamentos e denúncias de maus tratos.

942. As ações em comunicação social devem incluir também programas de inclusão digital, formas diferenciadas de divulgação e exibição da produção cultural e artística dos usuários de saúde mental, eventos e fóruns públicos, e produção de diversos tipos de material de educação popular.

943. Neste amplo campo, é reafirmada também a importância das ações na área de comunicação e difusão da informação para que as políticas nacionais de saúde mental fortaleçam e assumam efetivamente – e não apenas propositivamente – a sua dimensão intersetorial. Assim, cabe utilizar os espaços da mídia comercial, governamental, alternativa e comunitária, por meio de jornais, propagandas, folders, cartilhas, peças teatrais, filmes,

cartazes, dentre outros, sob responsabilidade no âmbito federal dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Cultura e da Comunicação.

Além destes princípios mais gerais, foram também discutidas e aprovadas as seguintes propostas:

Campanhas Públicas e Informação sobre Direitos e Ações em Saúde Mental

944. Elaboração e aprovação de lei que contemple a promoção de campanhas nacionais para tratar de assuntos referentes à saúde mental que estejam associados às portarias já existentes.
945. Criação de instâncias intersetoriais e participativas municipais, estaduais e federais que permitam discutir e encaminhar propostas concretas e legítimas sobre campanhas veiculadas na mídia referentes a medicamentos e outras drogas (lícitas e ilícitas).
946. Criar comitês de comunicação acerca da temática da saúde mental, álcool e outras drogas, a fim de divulgar nas diversas mídias, e com clareza e coerência, as ações de saúde mental, ampliando o espaço de discussão sobre o tema, que hoje vem sendo tratado de forma excessivamente medicalizadora.
947. Promover campanhas educativas nacionais de divulgação das políticas, ações e direitos em saúde mental, utilizando cartilhas, cartazes, panfletos e propagandas, enfatizando os direitos de cidadania à moradia, trabalho e inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico, divulgando o trabalho dos profissionais e as ações em saúde mental com enfoque positivo, objetivando o fim da discriminação e do preconceito em relação às pessoas com transtorno mental, e informar as pessoas sobre qual serviço procurar em cada situação, garantindo a ampliação do acesso e favorecendo a cultura antimanicomial e as práticas de empoderamento e cidadania.
948. Dar continuidade aos mecanismos de comunicação permanente entre os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais que possibilitem a difusão de informações necessárias para aumentar a qualidade da participação dos usuários na regulação do SUS.
949. Desenvolver, dentro do tema saúde mental, processos e materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema saúde mental da população negra, que desconstruam estigmas e preconceitos, que estimulem o respeito a seus diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas, que fortaleçam uma identidade negra positiva e que contribuam para redução de vulnerabilidade social.

950. Intensificar o engajamento nas lutas pela democratização da comunicação e contra as violações aos direitos humanos.

Campanhas e Denúncias de Discriminação, Abusos e Violências contra os Usuários

951. Desenvolver nos meios de comunicação falada, televisionada e escrita campanhas de informação e de mobilização para encaminhamento de denúncias e combater os diversos tipos de violência física e psicológica (preconceito, assédio moral, discriminação, violência verbal, entre outros), abuso, cárcere privado e exploração das pessoas com transtornos mentais e do usuário de álcool e outras drogas, especialmente as mulheres.
952. Elaborar e aprovar lei que proíba a veiculação nos meios de comunicação de mensagens pejorativas e discriminativas sobre pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, com penalização, em caso de descumprimento, inclusive cassação de alvará de funcionamento.
953. Não admitir intervenções da mídia que desqualifiquem e propaguem o preconceito sobre o cidadão com sofrimento psíquico, apresentando-o como perigoso, incapaz ou violento.

Sensibilização e Ocupação de Espaço na Mídia

954. Sensibilizar entidades como a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e o Sindicato dos Jornalistas de modo a aumentar a visibilidade da reforma psiquiátrica e favorecer a desconstrução dos estigmas e preconceitos em relação aos usuários de saúde mental.
955. Garantir espaços na mídia e na programação cultural geral (Rádio Nacional, Roquete Pinto, TV Educativa, TV Senado e TV Câmara TV Municipais e Estaduais, por exemplo) para programas relacionados aos temas da saúde mental na perspectiva antimanicomial; ter legalmente garantido espaços e programas específicos dentro dos canais oficiais existentes de comunicação (TV educativas, boletins e publicações dirigidas, etc.), bem como em outros meios alternativos (incluindo rádios comunitárias e de diversas outras modalidades, como no COMUNICASUS), para veicular matérias da área de saúde mental, na perspectiva dos direitos humanos, que contemplem a diversidade humana.
956. Promover articulação entre o setor saúde e os meios de comunicação, visando o empoderamento dos profissionais da mídia a se expressarem com conhecimento de causa, dotados de princípios éticos e políticos acerca da Saúde Mental, não reproduzindo preconceitos e estigmas, principalmente relativas a periculosidade do louco e marginalidade dos usuários de álcool e outras drogas.

957. Garantir espaço de divulgação em jornal impresso com informe da Saúde Mental, abrindo assim mais espaço para conhecimento da população sobre pessoas com transtorno mental e usuário de álcool e outras drogas, tendo como pessoas entrevistadas os trabalhadores e usuários da Saúde Mental.
958. Estruturar e aproximar-se dos conselhos de comunicação nas três esferas de governos para buscar espaços e projetos que divulguem questões voltadas a saúde mental.
959. Realizar seminário de sensibilização da mídia sobre a reforma psiquiátrica brasileira.

Normatização da Mídia e Campanhas sobre Álcool e Outras Drogas

960. Avaliar e divulgar através dos conselhos de comunicação o papel da mídia e seu impacto no incentivo e/ou prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas.
961. Criar uma Comissão Nacional que discuta junto ao poder legislativo a criação de uma lei de proibição à veiculação de propagandas de incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas.
962. Intensificar e estimular as campanhas educativas na mídia voltadas para sensibilização da população sobre a venda de bebidas alcoólicas e cigarros para crianças e adolescentes.
963. Fomentar, junto ao Conselho Nacional de Auto-Regulamentação da Propaganda, a criação de uma comissão intersetorial de controle de propagandas sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas.

Sistema e Banco de Dados e Pesquisas sobre Saúde Mental

964. Garantir que o Ministério da Saúde crie um sistema de informação, comunicação e divulgação sobre a Política Nacional de Saúde Mental, utilizando os meios de comunicação em geral e promover a criação de sítio na internet, cartilhas, cartazes e outros instrumentos contendo informações básicas a respeito do tema saúde mental e reforma psiquiátrica: Lei nº 10.216/01, portarias de saúde mental, direitos e deveres dos usuários, leis do SUS, e demais documentos que definam a responsabilidade das três esferas do governo.
965. Criar um banco de dados acessível aos gestores, trabalhadores e à sociedade civil – usuários e familiares – objetivando democratizar as informações e resultados das ações de saúde mental e investimentos financeiros, com vistas ao planejamento e atendimento das demandas e resolução de problemas, em especial na criação de uma rede de assistência em saúde mental.
966. Criar centros de documentação e cultura em saúde mental em parceria com Ministério da Cultura.

967. Consolidar uma política de divulgação dos trabalhos científicos e de pesquisa na área de saúde mental.

Serviços de Informação e Orientação Direta à População

968. Criar um serviço 0800 para orientação sobre transtorno mental, rede de serviços e denúncia de maus tratos.
969. Informar as pessoas sobre qual serviço procurar em cada situação, garantindo a ampliação do acesso e favorecendo a cultura antimanicomial e práticas de empoderamento e cidadania.
970. Assegurar meios para ampliar a informação crítica e racional da população em geral e dos usuários da rede em especial, sobre o consumo de medicamentos, considerando que o uso irracional e excessivo de medicamentos psicoativos prescritos é um importante problema de saúde pública.

Inclusão Digital

971. Promoção de programas de inclusão digital e de incentivo à produção cultural comunitária dos usuários de Saúde Mental, com ênfase na sua autonomia, por meio de oficinas terapêuticas, capacitações e parcerias com universidades, ONGs, mídias comunitárias, dentre outros, incluindo os meios oficiais oferecidos pelo Ministério da Cultura.
972. Garantir aos usuários de Saúde mental a inserção nos infocentros.

Agenda e Produção de Eventos

973. Garantir através de um Calendário Nacional informes sobre os eventos relacionados à Saúde Mental.
974. Promover, nos diversos setores da sociedade e na mídia, envolvendo a educação, previdência, cultura, justiça, fóruns permanentes de discussão sobre o tema da saúde mental, com criação de agendas mensais, como forma de esclarecer e promover os direitos sociais dos usuários e a sua inclusão social, e popularizar as diretrizes da nova política pública de saúde mental – intersetorial.
975. Promover eventos com os temas: direitos humanos, uso de álcool e outras drogas, saúde mental e qualidade de vida, entre outros, visando a participação da comunidade.

976. Promover eventos nas datas relativas à saúde mental como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e Dia da Saúde Mental.
977. Destinar percentual dos incentivos decorrentes da Lei Rouanet às produções culturais e artísticas voltadas para a saúde mental, particularmente para as iniciativas de informação e comunicação.

Elaboração de material de educação popular

978. Fomentar a criação de boletins informativos (escritos, falados ou digitalizados) a respeito das ações desenvolvidas e oferecidas nos serviços substitutivos que integram o sistema de saúde mental por usuários, trabalhadores e familiares, através de oficinas terapêuticas e com recursos das três esferas de governo.
979. Produzir material educativo sobre participação popular e controle social destinado a mobilização e organização dos usuários e familiares de Saúde Mental.
980. Produzir cartilha explicativa sobre a Lei nº 10.216, de acesso livre e distribuição gratuita a todos os usuários, parceiros intersetoriais e sociedade civil, bem como implementar campanha publicitária para sua divulgação.

Divulgação da Produção dos Usuários

981. Incluir iniciativas de produção cultural e artística envolvendo usuários do Sistema de Saúde Mental do SUS nas ações de informação, comunicação e relação com a mídia, ampliando serviços e fortalecendo a intersetorialidade.
982. Garantir possibilidades de comunicação em mídias independentes, comunitárias e comerciais de produções protagonizadas por usuários de Saúde Mental.

3.9 - Violência e Saúde Mental

Princípios e diretrizes gerais

983. A ampliação e o aprofundamento da reforma psiquiátrica e do novo modelo de atenção em saúde mental requerem, nas ações que incidem sobre a violência e suas consequências, estimular a identificação precoce e a notificação de casos de violência interpessoal, promovendo a ampla divulgação na sociedade dos mecanismos e possibilidades

de denúncia de situações de privação social e maus tratos a pessoas em vulnerabilidade social e em sofrimento psíquico. Para isso, é fundamental a difusão de programas e dispositivos tais como os serviços de disque-denúncia de situações de violência, os vários programas de atenção a violência, o Registro Nacional de Acidentes e Violência e a Ouvidoria da Saúde, estes últimos para identificar e qualificar as situações de violência na rede de saúde.

984. É também essencial a provisão de instrumentos legais e serviços adequados para garantir uma atenção integral a todos os atores envolvidos em situações de violência, inclusive os autores de violência, pelos vários dispositivos integrantes da rede de atenção psicossocial intersetorial. Um componente essencial deste trabalho é assegurar a aplicação da Lei Maria da Penha, para garantir atendimento integral às vítimas de violência doméstica e/ou sexual e aos agressores. Este campo de atenção deve ter também ações integradas de prevenção e reabilitação, com iniciativas de prevenção e detecção precoce de violência intrafamiliar e das situações de privação de liberdade e cárcere privado, além da garantia da implantação do Programa de Proteção a Crianças e Adolescente Ameaçados de Morte (PPCAAM); de assegurar a abordagem adequada de pessoas com condutas auto-agressivas, ideação e/ou tentativas de suicídio, como no Programa de Prevenção ao Suicídio; bem como a oferta de centros de convivência, grupos operativos, terapia comunitária e outros dispositivos capazes de acolher efetivamente as pessoas vítimas de violência.
985. Para a realização de todas estas ações, é fundamental garantir a educação permanente e intersetorial aos trabalhadores de saúde mental e de todos os serviços públicos que tenham interface com a comunidade, incluindo as equipes de emergência que atuam em situações especiais de catástrofes e/ou violência urbana e rural.
986. As propostas aprovadas durante a conferência explicitam uma concepção da violência como um fenômeno intrinsecamente multidimensional e intersetorial, e daí a ênfase dada no fortalecimento das alianças e ações intersetoriais. Isso se dá através da criação de parcerias institucionais com um amplo espectro de atores sociais e políticos, como o Judiciário, os Conselhos de Direitos, Conselho Tutelar, Defensoria e Ministério Público, Secretaria de Segurança Pública, Conselhos Municipais de Saúde, Ordem dos Advogados do Brasil, Secretarias de Assistência Social, Cultura, Lazer e Esportes, etc. Esta frente deverá contemplar iniciativas de criação de redes locais de trabalho intersetorial, de prevenção e cuidado em situações de violência e de combate às diversas formas de estigma e preconceito.
987. Para isso, é enfatizada a importância de sensibilizar a população sobre os novos paradigmas em saúde mental e da cultura da paz, promovendo um amplo debate com a sociedade, tematizando a não-violência e a não discriminação e estigmatização das pessoas

em sofrimento psíquico e seus familiares, ou com uso prejudicial de álcool e outras drogas, e estimulando estratégias de luta contra a violência e a exclusão social vivenciados por elas. Neste campo, a conferência também chama a atenção para se criar formas eficazes de combate à homofobia e à violência contra orientações sexuais caracterizadas como LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), defendendo a diversidade sexual e desenvolvendo estudos e pesquisas em apoio a esses grupos.

988. É ainda afirmada a importância de garantir também a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico em cumprimento de medida de segurança ou internos em manicômios judiciários na rede de serviços substitutivos de saúde mental, em cumprimento da lei da reforma psiquiátrica. De forma similar, é essencial fortalecer as ações de promoção à saúde e saúde mental, principalmente na atenção primária e equipes de saúde da família, com foco em prevenção a todas as formas de violência e ao uso nocivo de substâncias psicoativas. A IV CNSM-I também salienta a importância de ampliar extensivamente a rede de trabalhos preventivos em relação à violência doméstica e de garantir e ampliar ações de educação infantil, incluindo creches públicas, em tempo integral, abrangendo os períodos de férias escolares, com prioridade absoluta para as comunidades mais vulneráveis.

Além destas diretrizes gerais, também foram aprovadas as seguintes propostas:

Controle, Denúncia e Punição da Violência

989. Criar sistema e serviços de disque-denúncia, com conhecimento público, de fácil acesso e com garantia de anonimato, para pessoas com transtorno mental que vivem situações de cárcere privado, maus tratos e preconceitos.
990. Garantir que serviços públicos e privados de saúde notifiquem casos de violência, assegurando o preenchimento de RINAV's – Registro Nacional de Acidentes e Violência (instrumento da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violência – Portaria MS/GM 737 de 2001) – e a formação das equipes de saúde para a observação e notificação compulsória das situações que envolvem violência.
991. Extensão dos vários programas de atenção à violência a todas as unidades de saúde, descentralizando o acolhimento e tratamento.
992. Divulgar de forma constante a existência e disponibilidade do Serviço de Ouvidoria da Saúde, para qualificação da demanda de manifestações quanto à violência e maus tratos no atendimento público em geral, e na rede de serviços (ambulatoriais e hospitalares) de saúde mental, em particular, buscando qualificar o trabalho ofertado.

993. Estabelecer um Sistema Nacional de Vigilância de Violência e Morte de pessoas com sofrimento psíquico em unidades de saúde, garantindo a notificação compulsória.
994. Acionar a Secretaria de Direitos Humanos e outros dispositivos da Política de Direitos Humanos e Cidadania quando houver situações de violência institucional à pessoa com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas.
995. Estimular a identificação precoce e a notificação de casos de violência interpessoal, particularmente as situações de violência intrafamiliar e policial, através da educação permanente dos profissionais de saúde e de ações conjuntas com as equipes de saúde mental, com o apoio dos conselhos profissionais.

Dispositivos de Atenção Integral a Pessoas Envolvidas em Situações de Violência

996. Elaboração de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência no contexto dos dispositivos e serviços de atenção à saúde mental.
997. Promover ações preventivas e de reabilitação, garantindo recursos financeiros para implantação e a manutenção de centros de convivência, terapia comunitária, grupos operativos e outros dispositivos voltados para pessoas vítimas de violência.
998. Fortalecer dispositivos para acompanhar as pessoas em sofrimento psíquico, inclusive aquelas que cometeram atos infracionais, com atenção integral ao adolescente em conflito com a lei, por meio de ações intersetoriais, envolvendo secretarias de saúde e assistência social, em níveis municipal e estadual, além do poder judiciário, entre outros.
999. Estruturar a realização de acolhimento a crise de pacientes com transtorno mental grave e situação de intoxicação grave em pronto atendimento.
1000. Reforçar a escuta qualificada para pessoas em situação de risco e vulnerabilidade, expondo as alternativas disponíveis de acolhimento e intervenção e, incluindo-as ativamente na responsabilidade pelo destino da sua vida, rompendo com o binômio “violência–diagnóstico” que gera a medicalização de um grave problema social.
1001. Destinar verbas das esferas estadual e federal para acolhimento e proteção das vítimas de violência aos municípios de pequeno porte.
1002. Garantir a implementação do Programa de Prevenção ao Suicídio em todos os estados do país.
1003. Garantir a efetivação de sistema de proteção à vida das pessoas em situações de vulnerabilidade e risco de morte, inclusive a implementação do PPCAAM (Programa de Proteção à Criança e Adolescente Ameaçada de Morte) em todos os estados do Brasil, trabalhando em parceria com os serviços de Saúde Mental e Assistência Social, segundo os

princípios do SUS e do SUAS, com garantia de atenção multidisciplinar intersetorial, e criando dispositivos de responsabilização dos gestores estaduais em caso de não cumprimento da ação protetiva.

Formação de Recursos Humanos

1004. Garantir educação permanente e intersetorial dos trabalhadores dos serviços de saúde mental e de todos aqueles que lidam com situações de violência nos demais serviços públicos que tenham interface com a comunidade (Educação, Saúde, Segurança Pública, Assistência Social, Justiça, Trabalho, Habitação, Cultura, Lazer, Esportes, etc), sensibilizando-os para a complexidade do fenômeno da violência, para temas relativos aos direitos humanos e aos determinantes sócio-políticos e culturais da violência no território, para um novo paradigma de atenção humanizada, para um cuidado singularizado e para os aspectos de compreensão, atendimento, acompanhamento, monitoramento e prevenção da violência.
1005. Garantir educação permanente para profissionais de segurança pública nas questões referentes à saúde mental, com ênfase no uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e na violência de gênero.
1006. Sensibilizar e capacitar os trabalhadores de saúde, segurança e outros segmentos sobre a forma abordar, acolher e atender as pessoas com sofrimento psíquico, articulando Universidade, secretarias de governo, em suas três esferas e das diferentes áreas sociais tais como Saúde, Justiça e Direitos Humanos, Desenvolvimento ou Ação Social, Educação, além do Ministério Público, Corpo de bombeiros e outros órgãos públicos envolvidos em cada situação.
1007. Fomentar, potencializar e garantir a formação continuada e sensibilização do profissional de resgate e das forças de segurança pública na abordagem à pessoa em sofrimento psíquico e/ou uso abusivo ou dependente de álcool e outras drogas, inclusive no momento de crise.
1008. Promover a educação permanente dos profissionais/trabalhadores da rede intersetorial para a detecção de sinais de violência física e mental contra pessoas com transtornos mentais, bem como para a detecção de uso prejudicial de álcool e outras drogas, visando a melhor forma de encaminhamento para a rede de serviços.
1009. Capacitar equipes de emergência em saúde mental para atuar em situação de catástrofes e/ou violência urbana e rural.
1010. Intensificar o processo de formação em terapia comunitária como estratégia para a ampliação dos recursos que integram a saúde mental na atenção básica, contribuindo com a desmedicalização.

Combate à Discriminação e Preconceito, e Promoção da Cultura da paz

1011. Promover estratégias de sensibilização da sociedade com relação à saúde mental e educação popular sobre violência e saúde mental.
1012. Instituir a ação conjunta da Secretaria Especial de Direitos Humanos e Poder Judiciário para revisão das interdições judiciais das pessoas em sofrimento psíquico, bem como do destino dos mesmos, com suspensão ou substituição imediata das curatelas nos casos em que forem constatadas negligência e situação de abandono em instituição asilar pelos respectivos curadores.
1013. Garantir sensibilização de gestores e trabalhadores da saúde para implantação da política de saúde LGBT como forma de enfrentamento da LGBTfobia (fobia de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) e como forma de diminuir o sofrimento psíquico desta população afeta ao preconceito e discriminação.

Ações Preventivas e Intersetoriais com Outros Setores de Política Social

1014. Criar espaços de diálogos intersetoriais para debate da política de atendimento em saúde e saúde mental potencializando, dessa forma, a política de promoção da saúde, as ações da rede de saúde mental e as iniciativas de prevenção e cuidado em situações de violência, sensibilizando assim, a população na mudança do paradigma adquirido pela sociedade em relação a saúde mental.
1015. Fortalecer ações junto ao Poder Judiciário, Defensoria Pública e ao Ministério Público, a fim de garantir direitos humanos às pessoas em sofrimento psíquico e uso abusivo de álcool e outras drogas, em relação à situação de privação de liberdade e cárcere privado.
1016. Garantir a inclusão de projetos que preconize o combate à violência em todos os sentidos, inclusive a violência psicológica, doméstica, preconceituosa e física vivenciada pelos portadores de transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas.
1017. Desenvolver e implementar programas e ações efetivas de prevenção a violência, uso abusivo, indevido e dependente de drogas, promoção da saúde mental e da paz; com investimento das três esferas de governo (recursos materiais e humanos).
1018. Efetivar ações na atenção básica voltadas para melhoria da qualidade de vida, assegurando a participação das pessoas com transtornos mentais, vítimas de violência e usuários de álcool e outras drogas.
1019. Lançar editais para projetos e estimular a criação de programas que contemplem parcerias intersetoriais vinculadas ao tema da violência e saúde mental.

1020. Propor a formação de grupos de trabalho intersetoriais consultivos sobre campanhas institucionais que trabalhem prevenção ou educação sobre drogas em veículos de massa, visando sua adequação aos princípios do SUS, da reforma psiquiátrica e do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).
1021. Garantir que as equipes de saúde trabalhem em conjunto com outros setores para desenvolver trabalhos terapêuticos e preventivos em relação a violência doméstica, assegurando-se que sejam desenvolvidos intersetorialmente e em todos os segmentos públicos.

Moções Aprovadas

1 - MOÇÃO DE APOIO AO SUS E ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Nós, delegados e delegadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, apoiamos o SUS, o seu fortalecimento, a emenda 29, a reforma antimanicomial, o SUS como patrimônio da humanidade, a transparência na aplicação dos recursos públicos, a expansão dos CAPS 1, 2, 3 e AD em todos os municípios e Estados/ Distrito Federal, a humanização no tratamento, no acompanhamento, nas relações entre todos os segmentos (usuários, trabalhadores, gestores/ prestadores e intersetorial) e a criação/implementação de políticas públicas voltadas a saúde mental.

2 - MOÇÃO PELA REVOGAÇÃO DA LEI Nº9634/98 QUE INSTITUI AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (OS)

Os delegados da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial apoiam a revogação da lei nº9634/98 que institui as organizações sociais (OS) que tramita no Supremo Tribunal Federal para apreciação de mérito, mediante ação direta de inconstitucionalidade que fere frontalmente a Constituição Federal em seu artigo 199, em seus parágrafos 1º, 2º e 3º, que prevê a complementaridade e não a substituição do SUS, e que proíbe verbas do SUS para qualquer organização com fins lucrativos e capital estrangeiro.

Solicitamos ainda o acompanhamento do Ministério Público Federal dessa ação.

3 - MOÇÃO PELO CUMPRIMENTO DA DECISÃO JUDICIAL CONTRA A TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

Exigimos imediato cumprimento da decisão judicial do Supremo Tribunal Federal (STF) em relação à ação de número 2000.001.048041-8, impetrada pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, que expõe a ilegalidade dos processos de terceirização na saúde pública.

4 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO SENADO FEDERAL E CÂMARA DOS DEPUTADOS PELA TRAMITAÇÃO DO PROJETO DE LEI DO ATO MÉDICO

Os delegados presentes à IV CNSM-I repudiam o projeto de Lei do Ato Médico – PL7703/06 – atualmente no Senado Federal, projeto que é claramente contrário a todos os esforços interdisciplinares e intersetoriais que o SUS tem realizado para assegurar a atenção integral em saúde e em saúde mental.

5 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO PROJETO DE LEI DO ATO MÉDICO

NÃO ao projeto de lei do ato médico como um todo, excelentíssimos (as) senadores e deputados federais!

A realidade é que as consultas médicas realizadas nos serviços do Sistema Único de Saúde duram no máximo 5 minutos, o que impossibilita a realização de qualquer diagnóstico. O estado realiza anualmente um bilhão de consultas médicas e meio bilhão de exames, e apesar dessa extensa cobertura, temos 50 milhões de doentes crônicos, resultados inaceitáveis para uma gestão pública. Não ao ato médico.

6 - MOÇÃO DE REPÚDIO À DECISÃO DO STF DE PERMITIR COBRANÇA FINANCEIRA E PAGAMENTO DE MÉDICOS E HOSPITAIS NO SUS

Os delegados presentes à IV CNSM-I vem a público repudiar a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em favor da ação do Conselho Regional de Medicina RS (CREMERS), que permite a cobrança financeira pelo atendimento prestado no SUS e ao mesmo tempo paga médicos e hospitais de forma privada. Pedimos a imediata reversão desta decisão por entendermos que ela fere os princípios do SUS, garantidos em lei.

7 - MOÇÃO DE APOIO E RECONHECIMENTO PELA REALIZAÇÃO DA IV CONFERÊNCIA E EXPECTATIVA DE EFETIVAÇÃO DA V CONFERÊNCIA

Reconhecendo os inúmeros esforços realizados pelas esferas do Governo, em especial pela Secretaria de Direitos Humanos, que após a marcha dos usuários para Brasília, ocorrida em 30 de setembro de 2009, os incansáveis trabalhos realizados pelo Conselho Nacional de Saúde através da Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, e reconhecendo que somente

atingimos a perfeição através da prática constante, desejo parabenizar o trabalho de todos colaboradores envolvidos nesta conferência e realizar uma MOÇÃO DE APOIO A V CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL, na expectativa que seu ano previsto possa ser divulgado o mais breve possível.

8 - MOÇÃO DE APOIO AO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA PELA DESTINAÇÃO DE RECURSOS DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA COM CIDADANIA AO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Destinação de recursos do Programa Nacional de Segurança com Cidadania (PRONASCI) criado pelo Ministério da Justiça, intersetorial, para:

a) Implantação, otimização e modernização de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) infantil, CAPS álcool e outras drogas e CAPS III, visando a reabilitação psicossocial, a redução de danos, a prevenção criminal, entre outros;

b) Capacitação dos agentes de segurança pública para o atendimento e abordagem ao portador de transtorno mental, bem como aos usuários de álcool e outras drogas.

9 - MOÇÃO DE APOIO AO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL PELAS AÇÕES DE INCLUSÃO DE MINORIAS

Nós, envolvidos com saúde mental em todo o Brasil, empenhamos apoio ao MPF (Ministério Público Federal) e a sua Procuradoria Geral dos Direitos do Cidadão (PFDC), que através da Subprocuradora Geral da República, Dr^a Gilda de Carvalho, tem desenvolvido ações no intento da inclusão de minorias, não só de pessoas com transtorno mental bem como deficientes físicos, auditivos, visuais e outras minorias.

10 - MOÇÃO DE APOIO AO FOMENTO DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE E À PARTICIPAÇÃO DE MOVIMENTOS SOCIAIS EM SUA COMISSÃO NACIONAL

Apoio às instituições de ensino que fomentam projetos de residência multiprofissional em saúde (Residência Integrada em Saúde – RIS) que desta forma contribuem para a construção e consolidação do SUS, bem como para a formação dos profissionais, incentivando assim a intersetorialidade e a interdisciplinaridade com garantia de participação dos fóruns e movimentos sociais na comissão nacional de residências multiprofissionais em saúde.

11 - MOÇÃO PELA INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE MENTAL

Que os níveis de atenção do SUS (municipal, estadual e federal) tenham a responsabilidade de planejar, executar e avaliar uma rede de atenção intersetorial de saúde mental, bem como de discutir as ações e serviços por tais entidades, fortalecendo e estimulando a participação das entidades que representam o controle social na construção desses processos. É de grande importância o incentivo financeiro por parte do governo federal para as instâncias que apresentarem projetos intersetoriais que atendam às necessidades dos serviços de saúde mental.

Que a IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial possa garantir a inclusão desta importante ação, já que a mesma implica em corresponsabilidade de todos os segmentos, bem como garantir a aplicação e o fortalecimento das políticas públicas para a saúde mental, e também o que já é previsto em lei.

12 - MOÇÃO PELA FORMULAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE MENTAL EM COLÔNIAS DE HANSENÍASE

Considerando a resolução da Comissão de Direitos Humanos da ONU, de que os países membros devem formular políticas afirmativas para comunidades e pacientes remanescentes de políticas de segregação da hanseníase, e considerando que a atenção à saúde mental, álcool e outras drogas nestes locais tem sido um dos maiores problemas;

A presente moção apoia a Política Nacional de Saúde Mental no sentido de formular ações para as comunidades e os pacientes das 33 antigas colônias de hanseníase.

13 - MOÇÃO PELA CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA O FIM DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS NO PAÍS

Nós, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, realizada em Brasília, de 27/06 a 01/07/2010, viemos defender as seguintes orientações para o sistema penitenciário:

- Construção de estratégias intersetoriais para o fim dos manicômios judiciários no Brasil, garantindo que os recursos dos leitos psiquiátricos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) sejam redirecionados para os serviços substitutivos de saúde mental, como as residências terapêuticas.
- Ampliação dos programas de atenção integral às pessoas com sofrimento mental em

cumprimento de medida de segurança, de acordo com a lei 10.216/01, tais como o PAI/PJ, de MG, e o PAILI, de GO, considerando as especificidades de cada Estado.

- Implementação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário em todas as unidades penais brasileiras, legitimando práticas dos profissionais da psicologia, psiquiatria, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional, pautadas no paradigma da atenção psicossocial e nos princípios do SUS e do SUAS.

14 - MOÇÃO PELA INCLUSÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS EM PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

Incluir o agente comunitário de saúde e o agente comunitário de endemias no plano de carreira, cargos e salários, cumprindo os requisitos de escolaridade de nível médio.

Colocar em vigor a lei complementar da senadora Patrícia Saboya PL 6/11/2009. Está no ART 3.o que esta lei entraria em vigor no mês de setembro de 2009; estamos em 2010 e nada foi feito.

15 - MOÇÃO PELO DIREITO AO TRABALHO ASSOCIADO E A UMA ECONOMIA SOLIDÁRIA

No uso de direito assegurado pelos Art 1º, 14, II, I e 61 da Constituição Federal e Art 13 e 14 da Lei 9.709/98, subscrevemos o projeto de lei que dispõe sobre a Política Nacional de Economia Solidária (PNES) e cujos objetivos são: estabelecer as definições, princípios, diretrizes, objetivos e composição da PNES e do Sistema Nacional de Economia Solidária, por meio do quais o poder público, com a participação da sociedade civil organizada, formulará e implantará políticas, planos, programas e ações com vistas a fomentar a economia solidária e assegurar o direito ao trabalho associado.

16. MOÇÃO PELA DESBUROCRATIZAÇÃO DO PROCESSO DE REGULARIZAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS E FAMILIARES EM SAÚDE MENTAL

Os participantes da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, realizada no Centro de Convenções Ulysses Guimarães – Brasília, DF, no período de 27 de Junho a 1º de Julho de 2010, exigem dos órgãos públicos, mais especificamente da Receita Federal e cartórios de registros de pessoas jurídicas, o reconhecimento e a relevância das associações dos usuários dos serviços de saúde mental, facilitando o acesso e a viabilidade aos órgãos públicos e cartórios, diminuindo a burocracia e as exigências para a criação e/ ou regularização das respectivas associações.

17 - MOÇÃO DE REIVINDICAÇÃO DE INCLUSÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Tendo em vista o processo de envelhecimento pelo qual passa a população brasileira, e em respeito ao estatuto do Idoso, à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e aos Pactos pela Saúde e pela Vida (2006), esta moção pede a inclusão da atenção à saúde mental da pessoa idosa como tema prioritário para as Políticas de Saúde Mental em âmbito Nacional.

18 - MOÇÃO DE REIVINDICAÇÃO DE QUE RECURSOS ORIUNDOS DE FECHAMENTO DE LEITOS HOSPITALARES SEJAM DESTINADOS A RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Defendemos que recursos financeiros decorrentes do fechamento de leitos hospitalares sejam regulamentados e garantidos para a implantação de residências terapêuticas na comunidade, pois o que temos como resposta até o momento apontada pelo censo psicossocial de moradores de hospitais do estado de São Paulo (2008) é que a maioria dos 43% dos moradores que sofreram transinstitucionalização foram transferidos, ou seja, foram retirados de um hospital e encaminhados para outro pela atual reforma psiquiátrica, sem que pudessem ter acesso ao direito de convívio social, direito este prometido e garantido por lei.

19 - MOÇÃO DE REIVINDICAÇÃO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO A MEIOS CONTRACEPTIVOS

Os delegados da IV CNSM I solicitam a utilização do programa de saúde reprodutiva, entre as prioridades de ações da Saúde Coletiva, como instrumento de planejamento de rede intersetorial e conseqüentemente efetivação do acesso aos métodos contraceptivos garantindo entre eles a disponibilização do D.I.U. (Dispositivo Intra-Uterino) uma vez que este método melhor preserva a saúde da mulher quando comparada aos contraceptivos hormonais.

20 - MOÇÃO DE REIVINDICAÇÃO PELA DESCENTRALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Solicitar a descentralização de medicamentos de alto custo, dado à dificuldade que os usuários dos municípios têm de acessar estes medicamentos, bem como a capacidade dos profissionais da rede de cuidado.

21 - MOÇÃO DE RECOMENDAÇÃO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE E GESTÕES ESTADUAIS PELA AMPLIAÇÃO DO LIMITE DE GASTOS COM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Que o Ministério da Saúde e as gestões estaduais trabalhem para modificar artigos da lei de responsabilidade fiscal que impõem limites de gastos com recursos humanos. A mudança recomendada visa permitir a contratação adequada de trabalhadores para investimento e implantação de políticas públicas efetivas, inclusive na saúde, através de concurso público.

22 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO DESCUMPRIMENTO DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Os participantes da IV CNSM-I repudiam o descumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, identificando a inexistência e/ou fragilidade dos serviços oferecidos para crianças e adolescentes violando o direito ao acesso à saúde, em especial aos serviços de saúde mental, bem como denunciemos o descumprimento da Internação Provisória que priva a liberdade de adolescentes autores de ato infracional por período superior ao estabelecido pela lei. Neste mesmo contexto denunciemos o uso de medicação psiquiátrica utilizada como forma de contenção química, controle e punição. Exigimos o cumprimento do art. 227 combinado com o art. 196 da Constituição Federal, art.7 do ECA, Portaria 647 do Ministério da Saúde e Portaria Interministerial nº 1426.

23 - MOÇÃO DE REPÚDIO À MANUTENÇÃO DA PRÁTICA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE LONGA PERMANÊNCIA

Repudiamos a admissão em hospitais psiquiátricos de pessoas que estão se tornando moradores dos hospitais, reforçando a prática de internação permanente e confirmando o despreparo e a não garantia de recursos para a instalação de serviços que funcionem como suporte para este perfil de paciente – muitos sem apoio familiar. Segundo o censo psicossocial dos moradores de hospitais do estado de São Paulo (2008), 25% do total de 6349 internos são referentes à internações permanentes, admitidas recentemente, após 2001.

24 - MOÇÃO DE REPÚDIO À REDE GLOBO PELO INCITAMENTO AO PRECONCEITO EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Repúdio à Rede Globo de Televisão que com suas telenovelas coloca o mal como louco, não existe rico mau caráter, todo mal caráter rico torna-se rigorosamente e disfarçadamente como preconceito... Como se fosse na lei de raça, cor e etnia, que haja respeito com a população de saúde mental. Chega de dizer que lugar de louco é na segregação. A Rede Globo coloca o rico mau caráter como um tipo de loucura e existem “loucos” e mau caráter rico.

Visões totalmente diferentes que em uma TV aberta influenciam e promovem o preconceito.

25 - MOÇÃO DE REPÚDIO A EMPRESAS E ENTIDADES PELOS DESCASO EM RELAÇÃO À SAÚDE MENTAL

Moção de repúdio a todas as empresas públicas, privadas, capital misto (Petrobras, Banco do Brasil, ECT e etc), associações, sindicatos (FUP, Sindicato dos Químicos e Petroleiros da Bahia, etc) que não tem comprometimento com a saúde mental de seus membros (Lei N1°10.216/2001).

26 - MOÇÃO DE REPÚDIO À ATUAL CAMPANHA DE COMBATE ÀS DROGAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Repúdio às campanhas de combate às drogas, especialmente contra o crack, realizadas pelo governo do Estado do Rio Grande do Sul e pelo Ministério da Saúde que abordam o tema relacionando-o diretamente ao crime e à violência, alimentando medos e preconceitos, desrespeitando a singularidade do usuário de drogas e indo contra a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. Entendemos que subliminarmente há a invocação de reabertura de leitos em hospitais psiquiátricos.

27 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO GOVERNO DE SÃO PAULO, SECRETARIA ESTADUAL DE JUSTIÇA E CIDADANIA E FUNDAÇÃO CASA-SP.

Nós, delegados e delegadas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, repudiamos o governo do Estado de São Paulo que possui diretriz para acabar com o controle social a exemplo de não chamar a Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial, mesmo sendo deliberado no Conselho Estadual de Saúde, mesmo assim o movimento social realizou a Plenária

estadual de Saúde Mental Intersetorial que tirou dentro da intersetorialidade a sua delegação. A Fundação Casa (Ex-Febem), não respeitando a decisão dessa Plenária deliberativa, se recusou a liberar delegados desta instituição pública que cuida de adolescentes em medidas socioeducativas.

28 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO E A SEU CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE POR NÃO CUSTEAREM PARTICIPAÇÃO DE DELEGADOS NA IV CONFERÊNCIA

Considerando a recomendação da Comissão Nacional desta conferência a respeito dos estados auxiliarem a participação intersetorial em todas as etapas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial,

Considerando a postura ressentida do Estado do Espírito Santo, que por não ter eleito seu delegado gestor, recusou-se a auxiliar no custeio dos delegados gestores e intersetoriais,

Considerando as dificuldades financeiras do delegado intersetorial representante das comunidades terapêuticas e o descaso do Conselho Estadual de Saúde, em auxiliá-lo com passagem aérea para esta Conferência,

Considerando o empenho do delegado intersetorial representante das comunidades terapêuticas, que para exercer representatividade e trazer suas contribuições a esta conferência, assumiu sozinha dívida de passagem aérea para vinda a este evento,

Por estas razões repudiamos o posicionamento e o descaso do Governo do Estado e do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo. Repudiamos o Estado por não custear a passagem e hospedagem dos delegados intersetoriais.

29 - MOÇÃO DE REPÚDIO À POLÍTICA ESTADUAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS

Repudiamos o processo de criação e implementação da política estadual sobre álcool e outras drogas (lei 7159/18.06.10) que fere a Política Nacional de Saúde proposta no SUS e não considera a Política de Saúde Mental, bem como desrespeita as instituições públicas constituídas no estado, que atuam na atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas. Esta política, no âmbito local, tem acarretado:

- prejuízo à implantação e fortalecimento de CAPSad no estado;
- desrespeito aos Conselhos Estadual e municipal de entorpecentes, pelo fato de liberar recursos sem a aprovação e fiscalização dos referidos conselhos;

- prejuízo a participação social e do controle social;
- incentivo à terceirização dos serviços, com investimentos em comunidades terapêuticas privadas, o que favorece o desmonte do SUS;
- um fluxograma que torna responsável pela articulação da rede uma casa de acolhimento destituindo o papel de articulador da rede do CAPSad;
- uma tendência a se tornar um modelo de referência nacional para os demais estados da união, o que é um retrocesso na Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental, e Política Nacional sobre Drogas e um imenso equívoco;
- uma desvalorização da política de redução de danos e uma ênfase no modelo moral da atenção a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

30 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ PELO NÃO FINANCIAMENTO DA HOSPEDAGEM AOS DELEGADOS ESTADUAIS NA IV CONFERÊNCIA

Repudiamos o governo cearense que não honrou com seu compromisso de financiar as hospedagens dos delegados gestores, profissionais de saúde e intersetoriais para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, desfalcando assim nossa equipe de delegados e diminuindo a força do controle social do nosso estado.

31 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO PELA NÃO REALIZAÇÃO DA ETAPA ESTADUAL DA IV CONFERÊNCIA

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial é uma demanda da sociedade civil organizada que propôs esta agenda a partir da Marcha dos Usuários em Brasília em 2009, bem como recomendação da reunião ampliada da CISM/2009 e resolução 433/2010 do Conselho Nacional de Saúde de 14 de janeiro de 2010. Isto mostra mais uma vez que a construção da política pública é resultado do protagonismo dos sujeitos envolvidos na possibilidade de uma proposta ética, estética e política para a qualidade da atenção e gestão das práticas de saúde. Os delegados da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, reunida em Brasília dos dias 27 de junho de 2010 a 01 de julho de 2010, repudiam o ato do governo do estado de São Paulo do período de 2007 a 2010, que numa postura autoritária e de desídia colocou-se contrário à realização da Conferência Estadual de Saúde Mental - Intersetorial, assim como fez com outras conferências em outros momentos, não acatando a deliberação do Pleno do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo.

32 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL PELA NÃO IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Considerando os princípios da Constituição Federal de 1988 e da legislação do SUS que garante a atenção à saúde dos cidadãos, de acesso universal, de base territorial, com equidade, participação e controle social e considerando a legislação 10216/2001, que institui a reforma psiquiátrica com a implantação de serviços substitutivos e atenção humanizada da Saúde Mental: nós participantes da IV CNSM-I, em nome da rede intersetorial do Distrito Federal, dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental do DF, repudiamos o desinteresse e o descaso total com que o governo do DF, a Secretaria de Saúde e a Gerência de Saúde Mental do DF vem tratando a saúde com a não implantação de Políticas de Saúde Mental, reforçando o modelo hospitalocêntrico e o penúltimo lugar entre as unidades da Federação, segundo análise do Ministério da Saúde. Aproveitando este espaço democrático, solicitamos medidas urgentes de fiscalização e punição por parte dos órgãos do Governo Federal, ao Governo do DF e seus gestores pela não implantação da Política Nacional de Saúde Mental no DF.

33 - MOÇÃO DE REPÚDIO ÀS SECRETARIAS ESTADUAIS QUE NÃO GARANTIRAM HOSPEDAGEM A SEUS DELEGADOS

Nós, delegados e delegadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, repudiamos as secretarias estaduais de saúde que não garantiram as hospedagens para os segmentos de trabalhadores, interssetoriais e gestores/prestadores oriundos dos diversos municípios e de diferentes entidades nos Estados, como por exemplo, no Estado do Goiás, dentre outros. Esses (as) delegados (as) tiveram que recorrer a diversos recursos para estarem aqui exercendo a sua militância e protagonismo. Repudiamos a falta de sensibilidade, repudiamos a burocracia que entrava os avanços SUS, a falta de investimentos em capacitação em políticas públicas que garantam a interssetorialidade e o respeito às diferenças, em especial na saúde mental.

34 – MOÇÃO DE APOIO À PREFEITURA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO E DEMAIS ENTIDADES PELA REALIZAÇÃO DA PLENÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL –INTERSETORIAL DE SÃO PAULO

Nós, delegadas e delegados da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial, agradecemos o empenho e a solidariedade da prefeitura de São Bernardo do Campo , através da sua Secretaria Municipal de Saúde, dos conselheiros estaduais e das entidades que não mediram

esforços para a realização da plenária estadual de São Paulo, reconhecida como etapa estadual pelo Conselho Nacional de Saúde, possibilitando a formação da delegação do Estado de São Paulo a esta conferência.

35 – MOÇÃO EM DEFESA DA REDUÇÃO PROGRESSIVA DO NÚMERO DE PACIENTES E MORADORES DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E DA CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DEMOCRÁTICO DE SAÚDE MENTAL EM SOROCABA-SP

A portaria de 1101/2002 do Ministério da Saúde recomenda um máximo de 0,45 leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes. Considerando-se a população de Sorocaba (estimada em 584.313 habitantes pelo IBGE em 2009), a cidade deveria ter no máximo 283 leitos psiquiátricos. No entanto, conta hoje com 1.039 leitos, cerca de 3,5 vezes mais que o recomendado, o que mostra a permanência de um modelo de atenção psiquiátrica ultrapassado no município, baseado na internação dos pacientes psiquiátricos e não na sua reabilitação psicossocial. Em virtude disso, nós abaixo assinamos em defesa de uma proposta de redução consistente do número de leitos psiquiátricos no município no prazo de três anos, de acordo com a seguinte meta:

Final de 2010 - Redução para 787 Leitos

Final de 2011 – Redução para 535 Leitos

Final de 2012 – Redução para 283 Leitos

Assinamos ainda a defesa da construção de serviços públicos municipais substitutivos aos hospitais psiquiátricos em Sorocaba, nos moldes da reabilitação psicossocial, como é o caso dos centros de atenção psicossocial e das residências terapêuticas, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

36 - MOÇÃO DE REPÚDIO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA/ES PELA EXONERAÇÃO SUMÁRIA DA COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO

Manifestamos nosso repúdio à Secretaria Municipal de Saúde da Serra/Espírito Santo pela exoneração abrupta e não justificada da Coordenadora de Saúde Mental daquele município, Zenith Gagno Azolim. A Secretaria apenas informou a profissional da exoneração da função, sem apresentar justificativa alguma, sem apresentar críticas à condução de sua prática, sem apresentar outro nome para a coordenação ou uma proposta ou projeto para a Saúde Mental do município. Os avanços da atenção em Saúde Mental no município de Serra e o apoio de seus profissionais e do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do ES atestam o compromisso da profissional com a Reforma Psiquiátrica. Nosso repúdio vem da preocupação quanto à continuidade da Reforma

Psiquiátrica Antimanicomial no município de Serra, como garantia da oferta de atenção territorial em Saúde Mental e do respeito aos usuários dos serviços e a seu lugar de cidadãos.

37 - MOÇÃO DE REPÚDIO AO DESCOMPROMISSO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE DOURADOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Manifestamos nosso repúdio à falta de compromisso e responsabilidade dos gestores municipais de saúde de Dourados - Mato Grosso do Sul com os serviços de saúde mental, que nos últimos meses têm passado por diminuição de atendimento, de profissionais, de oficinas, de período de funcionamento dos CAPS, além da não contratação de profissionais para compor uma equipe mínima para o funcionamento dos CAPS de Dourados.

38 - MOÇÃO DE REPÚDIO À ATUAL POLÍTICA DE PRECARIZAÇÃO E PRIVATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM NATAL-RN

Nós, usuários, familiares, profissionais de saúde e movimentos sociais, estamos nos posicionando de forma contrária e repudiamos o modelo privatista e autoritário que está sendo implantado pela Secretaria Municipal de Saúde no SUS da cidade de Natal, Rio Grande do Norte. À semelhança do que vem ocorrendo em outros municípios brasileiros, há uma situação de precarização instalada, de ineficiência deliberada de gestão, com o objetivo claro de privatizar os serviços e a própria gestão. Aqueles que resistem estão sendo exonerados. As mais recentes ações desta gestão foram as exonerações da coordenadora de saúde mental e da coordenadora do CAPSi. Além disso, recentemente, a UPA de Pajucara foi instituída com gestão de uma organização social (OS), com um contrato de seis milhões de reais, sem ter sido discutido no Conselho Municipal de Saúde e sem licitação pública. O contrato está sendo questionado através de notificação do Ministério Público. Entendemos que este caminho é contrário à consolidação e fortalecimento do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, conquistas do povo Brasileiro.

Apresentamos a esta conferência a indignação e o repúdio ao atual modelo privatizante, centralizador e autoritário que vem sendo implantado na cidade de Natal.

Comissão Organizadora

Instituição/ Órgão/ Entidade/ Movimento	Representação	Quant.
Ministério da Saúde (05)	SGEP	02
	Secretaria Executiva	01
	Secretaria Executiva	01
	Coordenação da Comissão Intersecretorial de Saúde Mental - CISM	01
	Conselho Federal de Psicologia - CFP	01
	Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI	01
	Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais - ABRATO	01
	Federação Nacional dos Assistentes Sociais - FENAS	01
	Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN	01
	Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR	01
Conselho Nacional de Saúde (12)	Associação Brasileira de Autismo - ABRA	01
	Associação Brasileira Alzheimer - ABRAZ	01
	Fórum Nacional de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena	01
	Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down	01
	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS	01
	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS	01
	Associação Brasileira de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude - ABMP	01
Secretaria Especial dos Direitos Humanos - SEDH - PR (04)	SEDH	03
	Entidade da sociedade civil a ser indicada	01
	Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS	01
Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome - MDS	Fórum Nacional de Secretários de Estado de Assistência Social - FONSEAS	01
	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Assistência Social	01
	Ministério da Educação	01
Ministério da Justiça	01	
Ministério do Trabalho e Emprego/Secretaria Nacional de Economia Solidária	Economia Solidária	01
Ministério da Cultura		01
Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil	Preferencialmente intersecretorial	01
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO		01
Redução de Danos	Entidade de âmbito nacional	01
Rede Nacional Inter núcleos da Luta Antimanicomial	Usuário e familiar	02
Movimento Nacional da Luta Antimanicomial	Usuário e familiar	02
Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP		01
Relatoria		02
	TOTAL	42

Comissão Organizadora

Subcomissões:

I- Comitê Executivo:

Coordenação Geral – MS - Pedro Gabriel Delgado
 Coordenação Adjunta – SDH – Carmem Oliveira
 Coordenação Adjunta – MDS – Aline Ribeiro Dantas
 Coordenação Adjunta – CNS – Rozangela Camapum
 Secretaria Geral – MS – Sandra Fagundes
 Secretaria Geral Adjunta – CNS/CISM – Carmen Luiz
 Secretaria Geral Adjunta – Paulo Michelin
 Relatoria Geral – Fernanda Nicácio
 Relatoria Adjunta – Eduardo Mourão Vasconcelos

II- Comissão de Programação:

ABRASCO – Paulo Amarante
 CFP – Elisa Zaneratto Rosa
 ABP – Hélio Lauer
 ABORDA – Domiciano José Ribeiro Siqueira
 MDS – Aline Ribeiro Dantas
 MJ – Marcos Castelo Branco Alvez Rito
 MEC – Marta Klunb de Oliveira Rabelo
 SGEP – Ana Costa
 MNLA – Iracema Polidoro
 RENILA – Cirlene Ornelas
 ABMP – Pedro Oto de Quadros
 ABRATO – José Naum Chagas
 FONSEAS – Marina Rosa de Sampaio Bragança
 CONGEMAS – Maria Izabel

III - Comissão de Programação Cultural

ABRASCO – Paulo Amarante
 CONGEMAS – Maria Izabel
 RENILA – Cirlene Ornelas
 MNLA – Iracema Polidoro
 MINC – Frederico Hermann Barbosa Maia

IV - Comissão de Leitura dos Textos de Apoio

Alfredo Schechtman
 Domingos Sávio do Nascimento Alves
 Eduardo Mourão Vasconcelos
 Elisa Zaneratto Rosa
 Fernanda Nicácio
 Hélio Lauer

Assessoria Técnica:

MS/SM – Alfredo Schechtman

MS/SM – Ana Ferraz
 MS/SM – Cristina Hoffmann
 MS/SM – Karime da Fonseca Porto
 CNS/SE – Erlen Matta

V - Comissão de Articulação e Mobilização

CONASS – Ana Raquel Santiago de Lima
 CONASEMS – Maria do Carmo Carpinteiro
 INDÍGENA/ FOPRECONDISI/CNS – Edemilson Canale
 FENAPSI – Valéria Cristina Lopes Princz
 SGEP – Luís Carlos Bolzan
 MNLA – Maria Dirce Cordeiro
 RENILA – Paulo Michelin
 SDH – Silvia Edith Duarte Marques
 FENAS – Maria Laura Carvalho Bicca
 ABRA – Maria do Carmo Ribeiro
 CNAS – Frederico de Souza Leite
 SENAES/ M T E – Maurício Sardá
 SEDES – Maria Silvia de Mesquita Bolghese
 FNSM-IJ/MNMMR – Ana Lúcia
 ABRAZ – Lilian Alicate

Assessoria Técnica:

MS/SM – Milena Pacheco
 MS/SM – Taciane Monteiro
 CNS/SE – Verbena Melo

VI - Comissão de Logística e Infra-estrutura

FBASD – Maria Thereza Antunes
 MS/SE – Ricardo Corrêa
 CNS/SE – Rozângela Camapun

Assessoria Técnica:

MS/SM – Karine Cruz
 MS/SM – Rúbia Persequini

VII - Comissão de Comunicação Social

ABEN – Jeferson Rodrigues
 CNS/CISM – Carmen Lúcia Luiz
 MINC – Frederico Hermann Barbosa Maia

Assessoria Técnica:

MS/SM – June Scafuto
 MS/SM – Francisco Cordeiro
 MS/SM – Renata Weber
 CNS/SE – Eva Patrícia

VIII- Comissão de Acolhimento/Apoio aos Estados

Cirlene Ornelas

Gabriel Alves
 Iracema Polidoro
 Jorgina Ferreira
 Maria Dirce Cordeiro
 Milena Pacheco
 Paula Filippou
 Paulo Amarante
 Paulo Michelin
 Ricardo Lins
 Valéria Princz

XIX - Comissão de Relatoria

Relatora-geral – Fernanda Nicácio
 Relator adjunto – Eduardo Mourão Vasconcelos
 FENAFAR – Débora Raymundo Melecchi
 SEDH – Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes
 CNS/SE – Rozangela Camapum

Comissão de Consolidação do Relatório Final

Relatora-geral - Fernanda Nicácio
 Relator-adjunto - Eduardo Mourão Vasconcelos
 Secretária Geral da IV CNSM-I - Sandra Fagundes
 Ana Luisa Aranha e Silva
 Analice Palombini
 Elizabete Ferreira Mângia
 Fernando Ramos
 Karen Santo Athié
 Lúcia Rosa
 Luciano Elia
 Lumena Furtado
 Maria Cristina Ventura Couto
 Melissa Tieko Muramoto
 Rossano Lima
 Simone Mainieri Paulon

Apoio

Karime Pôrto
 Mayara Soares dos Santos
 Milena Leal Pacheco
 Renata Weber
 Taciane Pereira Maia Monteiro

Revisão

Pedro Gabriel Delgado
 Renata Weber
 Karime Pôrto

Coordenadores, Relatores e Facilitadores de Grupos de Trabalho

Alberto Gonçalves dos Santos
 Alexandra Maria Ximendes

Ana Carla S. Silveira da Silva
Ana Carolina
Ana Cristina
Ana Luisa Aranha e Silva
Ana Marta Lobosque
Ana Pitta
Ana Regina
Anibal Machado
Arnaldo Marcolino da Silva Filho
Bárbara Eleonora Bezerra Cabral
Beatriz Duria
Carmem Vera Passos Ferreira
Carmen Lúcia Luiz
Cirlene Ornelas
Cristina Loyola
Darliane Dantas de Oliveira
Décio de Castro Alves
Edilaine Rofin
Edmar Oliveira
Elaine Cristina Pedrosa Barreto
Eler Sandra de Oliveira
Elisa Zaneratto Rosa
Elisabete Ferreira Mângia
Elisabete Satie Henna
Fernanda Magano
Fernanda Penkala
Fernando Ramos
Fernando Sfair Kinker
Florianita Campos
Gina Ferreira
Graziella Barreiros
Heloiza Massanaro
Iracema Polidoro
Ivarlete Guimarães de França
Jacques Ackerman
Jairo Cesar Lunardi
Jeferson Rodrigues
Jefferson Silva Mendes
José Evandro Silva Soares
Juliana Mara de Freitas Sena
Jussara Cony
Karen Santo Athié
Luciano Elia
Luis Anibal Machado
Luis Bolzan
Lumena Furtado
Madalena Libério
Marcela Lucena
Marcelo Brandt Fialho
Marcelo Kimati
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Marco José Duarte
Maria Adenilda Mastelaro

Maria Cristina Carvalho
Maria Cristina Ventura Couto
Maria de Fátima Bueno Fischer
Maria Dirce Cordeiro
Maria do Carmo Cabral Carpintéro
Maria do Rosário
Maria Elisabete Meola
Maria Erminia Ciliberti
Maria Gabriela Curubeto Godoy
Maria Goreti Palmeira Santos
Maria Laura C. Bicca
Maria Marusa Carleso
Maria Silvia Bolguese
Marília Capponi
Marta Elizabeth de Souza
Marta Zappa
Mauro Elias Mendonça
Melissa Tiekko Muramoto
Michele Cervo
Miriam Dias
Miriam Soares
Moacyr Miniussi Bertolino Neto
Neli Almeida
Neuza Paiva
Paulo Michelin
Rafael Wolski
Roberto Tykanori Kinoshita
Ronald Ferreira dos Santos
Rosangela Ogawa
Ruth Cardoso Vidal
Sandra Regina Guedes Pacheco
Sandra Vitorino
Sebastião Ambrózio
Silvia Edith Duarte Marques
Silvia Maria Soares Ferreira
Silvio Yasui
Simone Chandler Frichembruder
Simone Mainieri Paulon
Sônia Barros
Sony Regina Petris
Stellamaris Pinheiro Souza Nascimento
Suzana Robortella
Tanara Cidade de Souza
Tânia Maris Grigolo
Teresa Monnerat
Teresinha Ferreira
Valéria Cristina Lopes Princz
Vânia Regina da Silva
Victor Meneses de Melo
Ximena Luisa Catalan Pavez

Comissão de Apoio aos Grupos de Trabalho do Eixo III

Gilson Silva
 Luiz Anibal Vieira Machado
 Maria do Carmo Cabral Carpintéro
 Sandra Fagundes

Relatores de Síntese dos Grupos de Trabalho e Colaboradores

Aline Cescon Alves Jardim
 Ana Luisa Aranha e Silva
 Ana Pitta
 Analice Palombini
 Bárbara Eleonora Bezerra Cabral
 Cristina Loyola
 Eduardo Mourão Vasconcelos
 Elisabete Ferreira Mângia
 Fernanda Nicácio
 Fernando Ramos
 Lucia Rosa
 Luciano Elia
 Lumena Furtado
 Marcela Lucena
 Maria Cristina Ventura Couto
 Maria Elisabete Meola
 Melissa Tiekó Muramoto
 Merelin Sena
 Rebeca Litvin
 Rossano Lima
 Sandra Fagundes
 Simone Paulon

Apoio

Karen Santo Athié
 Melissa Tiekó Muramoto

Relatores e Facilitadores da Plenária Final

Ana Luisa Aranha e Silva
 Analice Palombini
 Bárbara Eleonora Bezerra Cabral
 Carmen Lúcia Luiz
 Elisabete Ferreira Mângia
 Fernando Ramos
 Fernando Sfair Kinker
 Lúcia Rosa
 Luciano Elia
 Luiz Anibal Vieira Machado
 Marcela Lucena
 Maria Cristina Ventura Couto
 Melissa Tiekó Muramoto
 Moacyr Miniussi Bertolino Neto
 Raimundo Nonato Soares
 Rebeca Litvin
 Rossano Lima

Anexos

Conjuntos de Propostas não Avaliadas pela Plenária Final:

Conjunto 1 - Este primeiro conjunto, totalizando 41 propostas, constava do Sub-Eixo 1.5 (Participação social, formulação de políticas e controle social) e foi aprovado em bloco por um dos grupos de trabalho, sem que cada uma delas fosse analisada. A plenária final não teve condição de avaliá-las, e indicou que deveriam apenas constar como anexo do relatório final. A Comissão de Relatoria avaliou posteriormente que uma das propostas (a de número 1) apresenta outra versão diferenciada já aprovada, e várias outras já possuem versões similares discutidas e aprovadas naquele e no conjunto dos demais sub-eixos.

1. Garantir que as Conferências Nacional, Estadual e Municipal em Saúde Mental sejam realizadas a cada três (03) ano.
2. Ampliar as discussões na área de Saúde Mental nos diversos setores da sociedade, possibilitando espaços de conscientização, e criar políticas de educação e intervenção cultural voltadas para a desestigmatização das pessoas com transtornos mentais.
3. Fiscalizar a implementação das ações de saúde mental na Atenção Básica para o atendimento de transtornos leves.
4. Mobilizar a participação social com a convergência de toda a rede de apoio a saúde e intersetorial, para se posicionar frente aos problemas de saúde mental encontrados, na busca de uma política de re-inclusão social, com o envolvimento e mobilização de gestores, profissionais, usuários e famílias.
5. Modificar o regimento do Conselho Municipal de Saúde, incluindo representante da saúde mental, criando vagas de representantes dos CAPS nos conselhos municipais de saúde.
6. Contribuir com o processo de politização e “conscientização” da comunidade, em especial da família em relação à saúde mental e à importância de sua participação.
7. Formular políticas de inserção de usuários de saúde mental na sociedade.
8. Criar mecanismos institucionais de divulgação dos direitos dos usuários de saúde mental.
9. Criar fóruns municipais e regionais para discussão sobre Saúde Mental, e que sejam paritários, com representação dos usuários, trabalhadores e gestores pautados pela intersetorialidade para formulação, avaliação e monitoramento das ações propostas
10. Proibir a veiculação da propaganda de uso de álcool e outras drogas na mídia.
11. Incentivar que as empresas privadas adotem políticas de Responsabilidade Social no campo da saúde mental.
12. Mobilizar a sociedade para a necessidade de modificação do conceito de incapacidade, inimizabilidade e periculosidade, adequando-as à realidade atual
13. Fomentar e monitorar a criação de portarias que estimulem o trabalho intersetorial no âmbito da Saúde Mental nas esferas Federais, Estaduais e Municipais.
14. Garantir que as Secretarias Municipais de Saúde adotem um modelo de gestão plenamente participativo e democrático, inclusive práticas de planejamento tanto não estruturadas quanto estruturadas, criando dispositivos permanentes de gestão colegiada que permitam constante diálogo entre todos os gerentes de serviços da rede de Saúde Mental, gestores de nível local e central, assim como representantes dos usuários e dos familiares.
15. Estimular o Controle Social, nos moldes do Mobiliza SUS, em todos os serviços de saúde mental, garantindo o exercício da cidadania.
16. Monitorar e cobrar das Secretarias de Saúde a implementação da rede de Saúde Mental, com implantação de atendimento às urgências psiquiátricas, leitos de internação em hospitais gerais (crise e desintoxicação) para transtornos mentais e transtornos por uso de álcool e outras drogas, com equipe treinada e em número suficiente para possibilitar o

- tratamento humanizado dos portadores.
17. Efetivar a política de humanização no atendimento em todos os serviços de saúde públicos e conveniados ao SUS.
 18. Garantir nas ações de auditoria municipal, acompanhamento e fiscalização das ações de saúde mental quanto à aplicação dos recursos e à qualidade dos serviços prestados, garantindo a intersetorialidade e a integralidade.
 19. Cobrar mais aplicação na fiscalização da aplicação das verbas públicas pelos Conselhos Municipais de Saúde dos programas governamentais de reinserção do usuário de álcool e drogas.
 20. Implantar os Conselhos Locais de Saúde em 100% dos CAPS, com vistas ao fortalecimento do controle social, garantindo representação nos conselhos municipal e estadual.
 21. Estimular a participação dos usuários e dos profissionais e familiares da Rede de Saúde Mental nos Conselhos Locais de Saúde.
 22. Implantar câmara técnica com representantes de saúde mental, seja usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental, no Conselho Municipal de Saúde.
 23. Estabelecer reuniões da equipe multidisciplinar dos serviços substitutivos para orientar os familiares acerca do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, através de estratégias de cuidados, como ações coletivas que promovam a convivência entre usuários e familiares.
 24. Incentivar a participação de familiares através de mobilizações para as reuniões do Conselho Municipal, com intuito de sensibilizar a família e a comunidade para a problemática do cuidado, e nos serviços implantar assembleias deliberativas dos usuários em todas as unidades de saúde.
 25. Garantir o PNASH nos hospitais e clínicas psiquiátricas conveniados com o SUS no âmbito municipal e estadual, bem como a avaliação dos serviços públicos de saúde mental, garantindo a participação de representantes do controle social, e garantir a divulgação dos resultados do PNASH.
 26. Garantir que a política de saúde mental da SMS, incluindo os programas e projetos com o Ministério da Saúde, seja encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde antes da sua implantação e que o Conselho faça acompanhamento periódico da sua execução.
 27. Reduzir a burocracia e facilitar o acesso relacionado ao serviço de saúde mental.
 28. Reivindicar melhorias para a atenção a saúde mental, principalmente nas crises.
 29. Que os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde criem mecanismos para dar visibilidade e garantir o cumprimento do disposto na Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
 30. Garantir que as propostas oriundas das conferências sejam encaminhadas aos gestores municipais para sua efetivação política.
 31. Formular políticas voltadas a atenção integral às crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas, com inserção no PPA e LOAS.
 32. Desenvolver política de incentivo financeiro na área de saúde mental em municípios que não estão contemplados na portaria 336/02GM, cujo perfil epidemiológico expresse indicadores relevantes de transtornos mentais.
 33. Exigir o cumprimento da PEC 29 garantindo recursos para os Projetos de Saúde Mental, respeitando os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.
 34. Elaborar uma agenda periódica conjunta entre os conselhos municipais que discorra sobre saúde mental.
 35. Diálogo harmônico entre as políticas públicas e a sociedade civil através do orçamento participativo.
 36. Divulgar o papel dos Conselhos de Saúde Municipais e Estadual na mídia, de forma a sensibilizar a participação popular.
 37. Que os projetos de organizações da sociedade civil (OSC), relacionadas à Saúde Mental e uso, abuso e dependência de drogas, sejam fiscalizados pelos Conselhos de Políticas e de Direitos correspondentes, no que diz respeito a atuação e ocupação dos recursos designados e utilizados nesses respectivos projetos

38. Garantir o exercício do controle democrático sobre o sistema de saúde e de saúde mental na formulação de políticas e programas, através dos representantes de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde, demais formas de controle social em seus diversos níveis, reforçando a política do SUS como política de Estado e não de governo.
39. Garantir, por meio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, junto às Secretarias, diretorias e gestores locais, que os serviços de saúde mental substitutivos tenham supervisão clínica e institucional regular, com discussões permanentes dos projetos terapêuticos dos usuários.
40. Exigir a elaboração de políticas públicas que melhorem a distribuição de renda para diminuir as desigualdades.
41. Ampliação, fortalecimento e qualificação das Ouvidorias de Saúde quanto às questões de Saúde Mental para maior resolutividade e resposta posterior ao solicitante.

Conjunto 2: Estas 21 propostas foram identificadas pelos vários grupos de trabalho como muito díspares da discussão temática particular de seus respectivos grupos, e portanto foram encaminhadas a outros sub-eixos. A plenária final também não teve condição de avaliá-las, e da mesma forma que no Conjunto 1, decidiu que deveriam apenas constar como anexo do relatório final. De qualquer forma, a Comissão de Relatoria avaliou posteriormente que a maioria delas teve propostas similares devidamente discutidas e aprovadas no decorrer dos grupos de trabalho e na plenária final.

1. Criar um mecanismo para o cumprimento do código sanitário a nível Federal, Estadual e Municipal.
2. Fazer cumprir a lei nº 8.069/90 referente à comercialização de bebidas alcoólicas nas proximidades de escolas.
3. Proibição de propagandas de bebidas de qualquer teor alcoólico em todas as formas de mídia.
4. Capacitar equipes técnicas dos hospitais de referência, dos serviços de saúde, educação, assistência social, conselheiros tutelares, e operadores do direito e segurança pública para estratégias de redução de danos; desenvolver ações de prevenção ao uso/abuso de álcool e outras drogas nas escolas e equipamentos comunitários.
5. Garantir o aumento do repasse financeiro para contratação, via concurso público, de recursos humanos incluindo um psicólogo, assistente social e acompanhante terapêutico para todas equipes da ESF.
6. Proposição ao Ministério da Educação que a adaptação curricular e redução de turmas sejam iniciadas após a avaliação multiprofissional sem a necessidade do CID, e ainda a ampliação do convênio com o Ministério da Saúde.
7. Implantar escolas em período integral para crianças adolescente, para que elas recebam cuidado intensivo necessário para seu desenvolvimento saudável.
8. Garantir a fiscalização das normas técnicas que regulamentam o funcionamento das comunidades terapêuticas.
9. Elaborar um plano de ação em saúde mental nas três esferas de governo, que contemple ações de promoção da saúde mental, prevenção, tratamento e reabilitação, fluxo de atenção na rede básica e especializada, o encaminhamento e o retorno das pessoas.
10. Garantir nas três esferas de governo a contratação de trabalhadores de saúde via concurso público, favorecendo a transparência das contratações.
11. Reduzir o coeficiente de habitantes por CAPS municipal, a partir de 5.000 habitantes.
12. Assegurar o cumprimento das leis/dispositivos normativos (portarias) da reforma psiquiátrica e ampliar a meta proposta do Ministério da Saúde de implantação de CAPS para cada 100 mil habitantes, com gestão pública municipal, em casos extraordinários, sob gestão estadual.

13. Reformular a Portaria 336/MS que normatiza a implantação de CAPS III com a garantia de inclusão de equipes multiprofissionais de enfermeiro, psicólogo e terapeuta ocupacional psiquiatra e outros profissionais no período noturno e nos finais de semana, viabilizando recursos financeiros.
14. Fomentar discussão junto ao Ministério da Saúde sobre a regulamentação da Portaria 336, para a criação de CAPS no que diz respeito ao coeficiente de habitantes, possibilitando que municípios menores possam ser contemplados.
15. Promover programas interministeriais que qualifiquem ações de Educação, Cultura, Esporte, Emprego e Renda, objetivando a promoção da saúde mental e inclusão social.
16. Estimular ações cooperativas e a implantação de cooperativas sociais para a construção da autonomia de usuários, familiares e comunidade pelo desenvolvimento de grupos de ajuda e suporte mútuo de apoio familiar, com investimento em lazer, cultura, esporte gestão de trabalho e renda através do fomento de ações de economia solidária.
17. Garantir estratégias na formação profissional (residências, pró-saúde, pet-saúde e outros) e nos planos de ações para educação permanente em saúde, de capacitação para o desenvolvimento de práticas clínicas centradas na atenção psicossocial e na construção de ações articuladas em rede.
18. Estimular que os profissionais de saúde do SUS e do INSS sejam sensíveis aos casos dos portadores de LER/DORT que sucumbem à depressão, única e exclusivamente em decorrência da incapacidade física para o trabalho. Tratar essas doenças mentais como doenças decorrentes do trabalho.
19. Que os Conselhos Profissionais em nível Federal e Regional e a ANVISA, exerçam efetivo controle sobre as prescrições indiscriminadas de medicamentos psicotrópicos, bem como na fiscalização e cumprimento dos critérios da normativa em relação ao funcionamento das Comunidades Terapêuticas.
20. Implantar serviços em espaços sócio comunitários, como centros de convivência que desenvolvam projetos de promoção da saúde mental e prevenção de agravos, como oficinas de arte, cultura e práticas esportivas, efetivando a parceria entre as Secretarias de Esporte, Lazer, Cultura e Educação.
21. Implantar um modelo de atenção em saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero:
 - Melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de sofrimento psíquicos no SUS;
 - Qualificar a atenção em saúde mental das mulheres;
 - Incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de sofrimento psíquico;
 - Promover a integração com setores não governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres com sofrimento psíquico.

Observações escritas de participantes da Plenária Final encaminhadas à Relatoria

Na Plenária Final, dada a impossibilidade de destaques de revisão das propostas, e conforme sugestão apresentada e aprovada na própria plenária para agilização das deliberações, no sentido de que fossem analisadas posteriormente pela Comissão de Relatoria, alguns participantes encaminharam algumas observações escritas à Relatoria, referentes a questões terminológicas e eventuais pequenos acréscimos de aperfeiçoamento da formulação de propostas, ou para inclusão de propostas que teriam sido aprovadas nos grupos de trabalho e que eventualmente não foram encaminhadas à plenária. Estas observações foram examinadas uma a uma, e apresentadas abaixo, com o parecer da comissão de relatoria, que optou por lhes dar plena visibilidade, mas apresentando-as em anexo, na medida em que não passaram pela discussão e decisão da plenária. No caso particular das propostas não constantes no consolidado enviado à plenária, foram checados os relatórios dos grupos, e constam abaixo apenas as propostas que efetivamente faziam parte destes relatórios.

1ª observação:

Acrescentar no Eixo I, (191): Conforme pactuado por sugestão do MS, “e uso de álcool e drogas”.

Esta observação se refere à proposta de número 155 do Relatório Final. A Relatoria considera que a proposição é relevante e coerente com o espírito geral das decisões da Plenária Final.

2ª observação:

Incluir no Eixo 2 (317), de inclusão/acessibilidade, incluir o povo cigano, onde se lê: Garantir a inclusão e o acesso universal aos cuidados em saúde mental e atendimento diferenciado nos serviços de saúde para as pessoas idosas, HIV/AIDS e população quilombolas e indígenas, LGBT, e ciganos...

Esta observação se refere à proposta de número 593 do Relatório Final. A Relatoria considera que a proposição é relevante e coerente com a proposta, assim como com o espírito geral das decisões da Plenária Final.

3ª observação:

No Eixo II, subitem 2.9: Garantia de acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/ etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental.

As propostas apresentadas e aprovadas no Grupo 25 e 27 (provenientes de outros sub-eixos) não foram contempladas na redação final da relatoria encaminhada à Plenária Final, perdendo o foco das propostas que são específicos à saúde mental e AIDS.

25. Garantir políticas intersetoriais e integrais de atenção à saúde mental em todas as fases da vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, com o objetivo de garantir assistência integral quanto aos danos psíquicos decorrentes dos estigmas e preconceitos produzidos historicamente e em relação à adesão ao tratamento em DST/HIV/AIDS, assim como desenvolver, fomentar, divulgar estudos e pesquisas acerca da saúde mental dessa clientela.

27. Garantir a atenção em saúde mental da população LGBT, pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, em decorrência dos efeitos colaterais frente ao uso dos anti-retrovirais.

Na checagem do relatório do Grupo de Trabalho apresentam-se as seguintes propostas:

25. Garantir políticas intersetoriais e integrais de atenção à saúde mental em todas as fases da vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, com o objetivo de garantir assistência integral quanto aos danos psíquicos decorrentes dos estigmas e preconceitos produzidos historicamente e em relação à adesão ao tratamento em DST/HIV/AIDS, assim como desenvolver, fomentar, divulgar estudos e pesquisas acerca da saúde mental dessa clientela.

27. Garantir o cumprimento da Lei 10216/01, assegurando os direitos de cidadania de pessoas com transtornos mentais, população LGBT e demais grupos em situação de vulnerabilidade social, em decorrência dos efeitos colaterais frente ao uso dos anti-retrovirais.

A Relatoria considera que a proposição é relevante e coerente com as propostas do sub-eixo 2.9 e com o espírito geral das decisões da Plenária Final.

IV CNSM-I - Fontes Documentais

1. Temário da IV CNSM-I, publicado em Caderno Informativo e no sítio da IV CNSM-I.
2. Legislação da IV CNSM-I, publicada em Caderno Informativo e no sítio da IV CNSM-I:
 - 2.1 Decreto de 29 de Abril de 2010
 - 2.2 Resolução CNS nº 433, de 14 de janeiro de 2010
 - 2.3 Recomendação CNS 0001, de 11 de março de 2010
 - 2.4 Recomendação 01/2010 da Comissão Organizadora da IV CNSM-I, de 30 de Abril de 2010
 - 2.5 Recomendação 02/2010 da Comissão Organizadora da IV CNSM-I, de 30 de Abril de 2010
 - 2.6 Recomendação 03/2010 da Comissão Organizadora da IV CNSM-I, de 05 de Maio de 2010
 - 2.7 Recomendação 04/2010 da Comissão Organizadora da IV CNSM-I, de 05 de Maio de 2010
 - 2.8 Regimento da IV CNSM-I.
3. Agenda das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde Mental – sítio da IV CNSM-I.
4. Consolidado dos Relatórios Estaduais de Saúde Mental – material distribuído na IV CNSM-I.
5. Regulamento da IV CNSM-I, distribuído na IV CNSM-I.
6. Textos de Apoio às discussões da Conferência, publicados no sítio da IV CNSM-I.
7. Saúde Mental em Dados 7, publicado no sítio da IV CNSM-I.
8. Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH 3 – Decreto 7.037, de 21 de dezembro de 2009, publicado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.
9. Documento “Saúde Mental e Direitos Humanos – Contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial”, Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.

REGULAMENTO DA ETAPA NACIONAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - INTERSETORIAL

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º - A etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I), convocada através do Decreto Presidencial publicado em 29 de abril de 2010, origina-se da Resolução nº. 433, do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministro da Saúde em 14 de janeiro de 2010, com base na Lei n. 8142, de dezembro de 1990, terá como objetivo debater temas relevantes para o campo da Saúde Mental, assim como os avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, na perspectiva da intersetorialidade.

Parágrafo 1º – A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial se realizará sob os princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Política Nacional dos Direitos Humanos e das demais políticas intersetoriais.

Parágrafo 2º – A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial promoverá o debate da saúde mental com os diversos setores da sociedade no atual cenário da Reforma Psiquiátrica, que indica novos desafios para a melhoria do cuidado em saúde mental no território, devendo contemplar o desenvolvimento de ações intersetoriais, com ênfase nos direitos humanos, assistência social, educação, cultura, justiça, trabalho, esporte, entre outros.

Parágrafo 3º - A etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial será realizada em Brasília - DF, de 27 de junho a 01 de julho de 2010, sob os auspícios do Ministério da Saúde, com apoio da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, do Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome, do Ministério da Cultura e do Conselho Nacional de Saúde.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2º - A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde, e na sua ausência ou impedimento eventual, por seu representante.

Parágrafo Único – São copresidentes da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial os Ministros de Estado da Secretaria Especial dos Direitos Humanos e do Ministério de Desenvolvimento Social e de Combate à Fome.

Art. 3º. - O desenvolvimento da etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial estará a cargo da Comissão Organizadora aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

CAPÍTULO III

DOS MEMBROS

Art. 4º - São membros da etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial:

- 1200 delegados com direito a voz e voto;
- 102 observadores com direito a voz;
- 200 convidados com direito a voz.

Art. 5º - O credenciamento de delegados à etapa nacional deverá ser feito junto à Secretaria da Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, das 8:30h às 18:00h h do dia 27 e das 8:30h às 17:00h do dia 28 de junho de 2010.

Parágrafo 1º. - O delegado titular que não comparecer à etapa nacional só poderá ser substituído pelo suplente eleito na etapa estadual, devendo esta substituição ser atestada pela coordenação da delegação estadual, mediante comunicação por escrito, até às 17:00 horas do dia 28 de junho de 2010.

Art. 6º - O credenciamento dos observadores da etapa nacional, eleitos nas etapas estaduais, será realizado junto à Secretaria da Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, das 8:30 às 18 h do dia 27 e das 8:30 até às 17:00 horas do dia 28 de junho de 2010.

Art. 7º - O credenciamento dos convidados da etapa nacional será realizado junto à Secretaria da Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, em espaço específico para convidados.

CAPÍTULO IV

DA PROGRAMAÇÃO

Art. 8º - A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial se desenvolverá por meio de Conferência de Abertura, Mesas Eixo, Painéis Simultâneos e Específicos, Grupos de Trabalho e Plenária Final.

SEÇÃO I

DA CONFERÊNCIA DE ABERTURA

Art. 9º - A Conferência de Abertura será proferida logo após a Sessão Solene de Instalação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, no dia 27/06/2010, às 19:30 horas, e abordará o tema “**Saúde Mental, Assistência Social e Direitos Humanos: compromissos para uma agenda intersetorial**”, e não será seguida de debate.

SEÇÃO II

DAS MESAS-EIXO

Art. 10º - Os eixos temáticos serão discutidos em três mesas, uma por eixo, que ocorrerão no início de cada dia de trabalho, das 8:30 horas às 11:00 horas, do seguinte modo:
28/06 – Mesa Eixo I – Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais;

29/06 – Mesa Eixo II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais;

30/06 – Mesa Eixo III – Direitos Humanos e Cidadania Como Desafio Ético e Intersetorial.

Art. 11º - A abordagem de cada eixo será realizada mediante exposição a cargo dos convidados, seguida de debates.

Art. 12º - Os expositores disporão de 15 (quinze) minutos, prorrogáveis por mais 5 (cinco), para sua apresentação, baseada nas Ementas dos Eixos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

Art. 13º - Após as exposições, a coordenação da mesa abrirá a palavra ao Plenário durante 60 (sessenta) minutos.

Art. 14º - Será garantido a qualquer delegado, observador ou convidado manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.

Parágrafo primeiro - O tempo máximo para cada intervenção a que se refere este artigo será de 02 (dois) minutos.

Parágrafo segundo – As intervenções ocorrerão mediante ordem de inscrição.

Art. 15º - As mesas eixo serão dirigidas por um(a) coordenador(a) de mesa indicado(a) pela Comissão Organizadora.

Art. 16º - As mesas eixos serão transmitidas em tempo real, com o objetivo de ampliar o acesso às exposições e debates em andamento na etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

SEÇÃO III

1 - DOS PAINÉIS SIMULTÂNEOS

Art. 17º - Ocorrerão painéis simultâneos após as mesas eixos, nos três dias de debates, das 11:15 horas às 12:30 horas, com o objetivo de discutir os sub-eixos temáticos correspondentes.

Art. 18º - A abordagem de cada sub-eixo será realizada por painelistas convidados, seguida de debate.

Art. 19º - Os expositores disporão de 10 (dez) minutos, prorrogáveis por mais 5 (cinco) para sua apresentação, baseada nas Ementas dos Sub-Eixos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

Art. 20º - Após as exposições, a coordenação do painel abrirá a palavra aos participantes durante 30 (trinta) minutos.

Art. 21º - Será facultado a qualquer delegado, observador ou convidado manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.

Parágrafo primeiro - O tempo máximo para cada intervenção a que se refere este artigo será de 02 (dois) minutos.

Parágrafo segundo – As intervenções ocorrerão mediante ordem de inscrição.

Art. 22º - Os painéis serão dirigidos por um(a) coordenador(a) de painel e um(a) coordenador(a) de debate indicados(as) pela Comissão Organizadora.

Art. 23º - Os painéis simultâneos visam contribuir para as discussões nos grupos de trabalho e não implicarão a produção de relatórios próprios.

2 - DOS PAINÉIS ESPECÍFICOS

Art. 24º - Ocorrerão painéis específicos com o objetivo de aprofundar o debate dos sub-eixos temáticos, nos dias 28 e 29/06, das 17:30 às 19:00 horas, abordados por convidados indicados pela Comissão Organizadora.

Art. 25º - Os expositores disporão de 10 (dez) minutos, prorrogáveis por mais 5 (cinco) para sua apresentação, baseada nas Ementas dos Sub-Eixos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

Art. 26º - Após as exposições a coordenação do painel abrirá a palavra aos participantes durante 30 (trinta) minutos.

Art. 27º - Será facultado a qualquer delegado, observador ou convidado manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.

Parágrafo primeiro - O tempo máximo para cada intervenção a que se refere este artigo será de 02 (dois) minutos.

Parágrafo segundo – As intervenções ocorrerão mediante ordem de inscrição.

Art. 28º - Os painéis serão dirigidos por um(a) coordenador(a) de painel indicado(a) pela Comissão Organizadora.

Art. 29º - Os painéis específicos visam contribuir para as discussões nos grupos de trabalho, que ocorrerão no dia subsequente e não implicarão a produção de relatórios próprios.

SEÇÃO IV

DOS GRUPOS DE TRABALHO E RELATORIA

Art. 30º- Os grupos de trabalho serão responsáveis pelo aprofundamento das discussões sobre os eixos e sub-eixos temáticos, através da participação ampla e democrática de todos os segmentos representados na IV Conferência, propiciando que o relatório final contribua realmente para a consolidação dos avanços e enfrentamento dos desafios da Política Nacional de Saúde Mental, em uma perspectiva intersetorial.

Art. 31º - Os Grupos de Trabalho ocorrerão nos dias 28, 29 e 30 de junho, das 14:00 às 17:00

horas.

Art. 32º – Cada Grupo de Trabalho será composto por 60 a 70 delegados e observadores (máximo 70 participantes por grupo), originados dos diferentes segmentos e diversos estados da federação, e debaterá um dos sub-eixos do Eixo Temático em discussão no dia (28 de junho, Eixo I; 29 de junho, Eixo II, 30 de junho, Eixo III);

Parágrafo primeiro – A participação no grupo referente a cada sub-eixo será de livre escolha do delegado ou observador, encaminhada previamente pelas Etapas Estaduais ou feita no momento da inscrição.

Parágrafo segundo – Haverá pelo menos um (01) grupo de trabalho para cada um dos nove (09) sub-eixos do dia, podendo haver mais de um grupo dedicado a discutir o mesmo sub-eixo, dependendo da escolha dos delegados e observadores.

Parágrafo terceiro – A cada dia da Conferência, funcionarão 18 (dezoito) grupos de trabalho, de modo a assegurar a participação democrática de todos os delegados, observadores e convidados.

Art. 33º - Os Grupos de Trabalho debaterão os eixos e sub-eixos da IV CNSM-I tendo como subsídios: a) as Ementas dos Eixos e Sub-eixos elaboradas pela Comissão Organizadora para todas as etapas; b) o Consolidado das Conferências Estaduais, realizado pela Comissão de Relatoria da etapa nacional, que será colocado à disposição de todos os delegados, observadores e convidados; c) as discussões realizadas nas mesas-eixo e nos painéis simultâneos e específicos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial.

Art. 34º - A discussão e aprovação das propostas nos Grupos de Trabalho deverão ocorrer em duas etapas.

I. A primeira etapa consistirá na discussão das propostas agrupadas no consolidado dos relatórios estaduais como Propostas Prioritárias Nacionais (PPN).

II. A segunda etapa consistirá na discussão de propostas identificadas no consolidado dos relatórios estaduais como Propostas Nacionais (PN), Propostas Inespecíficas (PI), ou Propostas a serem Encaminhadas para Outros Sub-Eixos.

Parágrafo primeiro - Os grupos poderão ainda, a seu critério, na segunda fase, aprovar novas propostas que não estão contidas no Consolidado dos relatórios estaduais, que serão levadas à Plenária Final.

Parágrafo segundo - As propostas que não forem aprovadas nos grupos de trabalho não serão incluídas no Relatório Final.

Art. 35º - Todas as propostas apresentadas nos Grupos de Trabalho deverão ser aprovadas por maioria simples para serem contempladas no relatório final.

Parágrafo Único – As propostas que não sofrerem destaque, serão consideradas aprovadas pelo grupo e levadas à Plenária Final.

Art. 36º – Cada Grupo terá um(a) coordenador(a) designado(a) pela Comissão Organizadora com as funções de facilitar as discussões, controlar o tempo e estimular a participação de todos.

Art. 37º - Cada Grupo de Trabalho contará com um Relator designado pela Comissão Organizadora e um relator adjunto indicado pelo próprio grupo, encarregados de sintetizar as conclusões do grupo e entregá-las à Comissão de Relatoria ao final de cada dia de trabalho.

Art. 38º - Cada Grupo de Trabalho contará com um secretário indicado pela Comissão Organizadora e aprovado pelo Grupo, que terá a atribuição de facilitar a elaboração de propostas coletivas, acordadas entre os proponentes de destaques, sempre que houver mais de um proponente.

Parágrafo único - O secretário também fará esclarecimentos em separado aos participantes, quando necessário, de modo que não haja interrupção nos trabalhos do grupo.

Art. 39º - No dia 28 de junho, dia de jogo da seleção brasileira, os trabalhos da Conferência se interromperão às 15:15 h, para os participantes, que assim o desejarem, assistirem ao jogo em dois telões instalados no local da Conferência, retomando-se os grupos de trabalho imediatamente após o final do jogo, e cumprindo-se integralmente a programação do dia.

Art. 40º - A Comissão de Relatoria receberá os relatórios dos grupos até às 19:00 horas de cada dia de trabalho, salvo força maior, e registrará o recebimento dos mesmos.

Art. 41º - A sistematização dos relatórios dos grupos será realizada por relatores de síntese de cada eixo temático, indicados pela Comissão Organizadora, e coordenados pela Relatora Geral e Relator Adjunto.

Art. 42º - As moções só poderão ser apresentadas por delegados, utilizando formulário próprio, e com assinaturas de apoio de no mínimo 100 (cem) delegados.

Parágrafo primeiro. As moções não poderão ser dirigidas a pessoas, mas a entidades e instituições.

Parágrafo segundo. As moções devem ser entregues na Secretaria da Conferência até às 17:00h do dia 30 de junho.

CAPÍTULO V

DA SESSÃO PLENÁRIA FINAL

Art. 43º - A Plenária Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial ocorrerá no dia 01 de julho, das 8:30 às 18:00 horas, com um intervalo para o almoço, e terá como objetivos debater e aprovar o Relatório Final da IV CNSM-I e votar as moções apresentadas,

Art. 44º - Participarão da Plenária Final:

- delegados com direito a voz e voto;
- convidados com direito a voz;
- observadores com direito a voz.

Art. 45º - Os trabalhos serão Coordenados por uma mesa constituída de membros da Comissão Organizadora ou delegados por ela indicados e presidida pelo Coordenador-Geral da IV CNSM-

I

Parágrafo primeiro - Os trabalhos serão secretariados por membros da Comissão de Relatoria

Parágrafo segundo – Haverá facilitadores identificados na Plenária para prestarem esclarecimento aos delegados e para promoverem a negociação entre os proponentes de destaques de um mesmo item.

Art. 46º - A pauta da Plenária Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial constará dos seguintes itens:

- Apreciação do Relatório Final
- Apreciação de Moções

Art. 47º - A apreciação do Relatório Final será encaminhada na forma que se segue:

- O relatório final será distribuído aos delegados com antecedência, sendo composto por 3 (três) blocos, referentes aos eixos temáticos e conforme as discussões e deliberações dos grupos de trabalho.
- Em caso de os grupos de trabalho apresentarem propostas contraditórias entre si, a Comissão de Relatoria as apresentará para debate e decisão da plenária, a se proceder no momento de discussão dos destaques.
- Será assegurado aos Delegados o direito de solicitar o exame em destaque de qualquer item da proposta do Relatório Final, podendo incidir também sobre a redação das propostas contraditórias referentes ao inciso (b) acima.
- As solicitações de destaque deverão ser encaminhadas aos relatores, por escrito, em formulário próprio, até 15 (quinze) minutos após o final da leitura de cada um dos três blocos do Relatório Final, constituindo-se em a) proposta de redação alternativa em relação ao item destacado ou b) sua supressão.
- Todos os itens que não forem objeto de destaque serão considerados aprovados, com exceção das propostas contraditórias referentes ao inciso (b) acima;
- Após a leitura de cada bloco do Relatório, serão chamadas, uma a uma, as apresentações de destaque e as propostas contraditórias apresentadas pela Comissão de Relatoria.
- Os propositores de destaques terão 02 (dois) minutos, improrrogáveis, para a defesa do seu ponto de vista. Se não houver posição contrária, o destaque será submetido imediatamente a votação. Havendo manifestação contrária ao destaque, o Presidente da Mesa concederá a palavra, a seguir, por igual tempo, ao Delegado que se apresente para defender posição contrária à do propositor do destaque. Não será permitida réplica em qualquer hipótese, mas quando a plenária não estiver suficientemente esclarecida, será assegurado mais um (01) posicionamento favorável e um (01) posicionamento contrário. O destaque apresentado será, então, colocado em votação.
- A aprovação das propostas será por maioria simples dos Delegados presentes.
- A Mesa poderá verificar a maioria simples por contraste, quando houver uma evidente maioria de votos que não torne necessária a contagem de cada votação, e para isto sempre consultará a Plenária.

- Durante a plenária final, não será permitida a apresentação de proposta que não tenha sido aprovada nos Grupos de Trabalho e apresentada no Relatório Final apresentado pela Relatoria.

Art. 48º - Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da Conferência, o Presidente da Sessão encaminhará a leitura das Moções.

Parágrafo único - A aprovação das moções será por maioria simples dos Delegados presentes.

Art. 49º - Concluídas as apreciações das moções, serão encerrados os trabalhos da Sessão Plenária Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial.

CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES GERAIS E COMUNS

Art. 50º - Assegura-se aos Delegados da Plenária Final o questionamento à Mesa, "PELA ORDEM", sempre que não esteja sendo cumprido o Regulamento da Plenária Final.

Art. 51º - Durante os períodos de votação serão vedados os levantamentos de "QUESTÕES DE ORDEM".

Art. 52º - Serão conferidos certificados aos delegados, observadores, convidados, expositores de temas, coordenadores e relatores de síntese, especificando a condição de sua participação na Conferência.

Parágrafo único - Os certificados serão conferidos àqueles que comprovarem efetiva participação na Conferência, devendo haver registro de frequência no início e final dos grupos de trabalho.

Art. 53º - Os casos omissos serão resolvidos ou esclarecidos pela Comissão Organizadora, cabendo recurso à Plenária Final.

Brasília, 27 de junho de 2010

Programação da Conferência

Dia 27 de junho de 2010

Aprovação do Regulamento da IV CNSM-I

Conferência de Abertura

Ministro Rômulo Paes
 Ministro Paulo Vannuchi
 Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde Alberto Beltrame

Apresentação Cultural - Harmonia Enlouquece

Coquetel

Dia 28 de junho de 2010

Mesa do Eixo I - Saúde Mental e Políticas de Estado: Pactuar Caminhos Intersectoriais

Domingos Sávio Alves - RJ
 Arlete Sampaio - DF
 Pedro Gabriel Delgado - MS/DF
 Francisco Batista Júnior - CNS

Coordenador de mesa: Paulo Michelon - RS

Painéis Simultâneos:

Painel 1: Organização e Consolidação de Rede Financiamento

Marcela Lucena - PE
 Lígia Bahia - RJ
 Ademar Arthur Chioro - São Bernardo do Campo - SP

Coordenadora de painel: Ana Raquel Santiago - SE
 Coordenador de debate: Antônio Carlos Nardi - PR

Painel 2: Política de Assistência Farmacêutica

Jairo Bisol - DF
 Hélio Lauar - MG
 José Miguel do Nascimento Júnior - DF

Coordenadora do painel: Jussara Cony - RS
 Coordenador do debate: Claudio Maierovitch - DF

Painel 3: Participação Social, Formulação de Políticas e Controle Social

Alexandre Magno - CNS
Marcus Vinícius de Oliveira - BA
Maria Dirce Cordeiro - SP
Eduardo Vasconcelos - RJ

Coordenador do painel: Antônio Alves - DF
Coordenador do debate: Frederico Leite – Conselho Nacional de Assistência Social

Painel 4: Gestão de Informação, Avaliação, Monitoramento e Planejamento em Saúde Mental

Luciane Kantorski - RS
Tânia Grigolo - DF
Rosana Onocko - SP

Coordenadora do painel: Lumena Furtado - SP
Coordenadora do debate: Maria Cristina Lobo - MS

Painel 5: Formação, Educação Permanente e Pesquisa em Saúde Mental

Ana Stella Haddad - DF
Ana Marta Lobosque - MG
Fernando Ramos - RJ

Coordenadora do painel: Eliana Dourado - DF
Coordenadora do debate: Maria Goretti Lopes – CNS

Painel 6: Gestão do trabalho em Saúde Mental

Dário Pasche - MS
José Naum Mesquita - CNS
Aparecida Linhares Pimenta - SP
Maria Helena Machado - MS

Coordenadora do painel: Analice Palombini - RS
Coordenadora do debate: Eliane Seidl - DF

Painel 7: Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS

Odorico Andrade - CE
Marta Elizabeth Souza - MG
José Jackson Sampaio - CE
Roberto Tykanori - SP

Coordenadora do painel: Maria do Carmo Carpintéro – SP

Coordenador do debate: Armando Raggio - PR

Painel 8: Políticas Sociais e Gestão intersetorial

Mariângela Simão - MS
 Marcelo Brandt - CE
 Ana Maria Costa - MS

Coordenadora do painel: Rosimeire da Silva - MG
 Coordenadora do debate: Maria Isabel Lopes Ribeiro - RJ

Grupos de Trabalho – Eixo I

Painéis Específicos:

Painel 1: Financiamento

Elias Jorge - MS
 José Veloso Souto Júnior - DF
 Ronald Ferreira dos Santos - CNS
 Ana Raquel Santiago - SE

Coordenador do Painel: Luiz Carlos Bolzan - MS

Painel 2: Formação e Educação Permanente em Saúde Mental como Desafio Intersetorial

Paulo Amarante - RJ
 Cláudia Tavares - RJ
 Elizabeth Mângia - SP
 Ileno Izídio da Costa - DF

Coordenadora do Debate: Miriam Guterrez Dias – RS
 Coordenador do Painel: Aldo Zaiden - SDH

Painel 3: Saúde Mental Infanto-Juvenil - Principais Desafios para Ampliação do Acesso

Marisa Furia - SP
 Rossano Lima - RJ
 Sandra Pacheco - RJ
 Luciano Elia - RJ

Coordenadora do Painel: Maria Ângela Santa Cruz - SP

Painel 4: Leitos de atenção integral - hospitais gerais, emergências gerais e CAPS III *

Sandra Chioro - SP
 Flávio Resmini - RS
 Augusto César Costa - DF

Coordenadora do Painel: Maria das Graças Oliveira - DF

Painel 5: Crack - um desafio para a saúde pública e a intersetorialidade

Francisco Cordeiro - DF
 Dartiu Xavier - SP
 Solange Nappo - SP
 Graziella Barreiros - SP

Coordenadora do Painel: Loiva de Boni Santos - RS

Painel 6: Populações específicas - indígenas e quilombolas

Bianca Sordi - RS
 Fabiane Vick - MS
 Vera Lúcia Gomes - DF

Coordenador do Painel: Alfredo Bernardo Pereira da Silva - SEPPIR

Painel 7: População de rua - experiências bem sucedidas *

Luciano Rocco - RJ
 Anderson Lopes - SP
 Adalberto Lamerato Costa - SP

Coordenadora do Painel: Maria Cristina Carvalho - RS

Painel 8: Orientação sexual e identidade de gênero *

Maria Lúcia Braga – SPM
 Flávia Tim - DF
 Maria de Lurdes Rodrigues - MG

Coordenadora do Painel: Lena Peres – SDH

Painel 9: Populações Institucionalizadas

Edmar Oliveira – PI
 Ana Cristina Oliveira - MJ
 Maria Cristina Vidal - RJ
 Carlos Eduardo Honorato - RJ

Coordenadora do Painel: Madalena Libério - RJ

Painel 10: Cotidiano dos serviços

Ana Cristina Figueiredo - RJ
Sandra Vitorino - SC
Liége Uchoa – RN
Sony Petris - SE

Coordenadora do Painel: Stelamaris Nascimento - SP

Painel 11: Redução de Danos

Denise Serafim - MS
Mirian Gracie Plena - BA
Domiciano Siqueira - SP
Bruno Ramos Gomes - SP

Coordenadora do Painel: Maria do Rosário Ferreira - PA

Painel 12: Residências Terapêuticas - um desafio para a Reforma Psiquiátrica*

Florianita Campos - SP
Simone Chandler - RS
Juarez Furtado - SP

Coordenadora do Painel: Ana Lúcia Ferraz - MS

Painel 13: Atenção básica e territorialidade- NASE, CAPS e matriciamento

Elizabete Susana Wartchow - MS
Maria Gabriela Godoy - RS
Eymard Vasconelos - RJ
Karime Pôrto - MS

Coordenador do painel: Moisés Rodrigues - SP

Apresentação Cultural: Sistema Nervoso Alterado

*Alguns painéis específicos não foram realizados no dia 28 de junho, um dia atípico da IV CNSM-I. Em acordo com o Regulamento da Conferência, votado em Plenária, neste dia os trabalhos foram interrompidos às 15:15 para que os participantes que assim o desejassem assistissem o jogo do Brasil na Copa do Mundo de futebol (art. 39). Apesar do acordo fechado em plenária de que, ainda assim, os participantes cumpririam integralmente a programação do dia, o cansaço e o baixo quórum impediram a realização de alguns painéis, que iniciariam seus trabalhos por volta das 19:30 h.

Dia 29 de junho de 2010

Mesa Eixo II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais

Gastão Wagner - SP
Míriam Abou-yd - MG
Geraldo Peixoto - SP
Sandra Fagundes - RS

Coordenador de mesa: Edvaldo Nabuco - RJ

Painéis Simultâneos:

Painel 1: Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e políticas intersetoriais

Ana Cecília Marques - SP
Tarcísio Andrade - BA
Marcelo Kimati - RN
Karina Fleury - RJ

Coordenador de mesa: Ronaldo Teixeira - MJ
Coordenadora do debate: Paulina Duarte – SENAD - DF

Painel 2: Saúde Mental na Infância, Adolescência e Juventude - uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorial

Liliane Penello - RJ
Maria Cristina Ventura Couto - RJ
Tereza de Lamare - DF
Carmen Oliveira - SDH

Coordenadora do painel: Lúcia Rosa - PI
Coordenador do debate: Pedro Otto Quadros - DF

Painel 3: Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território

Fernando Kinker - SP
Ricarda Bezerra - PE
Sônia Barros - SP
Jorgina Ferreira - RJ

Coordenador do painel: Ministério das cidades (a confirmar)
Coordenadora do debate: Maria Bueno Fátima Fischer - RS

Painel 4: Centros de Atenção Psicossocial como dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica Cotidiano dos Serviços - trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado

Ana Maria Pitta – BA
Milton Freire - GO
Benilton Bezerra - RJ
Maria Elizabeth Meola - SP

Coordenador do painel: Rodolfo Valentim - PA
Coordenadora do debate: Cristina Loyola - MA

Painel 5: Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços

Cristoph Surjus - SP
Suzana Robortella - SP
Políbio de Campos - MG

Coordenadora do painel: Irany Ribeiro de Moura - GO
Coordenadora de debate: Maria Fernanda Nicácio - SP

Painel 6: Práticas clínicas no território - Saúde Mental, Atenção Primária e Promoção da Saúde

Gustavo Gusso - SC
Claunara Schilling Mendonça - MS
Antonio Lancetti - SP
Maria do Carmo Carpintéro - SP

Coordenadora do painel: Nelma Melo - PE
Coordenadora do debate: Judete Ferrari - RS

Painel 7: Garantia de acesso universal em Saúde Mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero, orientação sexual e identidade de gênero

Carmem Lúcia Luiz - SC
Marco Antônio Guimarães - RJ
Wilza Vilela - RJ
Daniele Hespanhol - MT

Coordenadora do Painel: Cláudia Lima Neves - SEPPIR
Coordenadora do Debate: Lidiane Ferreira Gonçalves - SDH

Painel 8: Garantia de acesso universal em Saúde Mental: grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outras condicionantes sociais na determinação da saúde mental.

Maria de Fátima Pereira da Silva - RJ
Rubens Adorno - SP
Maria Tavares Cavalcanti - RJ

Coordenador do painel: Roberto Marques - MDS
Coordenador do debate: Marcus Rito - MJ

Apresentação Cultural: Companhia Armagem

Grupos de Trabalho – Eixo I I

Painéis Específicos:

Painel 1 - Álcool e outras Drogas e Direitos Humanos

Paulo Teixeira – CÂMARA DOS DEPUTADOS
Eduardo Barbosa - MS
Décio Castro Alves - SP
Rebeca Litvin - RS

Coordenadora do Painel: Fátima Sudbrack - DF

Painel 2: Promoção de Saúde Mental no âmbito do território escolar

Viviane Legnane - DF
Débora Malta - DF
Marta Klumb – MEC
Paulo Roberto Macedo - DF

Coordenadora do Painel: Márcia Totugui - MS

Painel 3: Cultura e Saúde Mental

Nilo Neto - SC
Tetê Catalão - MINC
Geraldo Brito - RJ

Coordenadora do Painel: Deusdet Martins - GO

Painel 4: Justiça, Saúde Mental e Direitos Humanos

Débora Diniz - DF
Gilda Carvalho – DF
Martinho Braga - MS
Herbert Carneiro - MG

Coordenador do Painel: Daniel Vilanova- DF

Painel 5: Medidas sócio-educativas

Irene Rizzini - RJ
 Marcus Vinícius Magalhaes - SDH
 Fabiana Botelho - SP
 Maria Luiza Moura Oliveira - DF

Coordenador do painel: Alex Nazaré - Secretaria Nacional de Juventude

Apresentação do Levantamento Nacional Saúde Mental nas Unidades de Medida Sócio-Educativas

Apresentação Cultural: Grupo Batalá
 Blocos de Carnaval de CAPS

Dia 30 de junho de 2010***Mesa Eixo III – Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético e Intersetorial***

Paulo Delgado – câmara dos deputados
 Paul Singer – MTE/SENAES
 Américo Córdula - MINC
 Paulo Vanucchi - SDH

Coordenadora de mesa: Cirlene Ornelas - MG

Pronunciamento do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão***Painéis Simultâneos:******Painel 1: Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária***

Fábio Sanches – MTE/SENAES
 Maria Teresa Monnerat - MS
 Ana Luisa Aranha e Silva - SP
 Marta Soares - MG

Coordenadora do painel: Shirlei Silva - DF
 Coordenador do debate: Gonçalo Guimarães - RJ

Painel 2: Direitos Humanos e Cidadania

Maria Auxiliadora da Cunha Arantes - SDH
 Tânia Kolker - RJ
 Fernando Delgado - RJ

Coordenadora de painel: Gilda Carvalho - DF
 Coordenadora de debate: Isabel Porto - CNDPH

Painel 3: Organização e mobilização dos usuários e familiares de Saúde Mental

Iracema Polidoro - RJ
 José Setemberg Rabelo - AM
 Sílvia Ferreira - MG
 Paulo Michelin - RS

Coordenadora do painel: Dulce Eddie dos Santos - SP
 Coordenador de debate: Jefferson Rodrigues - SC

Painel 4: Cultura / Diversidade Cultural - Comunicação informação e relação com mídia

Fred Maia - MINC
 Paulo José Azevedo de Oliveira - MJ
 Francimar Duarte Arruda - RJ

Coordenadora do Painel: Neli Almeida - RJ
 Coordenadora do Debate: Patrícia Dorneles - RS

Painel 5: Educação, inclusão e cidadania

Alcindo Antônio - MT
 Solon Viola - RS
 Simone Leite - SE

Coordenadora do painel: Rosângela Elias - SP
 Coordenadora de debate: Andrea Portugal - DF

Painel 6: Justiça e Sistema de Garantia de Direitos

Selma Saurbroun - DF
 Fernanda Ottoni - MG
 Marco Antônio Teixeira - PR
 Márcia Ustra Soares - SDH

Coordenadora do painel: Luciana Mussi - RJ
 Coordenadora do debate: Janaína Lima - DF

Painel 7: Violência e saúde mental

Marta Silva - DF
 Nega Giza - RJ

Juliana Barroso -- MJ

Coordenador do painel: Denilson Magalhães - DF

Coordenadora do debate: Sílvia Edith Marques - SDH

Painel 8: Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde

Juliana Pereira - MDS

João Donadon – MPAS (a confirmar)

Rute Bittencourt – CNS

José Luiz Telles - MS

Coordenadora do painel: Marina Rosa Bragança - RJ

Coordenadora do debate: Elizabete Henna - SP

Grupos de Trabalho – Eixo III

Atividade Cultural - Teatro do Oprimido

Dia 01 de julho de 2010

Plenária Final

Atividade Cultural: Meninas de Sinhá

Observação: Durante todos os dias da IV CNSM-I, foi realizada a “Mostra Solidária: trabalhar, construir direitos e produzir valores na perspectiva do cooperativismo social e da economia solidária”, com a participação de 22 expositores.

Mostra Solidária: participantes e outras informações

A “Mostra Solidária: trabalhar, construir direitos e produzir valores na perspectiva do cooperativismo social e da economia solidária”, ocorrida no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília, entre os dias 28 de Junho e 1º de Julho no âmbito da IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial foi uma iniciativa que marcou de forma definitiva a luta pela consolidação dos projetos de geração de trabalho e renda na saúde mental.

Algumas informações sobre a Mostra:

Balcões disponíveis: 29

Expositores: 22 empreendimentos

Banners: 29

Cartazes: 3

Número aproximado de produtos ofertados: 6750 produtos individuais

Diversidade dos produtos ofertados: Artesanato (Bijuterias, arte em madeira, Papel Machê, arte regional, material de papelaria etc.): 70% ; Vestuário (Camisas, saias, vestidos, echarpes, etc...): 20%; Outros (Puffs, balas e doces, publicações, brinquedos etc.): 10%.

Média estimada de visitantes: 300 a 500 visitantes individuais por dia, correspondendo em média a 30% do público total do evento.

Média do valor de vendas: R\$ 120,00 diários por expositor.

Relação dos Expositores:

1-Geração de Renda. Centro de Reabilitação e CAPS
Rio das ostras/RJ

2-Intecoop/UFJF - Associação Pró-Saúde Mental
Trabalharte /Juiz de Fora/MG

3-Arte Criativa- CAPS Dr. Ricardo Portugal
(Engenheiro Paulo de Frontin)
Rio de Janeiro/RJ

4-Sonho de Liberdade - Cooperativa
Brasília – DF

5-Projeto Doidos por Arte
Divinópolis /To

6-História Loucura e Memória
Saúde Mental e Cultura /Pará

7-ISM- Instituto de Saúde Mental
Brasília- DF

- 8-Bazafro – Brasília-DF
- 9-Gerarte - Goiânia/GO
- 10-CAPS/Município São Sebastião
Mãos e Mentes
Alagoas
- 11-Dito & Feito- Arte em Patchwork
Economia Solidaria – Bar Saci-Ecosol
Santa Maria
- 12-Das Doida- Escola Instrumental de Arte e Ofício
São Paulo
- 13-Refazer Arte em Madeira
Santo André/SP
- 14-Ass. José Martins de Araujo Junior
Santo André/SP
- 15-Fazer Diferente (Associação)
Mauá
- 16-Projeto Girassol- CAPS Caneão
Maringá- Paraná
- 17-Geração POA
Oficina Saúde Mental- Trabalho
Porto Alegre
- 18-Suricato- Ass. Trabalho e Produção Solidária
- 19-Projeto “É Feito de Papel”.
Rio de Janeiro/RJ
- 20-Bloco Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou!
Rio de Janeiro/RJ
- 21-Parelhas
Tecendo Arte CAPS I-RN
- 22-Currais Novos- CAPS II -RN

Calendário das Conferências Estaduais

- 11 e 12/05 – Conferência de Goiás
- 12, 13 e 14/05 – Conferência da Paraíba
- 13 e 14/05 – Conferência do Ceará
- 13 e 14/05 - Conferência do Mato Grosso do Sul
- 13 e 14/05 – Conferência do Piauí
- 13,14 e 15/05 - Conferência de Minas Gerais
- 17,18 e 19/05 – Conferência do Maranhão
- 17,18 e 19/05 – Conferência de Pernambuco
- 18 e 19/05 - Conferência do Paraná
- 18 e 19/05 – Conferência de Tocantins
- 18, 19 e 20/05 – Conferência do Rio Grande do Norte
- 18, 19 e 20/05 – Conferência do Acre
- 18, 19 e 20/05 – Conferência do Distrito Federal
- 18, 19 e 20/05 - Conferência de Amapá
- 19 e 20/05 – Conferência de Sergipe
- 19, 20 e 21/05 - Conferência do Amazonas
- 19, 20 e 21/05 – Conferência de Rondônia
- 19, 20 e 21/05 – Conferência de Roraima
- 19, 20 e 21/05 – Conferência do Espírito Santo
- 20 e 21/05 – Conferência de Santa Catarina
- 20 e 21/05 – Conferência de Alagoas
- 20 e 21/05 - Conferência de Mato Grosso
- 20 e 21/05 – Conferência do Pará

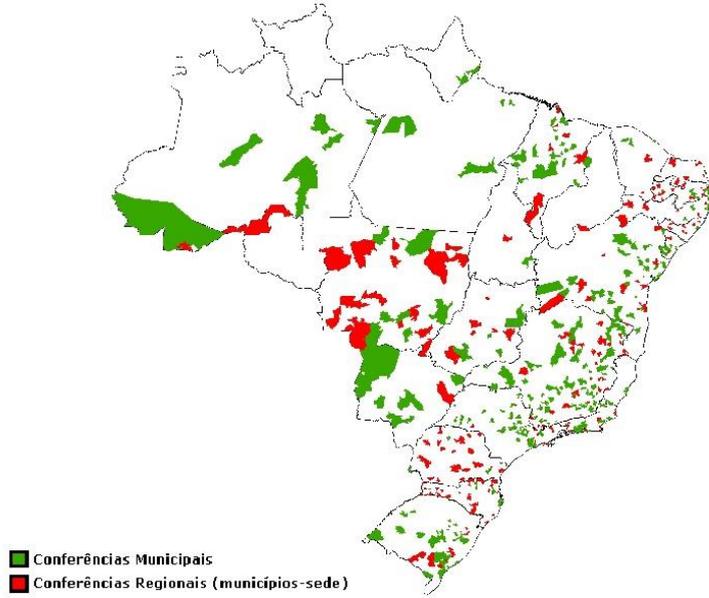
20,21 e 22/05 – Conferência do Rio Grande do Sul

22/05 – Plenária de São Paulo, convocada pelo Conselho Estadual de Saúde

24, 25 e 26/05 – Conferência da Bahia

11, 12 e 13/06 – Conferência do Rio de Janeiro

Mapa das Conferências municipais e regionais



**ANEXO J – AS CONTRIBUIÇÕES À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:
TESES DA ABRASME⁴²**



⁴² As Contribuições a Política Nacional de Saúde Mental: Teses da ABRASME seguem como anexo 10 em CD-ROM no texto físico e pode ser acessado através do link: < http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=642 >. Acesso em 12/08/2018.



DIRETORIA

Diretoria da Abrasme para o período 2013- 2015

Presidente: Paulo Amarante (RJ)

Vice-Presidente: Walter Ferreira de Oliveira (SC)

1º. Secretário: José Setemberg Rabelo (AM)

2º. Secretário: Fabio Belloni (SP)

1º. Tesoureiro: Fernando Ferreira Pinto de Freitas (RJ)

2º. Tesoureiro: Leonardo Penafiel Pinho (SP)

O QUE É A ABRASME ?

A ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental, é uma organização não governamental, fundada em 2007. Está localizada em Florianópolis e já possui filiais em mais de 10 estados do Brasil, estando já constituindo filiais em todos os outros estados. Dentre suas principais finalidades estão o apoio na articulação entre centros de treinamento, ensino, pesquisa e serviços de saúde mental; o fortalecimento das entidades-membro e a ampliação do diálogo entre as comunidades técnica e científica e destas com serviços de saúde e organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil.

A ABRASME realizou quatro congressos nacionais (Florianópolis em 2008, Rio de Janeiro em 2010, Fortaleza em 2012 e Manaus em 2014) com milhares de participantes nacionais e internacionais e o 1º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental em 2013 em São Paulo. É uma entidade que congrega milhares de ativistas como usuários e familiares, militantes de movimentos sociais do campo dos Direitos Humanos, profissionais de saúde de várias disciplinas: médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais dentre outros.



CONTRIBUIÇÕES A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

TESES DA ABRASME

Com as teses que aqui serão apresentadas, a diretoria da ABRASME vem a público se posicionar frente a um conjunto de questões que considera cruciais na conjuntura atual da assistência psiquiátrica e da atenção psicossocial no país. O seu conteúdo é polêmico, pela natureza das questões abordadas. Ou seja, seu conteúdo não deve ser tomado como uma argumentação dogmática, como verdades já estabelecidas e que, assim sendo, deveriam ser aceitas e seguidas; por serem assuntos polêmicos, é no debate que seu sentido pode vir a ganhar corporeidade e produzir efeitos construtivos.

Três temáticas serão examinadas criticamente e serão circunstância oportuna para formulação de propostas de ação política. A primeira diz respeito às tarefas difíceis de serem executadas para que a continuidade e o aprofundamento do processo de reforma psiquiátrica em nosso país ocorram. A outra é a problemática crucial que hoje as sociedades em geral, e em particular a sociedade brasileira, enfrentam no campo da saúde mental: a medicalização do sofrimento psíquico. E por fim, trata-se dos desafios do associativismo neste momento histórico em que estar juntos para agir politicamente é sistematicamente desacreditado pelas classes dominantes e seus intelectuais orgânicos.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

TESES DA ABRASME

Apesar de muitos avanços no campo da desinstitucionalização, da criação de novos equipamentos de atenção psicossocial e de um amplo movimento social, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro tem demonstrado uma série de problemas e obstáculos que vêm de longa data e que precisam ser conhecidos e revisados.

Um primeiro aspecto se deve ao fato de que a noção de Reforma Psiquiátrica ficou reduzida à reforma de serviços, reforma administrativa ou “reorientação” do modelo assistencial psiquiátrico, como definido na conhecida Declaração de Caracas e plenamente acatado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Em decorrência desta postura o processo de reforma tem sido praticamente dedicado à extinção de parte da oferta de leitos manicomialis com a conseqüente abertura de serviços de atenção psicossocial: CAPS em sua grande maioria.

Seria necessário assumir uma posição mais efetiva e firme de que o processo de Reforma Psiquiátrica deve começar com uma crítica epistemológica ao modelo teórico-conceitual da psiquiatria. Seu modo de conhecimento é ainda dominado predominantemente pela perspectiva biologicista, desde meados do século XIX, até a psiquiatria atual – fundada em supostos desequilíbrios químicos no cérebro, fornecendo fundamentos às categorias de diagnóstico arbitrariamente construídas a cada revisão do DSM e CID.

Sem a crítica aos conceitos de transtorno ou desordem mental, assim como o de reabilitação psicossocial, dentre tantos outros, as práticas pretensamente inovadoras dos CAPS e outros equipamentos de Atenção Psicossocial têm permanecido fortemente orientadas pelo paradigma redutor e medicalizante da biomedicina. Constata-se nos CAPS uma excessiva centralização no trabalho do médico e no uso excessivo e desmedido de medicamentos; por outro lado, constata-se um trabalho altamente centrado nos próprios recursos internos ao serviço, e muito pouco no âmbito do território, da família, da cidade; observa-se ainda uma atuação muito tímida nas iniciativas libertárias e indutoras de autonomia que são as iniciativas culturais, de economia solidária de esporte e lazer.

É importante destacar que a RAPS classifica essas atividades como partes da Reabilitação Psicossocial, reduzindo-as a meras ferramentas auxiliares e não como sendo elas próprias iniciativas potentes, de reconhecimento social e político, de autonomia e emancipação.

Como consequência dessa forma de entendimento e abordagem da Reforma Psiquiátrica, a ênfase dada nos programas de formação apoiados pelo Ministério da Saúde tem sido a de capacitação e treinamento, em que as portarias e textos oficiais dão a tônica das referências bibliográficas. Aos profissionais em formação não são apresentados os pressupostos históricos e conceituais da Reforma Psiquiátrica, o que possibilitaria melhor compreender as razões do processo e os objetivos de ruptura e inovação que devem orientar suas práxis.

Por outro lado, houve um visível esvaziamento do processo de participação social, elemento estratégico e fundamental não apenas no âmbito da Reforma Psiquiátrica, mas do SUS e da Reforma Sanitária. Os Conselhos têm sido esvaziados por perderem cada vez mais sua

capacidade resolutiva e deliberativa. As Conferências têm sido convocadas como meras formalidades, uma vez que suas decisões e encaminhamentos são desprezados, como é emblemática a desconsideração ao veto às Comunidades Terapêuticas na plenária final da XIV Conferência Nacional de Saúde e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, veto este sistematicamente ignorado pelo Governo Federal que ostensivamente trabalhou a favor da regulamentação das CT's.

Atualmente há nítida resistência para convocar a V Conferência Nacional de Saúde Mental. No 4º Congresso Brasileiro de Saúde Mental em Manaus (setembro 2014), a Abrasme lançou a campanha pela convocação da V CNSM imediatamente. A Abrasme defende que seja uma conferência Intersetorial, mas que composta por representantes dos vários segmentos da sociedade que compõem a intersectorialidade (movimentos de Direitos Humanos, educação, cultura, diversidade cultural, população de rua etc.), e não apenas com a intersectorialidade de representantes do Estado - como ocorreu na IV CSM-I.

A Comissão Intersetorial de Saúde Mental, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, também não tem sido convocada regularmente. As decisões no campo da saúde mental são formadas à completa revelia da Comissão.

Na primeira gestão do governo Lula não houve convocação da Conferência Nacional de Saúde Mental ao mesmo tempo em que foi realizado o Congresso Nacional de CAPS. O Congresso de CAPS, seria uma mensagem ambígua se não fosse um indício do que estaria por vir: enquanto a política nacional falava em território, rede, mais transdisciplinaridade, intersectorialidade, participação e controle social, o Congresso de CAPS revelava uma opção por uma modalidade de serviço, deixando de fora todos os demais componentes da rede, toda a noção de territorialidade e a participação social. Além dos profissionais dos CAPS, foram selecionados apenas alguns familiares e usuários, e inexpressiva participação dos segmentos sociais importantes para o processo da Reforma Psiquiátrica (Ministério Público, Defensoria, Sindicatos, entidades e movimentos sociais). Enfim, mais que uma mensagem ambígua, com a não convocação da CNSM, estava sendo feita uma opção política. Foi a primeira vez que um evento público de saúde excluiu o princípio da participação paritária tal como escrito nas Leis que regulamentam o SUS.

Um outro aspecto importante é a retomada da diretriz da reforma psiquiátrica antimanicomial com uma desmontagem progressiva dos hospitais psiquiátricos e a consolidação simultânea da rede substitutiva de serviços e dispositivos de atenção psicossocial (CAPS, NAPS, CECCOS, Unidades de Acolhimento, CERSAM, Residências etc.) e projetos educacionais, esportivos, de lazer, culturais, de economia solidária e de geração de renda. É necessário que seja estabelecido um cronograma de desmontagem e reconversão dos recursos manicomiais em recursos e dispositivos territoriais e comunitários.

Isso se faz importante fundamentalmente no âmbito do cuidado e da atenção às pessoas com dependência química, onde a rede carece agudamente de recursos substitutivos, como os CAPS-ad, os consultórios na rua, as unidades de acolhimento, os projetos culturais, de trabalho, esporte, lazer, etc. A ausência de investimento público neste setor está favorecendo visivelmente a proliferação de comunidades terapêuticas, espécie de “novos manicômios” que, principalmente por seu caráter manicomial são extremamente nocivos, perversos e violadores dos Direitos Humanos das pessoas nela internadas.

PROPOSTAS POLÍTICAS:

TESES DA ABRASME

- Contra a regulamentação e o financiamento público das comunidades terapêuticas;
- Pelo funcionamento regular e a valorização da comissão Intersetorial de saúde mental;
- Pela continuidade do processo de desmontagem das estruturas hospitalares psiquiátricas, com a consequente construção de uma verdadeira rede de atenção psicossocial que inclua o estímulo e o apoio às iniciativas culturais, de geração de renda, inclusão pelo trabalho e economia solidária e outras iniciativas sociais no âmbito da reforma psiquiátrica;
- Pela imediata convocação da V Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

TESES DA ABRASME

A medicalização do nosso cotidiano é certamente uma das questões centrais que desafiam a saúde pública no campo da saúde mental. Com a Reforma Psiquiátrica temos conseguido fechar manicômios, garantir que a assistência psiquiátrica possa ser realizada no território, ampliar os direitos dos usuários dos serviços – não apenas enquanto direitos do consumidor, mas enquanto direitos humanos. Não obstante os indiscutíveis avanços, temos fracassado em impedir que seja cada vez maior o número de cidadãos diagnosticados com alguma enfermidade mental, assim como que a prescrição de drogas psiquiátricas deixe de ser a modalidade de tratamento dominante na assistência. Consequentemente, ao estarem as práticas assistenciais predominantemente subordinadas à abordagem da psiquiatria organicista, são sistematicamente anulados os bons resultados alcançáveis pelas abordagens psicossociais. É imprescindível que os profissionais de saúde e a população em geral tomem conhecimento do quanto essa psiquiatria xreducionista carece de evidências científicas que justifiquem as suas práticas.

(1) Existem muitas evidências científicas que permitem que seja afirmado que não há causas biológicas conhecidas para a maioria dos transtornos psiquiátricos hoje diagnosticados. Uma revisão cuidadosa do que vem sendo publicado há décadas nos principais periódicos científicos internacionais sugere fortemente tal afirmação. Salvo em parte a demência e alguns raros transtornos cromossômicos, não há evidências sólidas que permitam fundamentar biologicamente que esse ou aquele transtorno psíquico se deva a essa ou a aquela causa biológica. Com efeito, não há nenhum teste biológico - como testes sanguíneos ou escaneamentos do cérebro - que possam ser usados para fornecer dados objetivos independentes, e que deem suporte à grande maioria dos diagnósticos psiquiátricos.

(2) No entanto, as drogas psiquiátricas são prescritas com base no argumento de que curam um 'desequilíbrio químico'. Nenhum desequilíbrio químico foi provado como tendo de fato uma relação com nenhum transtorno psíquico. Não há tampouco qualquer método disponível para testar a presença ou a ausência desses supostos desequilíbrios químicos.

(3) Os manuais de diagnóstico psiquiátrico - tais como o DSM e o CID (capítulo 5) - não são produtos de ciência objetiva, como é o suposto,

mas sim produtos de uma cultura. A literatura disponível sobre os bastidores de como as versões do DSM são aprovadas é rica de evidências a respeito. Por conseguinte, a validade e utilidade clínica desses Manuais de diagnóstico são altamente questionáveis; ainda que a sua influência tenha contribuído para uma medicalização extensiva da experiência humana.

(4) Como outras substâncias que afetam a química do cérebro, como é o caso particularmente das drogas ilícitas que são comercializadas ilegalmente e são objeto de um gigantesco aparato repressivo do Estado, as drogas psiquiátricas igualmente produzem estados alterados em quem as consome. Elas não “curam” doenças. E seus mecanismos de ação ainda são pouco apropriadamente conhecidos e administrados.

(5) Os efeitos imediatos em curto-prazo que são alcançáveis com a prescrição de drogas psiquiátricas, e que costumam ser objeto exclusivo das pesquisas patrocinadas pelos grandes laboratórios da indústria farmacêutica, não são os mesmos quando são procurados os efeitos produzidos com o seu uso em médio e longo prazos. A indústria farmacêutica não está interessada em divulgar os resultados dos seus produtos quando usados por um longo período - como é o consumo habitual. Quer dizer, há pouca pesquisa sobre os resultados em longo prazo de pessoas que estão tomando drogas psiquiátricas. Os estudos disponíveis sugerem que todas as classes de drogas psiquiátricas acrescentam poucos benefícios em longo prazo, e que para uma parcela significativa dos pacientes o uso as usam pode levar à piora significativa dos resultados.

(6) Os efeitos negativos, que são chamados de efeitos colaterais, muito pouco são informados; por meio das bulas que acompanham as drogas, mas também na fala de quem as prescreve, e seus consumidores pouco conhecem sobre os prós e os contra do seu uso. Nas bulas, o que há é a descrição dos efeitos negativos constatados por ocasião da aprovação da droga pela Agência Regulamentadora (FDA, nos Estados Unidos, ANVISA, no Brasil). Os efeitos negativos que aparecem ao longo do período da sua comercialização não são apresentados nas bulas; muito menos ainda quando a droga passa a ser comercializada por um laboratório de genéricos. E o clínico, aquele que prescreve, em geral não tem o cuidado de discutir com o seu paciente os diversos e possíveis efeitos que a sua droga prescrita produz. Os estudos hoje disponíveis sugerem que a grande maioria das drogas psiquiátricas acrescentam poucos benefícios em longo prazo, e para uma parcela significativa dos pacientes as drogas

podem levar à piora significativa dos resultados (pelo menos, em longo prazo).

(7) E os efeitos negativos em geral são permanentes no sistema nervoso central, particularmente quando tomados por um longo período – meses, e em geral anos. O que pode levar a dificuldades físicas, emocionais e cognitivas irreversíveis.

(8) Além dos efeitos colaterais imediatos, percebíveis obviamente quando pesquisas de duplo cego as comparam com placebos, as drogas psiquiátricas podem ter efeitos que incluem distúrbio mental, suicídio, violência; e sintomas de abstinência. Esses efeitos costumam ser mal diagnosticados como se fossem fenômenos puramente psiquiátricos (produzidos pela suposta ‘doença mental’ diagnosticada), para os quais drogas adicionais costumam ser prescritas, algumas vezes levando ao uso por longo prazo de múltiplas e diferentes drogas pela mesma pessoa.

(9) Como qualquer droga psicoativa, a tendência é que após um prolongado uso o seu usuário dependa da sua química para poder existir ‘normalmente’. A retirada da droga psiquiátrica pode ser incapacitante, ao causar um conjunto de efeitos físicos e psicológicos que podem durar meses senão anos. Não são poucos casos, que o suicídio seja a solução final.

Essas evidências iatrogênicas do que esse modelo de assistência psiquiátrica produz ganha um conteúdo muito especial em nosso país. A realidade da assistência em saúde mental no Brasil está fortemente subordinada à lógica do mercado no campo da saúde. O processo globalizado de medicalização do cotidiano encontra aqui entre os mais de 200 milhões brasileiros todos os tipos de novos consumidores em potencial, como as crianças, os adolescentes e os jovens, os idosos, passando pelos sem teto, os dependentes de álcool e drogas ilegais, os presos, etc. Antigos diagnósticos, como a melancolia ou a neurastenia têm ou murchado ou passaram a ganhar uma dimensão jamais vista - como no caso da depressão e transtorno bipolar. Condições que até então eram desconhecidas ou marginais vêm surgindo como problemas de saúde mental, portanto a serem tratadas como enfermidades. Tradicionais comportamentos infantis e da adolescência que sempre incomodaram a educadores, políticos e pais, e claro aos médicos, hoje são classificados como sintomas de uma patologia mental e com o diagnóstico de ‘transtorno de hiperatividade e déficit de atenção’. Nos anos recentes novos diagnósticos vêm surgindo, tais como ‘transtorno de ansiedade social’, ‘transtorno disfórico menstrual’, ‘desejo sexual

hiperativo', 'transtorno de déficit de atenção e hiperatividade no adulto' e 'transtorno bipolar na infância', por exemplo. Estamos chegando à situação em que as pessoas podem ser diagnosticadas e tratadas sob a justificativa de haver alguma possibilidade de que no futuro venham a desenvolver um determinado transtorno mental.

Não obstante os sucessivos escândalos acerca da comercialização de medicamentos para fins não indicados na bula e da supressão de dados sobre efeitos colaterais, a indústria farmacêutica continua a promover suas drogas psiquiátricas para uma parcela cada vez maior da população, usando vagas noções acerca de desequilíbrios químicos, sem suporte científico consistente. O mito do desequilíbrio químico que hoje fundamenta a psiquiatria biológica é amplamente ensinado nas Universidades, é reforçado junto aos profissionais de saúde mental via a supervisão e consultorias, é objeto privilegiado para financiamento de pesquisas e publicação de artigos em periódicos científicos.

Sendo verdadeiro que a medicalização do cotidiano sustentada pela inflação de diagnósticos psiquiátricos e a maciça prescrição de drogas psiquiátricas é um fenômeno que hoje ocorre na maioria das sociedades, não é menos verdadeiro que a globalização do mercado de enfermidades mentais tem em países como o nosso um enorme potencial para a ampliação do mercado. Quer dizer, o novo 'movimento global de saúde mental' não poupa esforços para expandir a sua agenda de saúde mental para os países do chamado capitalismo periférico, em um projeto neocolonial de vencer as resistências locais e estender as categorias de diagnóstico e as intervenções farmacêuticas criadas junto à nossa população. Para que propostas políticas de austeridade neoliberal sejam melhor viabilizadas, tais propostas vêm acompanhadas por noções de psicologia positiva de resiliência e recuperação, em um movimento em direção a modelos baseados em supostos pontos fortes que são deliberadamente cegos para o impacto dos processos e práticas reprodutores de desigualdades estruturais. Os impactos da violência, da negligência, da vulnerabilidade a quem estão expostos diferentes grupos sociais, são convertidos em condições médicas. Ao invés de se investir na diminuição das desigualdades sociais e seus impactos na vida da maioria da população, prefere-se investir na ampliação do mercado da saúde.

Tem havido alguns contratempos, contudo. A criação da última revisão do DSM vem atraindo uma tempestade de protestos do público e de grupos profissionais. Como tem sido as campanhas anti-DSM-5 e

petições, ou o blog crítico do chefe do coordenador da força-tarefa do DSM-IV, o psiquiatra Allen Frances, senão a resposta crítica contundente feita pela Sociedade Inglesa de Psicologia.

Vivemos sem dúvida em uma época em que sentimentos de miséria, estresse, confusão e medo são provavelmente entendidos como condições que requerem intervenções do tipo médico. A busca por drogas psicoativas vendidas em farmácias não é uma novidade. As pessoas sempre procuraram por pílulas mágicas para as curar de algum mal-estar na alma. Mas igualmente há uma forte tradição de se procurar pelas origens do sofrimento nas condições da existência, e de entender os signos de desespero e devaneios de loucura como um comentário sobre os fracassos da sociedade que os promoveu. O que significa que os psiquiatras, os psicólogos, os enfermeiros, os terapeutas ocupacionais, os assistentes sociais, todos passem a ter mais informação, mais conhecimento e treinamento, sobre o que as drogas induzem nas pessoas, que mudanças ocorrem no modo das pessoas pensarem, sentirem e agirem. Porque em parte essas mudanças provocadas pelas drogas são mudanças significativas nas vidas das pessoas. Especialmente, porque ao serem tomadas por um longo-período de tempo, o impacto da sua retirada na vida de seus consumidores é algo muito delicado e complexo.

PROPOSTAS POLÍTICAS:

TESES DA ABRASME

- Que se tenha uma política de Saúde Mental que afirme os recursos socioculturais disponíveis em nossa sociedade;
- Que sejam criados programas de desmedicalização psiquiátrica nos CAPS e demais serviços e dispositivos de atenção psicossocial;
- Que a ANVISA exija que os efeitos negativos (colaterais) evidenciados após a aprovação do medicamento sejam explicitados nas bulas dos medicamentos psiquiátricos;
- Que seja equacionada e regulada a relação da indústria farmacêutica com a formação e a atualização médica, seja com o financiamento de cursos e material didático, seja com revistas científicas, congressos e pesquisas;
- Que o conjunto das pesquisas realizadas para a aprovação dos remédios e submetidas à ANVISA seja disponibilizado aos pesquisadores que solicitarem formalmente o acesso aos seus dados;
- Que a indústria farmacêutica contribua obrigatoriamente com o Fundo Nacional de Ciência e Tecnologia e não seja permitido o financiamento direto a centros de pesquisa, principalmente públicos;
- Que os financiamentos dos órgãos do Estado sejam direcionados à investigação das abordagens psicossociais para o tratamento dos chamados transtornos psíquicos.

O ASSOCIATIVISMO CONTRA A REAÇÃO CONSERVADORA

TESES DA ABRASME

O Brasil assiste uma crescente reação conservadora, evidenciada pela ampliação da bancada fundamentalista e da bala, e com manifestações populares reivindicando a volta da Ditadura, ovacionando a Polícia Militar e a defesa de ideias que enfraquecem as instituições democráticas.

O Brasil assiste uma crescente reação conservadora, evidenciada pela ampliação da bancada fundamentalista e da bala , e com manifestações populares reivindicando a volta da Ditadura, ovacionando a Polícia Militar e a defesa de ideias que enfraquecem as instituições democráticas.

A reação conservadora também se manifesta de forma difusa na sociedade, através dos ataques aos direitos sociais e às políticas públicas voltadas aos mais pobres e conquistadas nas últimas décadas em nosso país. Atualmente, temos visto por diversos meios de comunicação e por discursos de setores expressivos da sociedade, a defesa que o problema da violência urbana deva ser respondido com mais cadeias, mais violência institucional, e com o encarceramento em massa de crianças, adolescentes e jovens, através da *Redução da Maioridade Penal*.

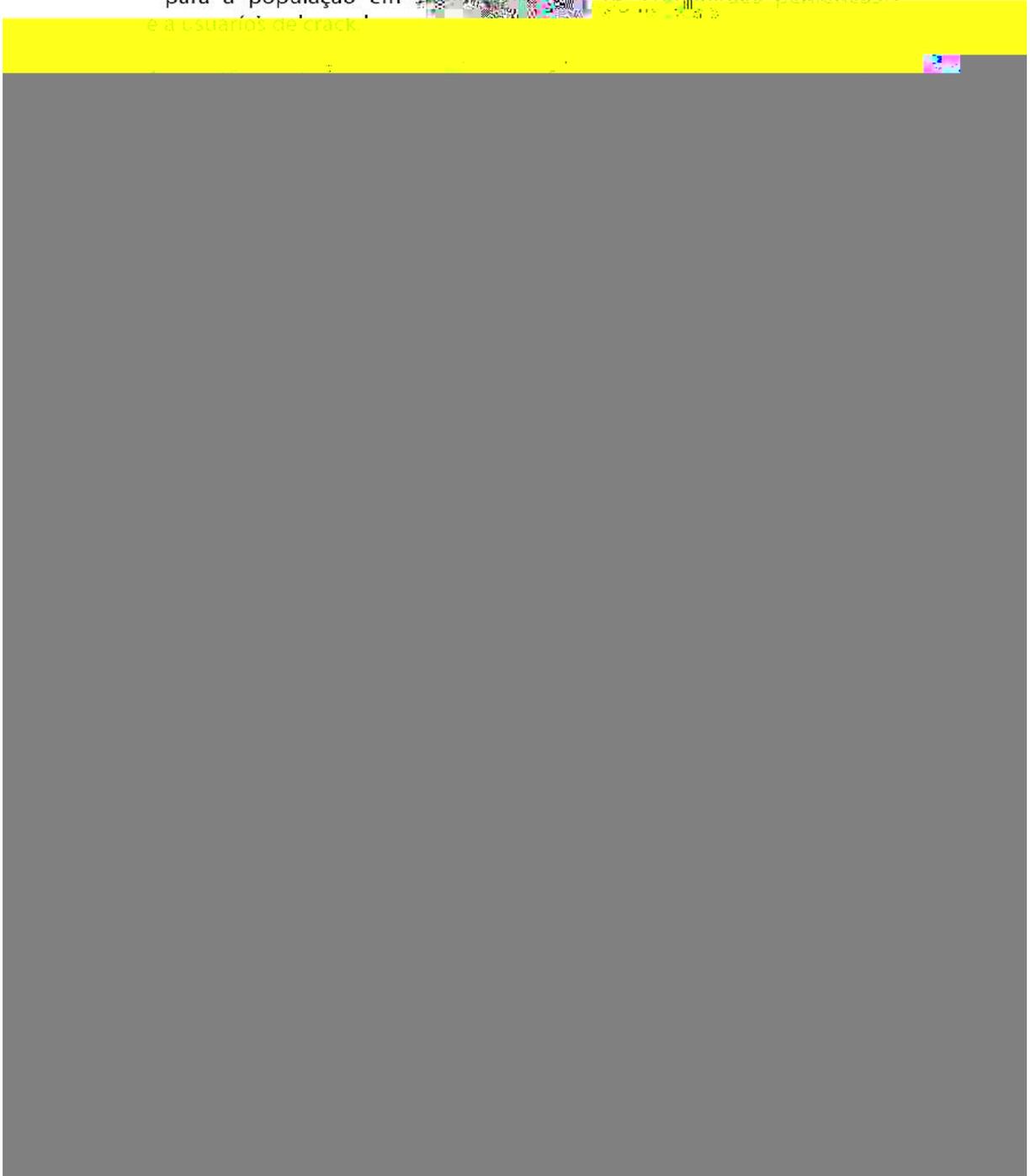
Importante se salientar que a reação conservadora não é resultado apenas do atual momento, onde um conjunto de forças sociais, políticas e econômicas se organizam, mas sim de um processo complexo onde concessões, alianças por governabilidade, falta de disputa de valores no conjunto do tecido social, e diminuição do protagonismo social e político dos setores populares, deram a possibilidade para o acúmulo de forças dos setores mais conservadores da sociedade.

A saúde, que conseguiu uma das maiores conquistas de direitos de cidadania em nosso país, que é a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição de 1988, vem pouco a pouco sendo cercada pelos interesses privados. A não regulamentação da emenda 29, a derrubada da CPMF e a abertura crescente das possibilidades de gerir os equipamentos do SUS por instituições privadas, combinam o problema crônico de financiamento com a imposição por dentro de um modelo gerencial contrário ao público.

Mais recentemente  norobôs, preconceituosos e elitistas, ao *Mais Médicos*, realizados pelos setores conservadores e amplificados

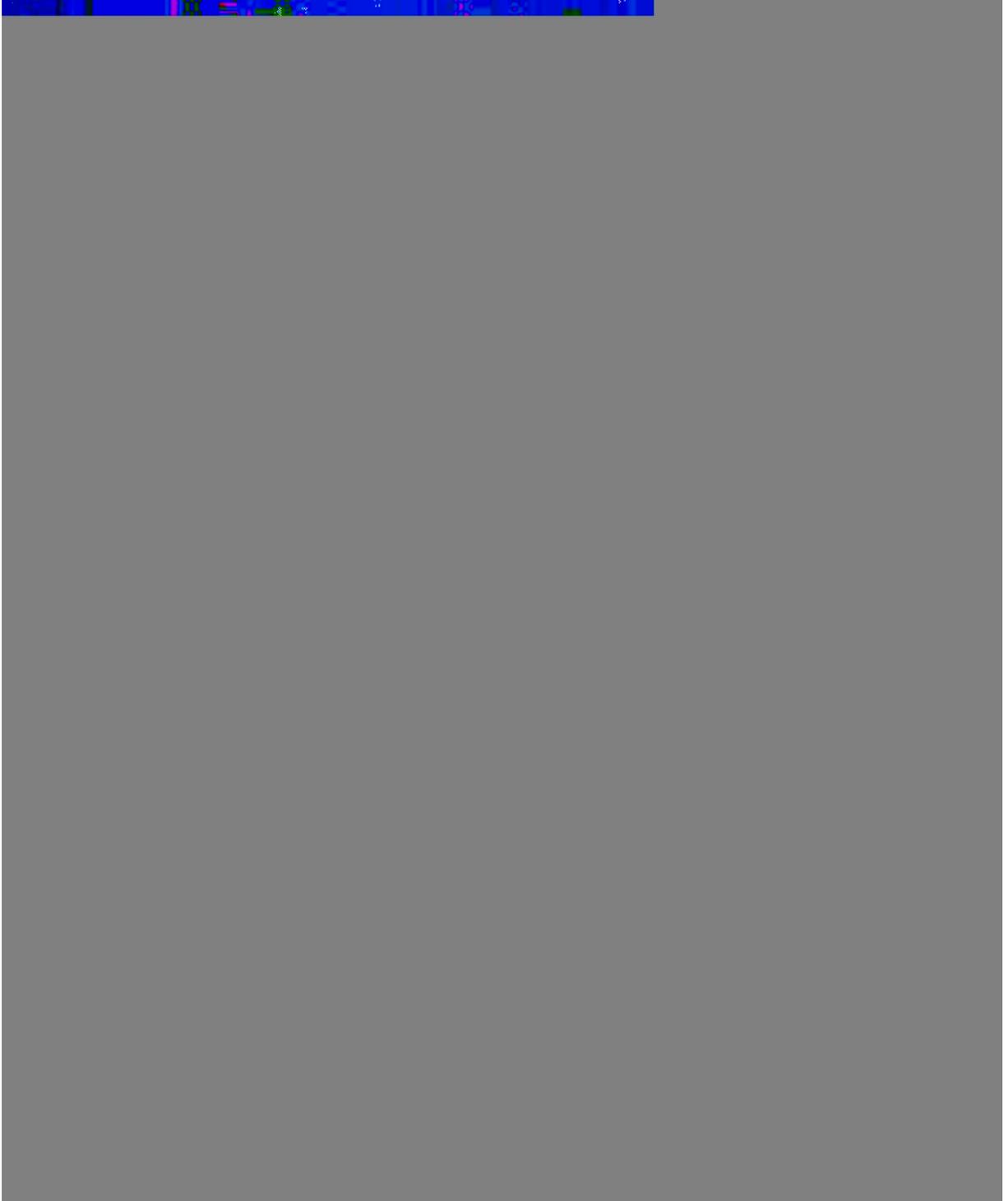
de natureza manicomial para problemas sociais, e principalmente com um retorno às soluções manicomiais para se lidar com problemas sociais; como é o discurso da centralidade da internação compulsória, ou as respostas de projetos e políticas de higienização social (gentrificação) para a população em situação de rua de comunidades periféricas

e a Estuários de Crack



Na saúde isso também foi sentido

seu-se gestão.



pesquisadoras, familiares e usuários, que organizados em diversas associações e movimentos lutaram contra a ausência do Direito a Saúde para amplas parcelas da população, contra os Hospitais Psiquiátricos e contra a ausência de protagonismo dos usuários, na construção e elaboração das políticas públicas de saúde.

No final da década de 70, em meio à efervescência social e política contra a Ditadura, onde os metalúrgicos do ABC faziam suas primeiras greves, o movimento contra a carestia da vida, ganhava os bairros das periferias do país, as *Comunidades Eclesiais de Base* faziam seu trabalho de base, a luta camponesa ganhava visibilidade, surgindo

dos Trabalhadores Sem Terra, o Movimento Sanitário e o Movimento do

Diversos estudos e a praxis cotidiana mostram a importância da vida associativa para a democracia e para dar voz aos desfavorecidos em função das condições desiguais de distribuição de dinheiro e poder. Viver com o apoio de outras pessoas, com objetivos comuns, e em espaços coletivos (associativos) promove significativa proteção para os associados. Ressaltam sua potencialidade criativa e criadora, conferindo

Nesse sentido, diante da Reação Conservadora assistido na atual conjuntura a ABRASME entende que é necessário lançarmos um grande chamado nacional para todos os militantes, entidades, frentes, movimentos, usuários, trabalhadoras e familiares para voltarmos a fortalecer o ASSOCIATIVISMO, através do engajamento nas entidades já existentes, na fundação e articulação de associações que possam de forma dialética ter movimentos de negação (contra os retrocessos) e de afirmação (por mais direitos sociais, políticos e econômicos).

Reorganizar nossas associações, fortalecer sua gestão, ampliar seus associados, fundar novas para lutar pelos direitos de cidadania dos usuários: de Esporte, de Moradia, de Transporte, de Trabalho e de Cultura - elementos fundamentais para reorganizar a base social antimanicomial, para enfrentar as batalhas que se avizinham e que apontam por uma reação conservadora que irá pegar em cheio as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

A ABRASME assim em seu 2º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, visando fortalecer nosso Associativismo Antimanicomial, chama a todas (os) à uma reflexão. Não chegou a hora de superarmos as divisões em nosso campo? Não chegou a hora de nos reunificarmos? Não chegou a hora de organizar as associações, coletivos, grupos que surgiram no último período através da arte, cultura, esporte, lazer, convivência, trabalho e economia solidária?

Nesse sentido, a ABRASME entende que é necessário formarmos um *Frente Nacional Antimanicomial* que possa ser um instrumento de unificação de forças e pautas para lutar contra a Reação Conservadora, por Democracia, e manter e fortalecer o SUS e a Reforma Psiquiátrica. Afirmando o protagonismo social e político COLETIVO para termos mais Direitos de Cidadania.

PROPOSTAS POLÍTICAS:

TESES DA ABRASME

- Fortalecer o SUS;
- Reunificar as forças e pautas progressistas no campo da saúde mental;
- Reorganizar nossas associações, fortalecer sua gestão, ampliar seus associados, fundar novas para lutar pelos direitos de cidadania dos usuários;
- Formar a Frente Nacional Antimanicomial.

