

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



**MÓDULO VI: ESTRUTURAÇÃO DO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DO SUS**



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) Mozart Júlio Tabosa Sales

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) Mônica Sampaio de Carvalho

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Lúcia Nazareth Amante

Subchefe do Departamento Jane Cristina Anders

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes

Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Shubert Backes

Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante

Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORES

Maria Terezinha Zeferino

Jonas Salomão Spricigo

Lucilene Cardoso

Zeyne Alves Pires Scherer

Felipe Faria Brognoli.

Jeferson Rodrigues

REVISÃO TÉCNICA

Maria Gabriela Curubeto Godoy

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M6 - Estruturação do Campo da Atenção Psicossocial no Contexto da Reforma Psiquiátrica e do SUS

Z41c ZEFERINO, Maria Terezinha

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Estruturação do campo da atenção psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica e do SUS / Maria Terezinha Zeferino; Jonas Salomão Spricigo; Lucilene Cardoso; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

82 p.

ISBN: 978-85-88612-66-2

1. Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Atenção Psicossocial.

CDU – 616-083:616.89

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Eliane Rodrigues Mota Orelo, Margareth Silveira

Revisão Textual Deise Joelen Tarouco de Freitas

Coordenação de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

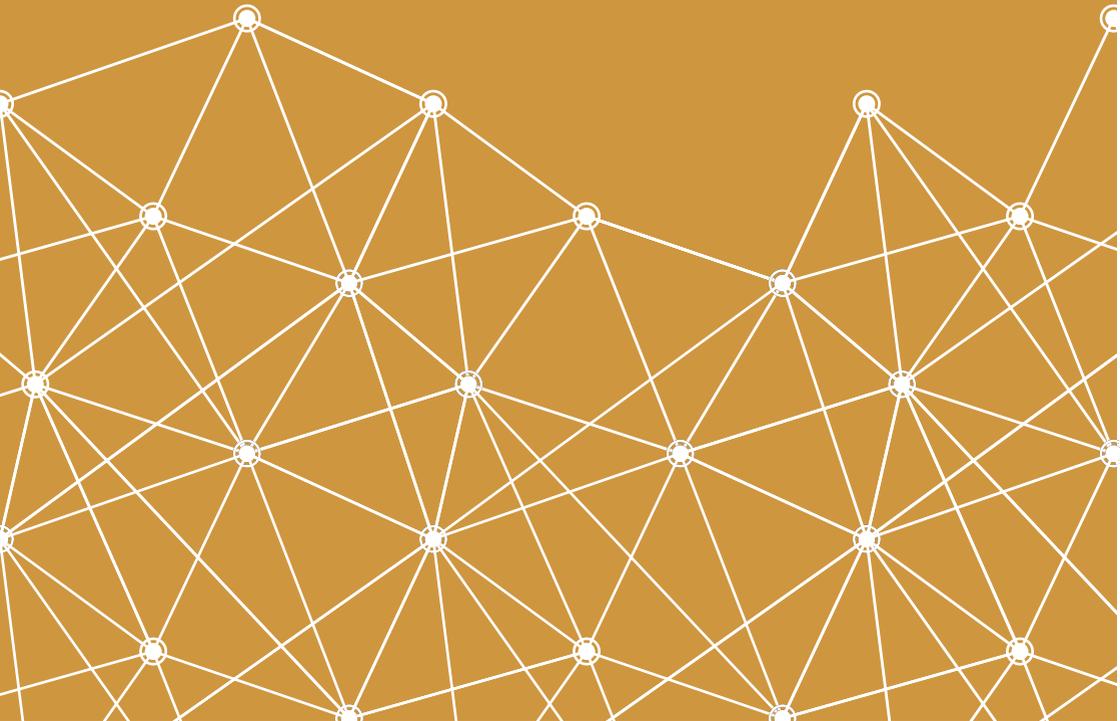
Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO VI

ESTRUTURAÇÃO DO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DO SUS



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DO AUTOR

Caro aluno,

É um prazer recebê-lo para o Módulo VI – Estruturação do Campo da Atenção Psicossocial no Contexto da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

Ao longo das próximas páginas apresentaremos, resumidamente, um recorte sobre a Estruturação do Campo da Atenção Psicossocial no Contexto da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Desenvolveremos os conteúdos como a Reforma Psiquiátrica no Brasil: histórico e diretrizes, Política e Legislação de Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas; Atenção psicossocial e comunitária.

Discorreremos sobre temas atuais como o empoderamento de usuários e familiares para a participação na construção das políticas, na gestão e na clínica. Abordaremos a relação dos movimentos sociais com a participação de usuários, familiares e trabalhadores. Concluiremos com a apresentação do Controle Social e Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde Mental.

Lembramos, mais uma vez, que não pretendemos apresentar tudo o que há sobre esses assuntos, pelo fato de o campo ser complexo, sendo difícil abordá-lo no espaço de que dispomos.

Seja bem-vindo e bons estudos!

Maria Terezinha Zeferino, Dra.
Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Lucilene Cardoso, Dra.
Zeyne Alves Pires Scherer, Dra.
Felipe Faria Brognoli, Msc.
Jeferson Rodrigues, Dr.

Vá ao povo, viva com ele, aprenda com ele, ame-o! Comece com o que ele sabe, construa sobre o que ele tem. (Provérbio chinês)

OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo, você será capaz de refletir sobre o processo da estruturação do campo da atenção psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica e do SUS para ampliar saberes e fazeres no trabalho em Rede.

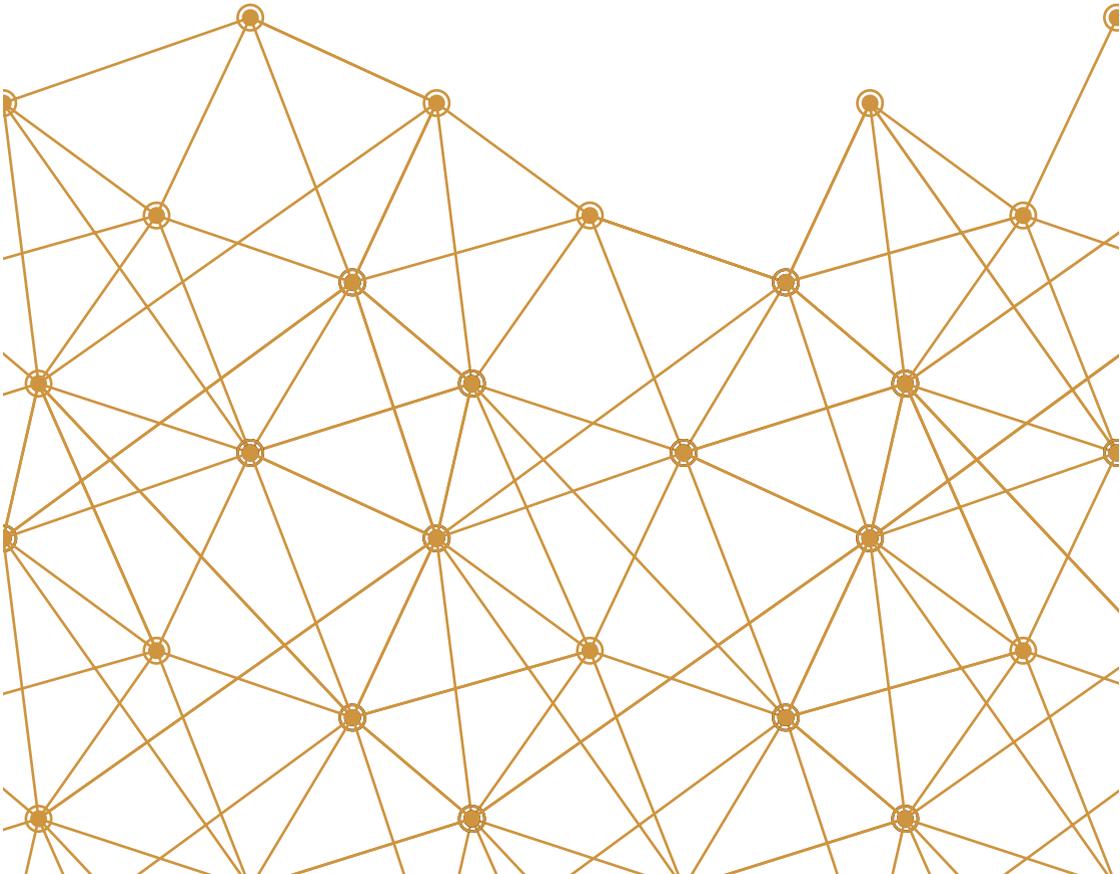
CARGA HORÁRIA

45 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 — REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	9
1.1 Introdução.....	9
1.2 Reforma Psiquiátrica: Histórico e Diretrizes.....	10
1.2.1 A Constituição Histórica da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	10
1.2.2 As diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	21
1.2.3 Política de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.....	25
1.2.4 Política e Legislação Sobre Álcool e Outras Drogas.....	33
1.2.5 Atenção Psicossocial e Comunitária.....	44
1.3 Resumo.....	47
1.4 Fechamento.....	48
1.5 Recomendação de Leitura Obrigatória.....	49
1.6 Recomendação de Leitura Complementar.....	49
UNIDADE 2 — CONTROLE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	51
2.1 Introdução.....	51
2.2 Empoderamento de Usuários e Familiares para a Participação na Construção das Políticas, na Gestão e na Clínica.....	51
2.2.1 Implicações do empoderamento e Enfermagem.....	56
2.3 Movimentos Sociais: Participação de Usuários, Familiares e Trabalhadores.....	58
2.3.1 As Origens do Movimento Antimanicomial.....	59
2.4 Controle social e conselhos de saúde.....	64
2.5 Conferências de Saúde Mental.....	67
2.6 Resumo.....	71
2.7 Fechamento.....	72
2.8 Recomendação de Leitura Complementar.....	72
ENCERRAMENTO DO MÓDULO.....	73
REFERÊNCIAS.....	74
MINICURRÍCULO DO(S) AUTOR(ES).....	79

UNIDADE 1



Unidade 1 – Reforma Psiquiátrica no Brasil

Ao final desta unidade, você compreenderá as relativas transformações do processo histórico da atenção psicossocial.

1.1 Introdução

O Brasil vem passando por um profundo processo de reestruturação da atenção em Saúde Mental desde o final dos anos 70, do século passado. Com relação aos acontecimentos que compõem esse processo, as pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico e seus familiares passaram a ter outras oportunidades e perspectivas para suas vidas, assim como os profissionais que atuam na área e os gestores da rede de saúde pública.

Por isso, podemos nos referir a mudanças em profundidade, uma vez que não se trata apenas da criação de tipos diferentes de serviços, mas do enraizamento de novas concepções sobre o sofrimento humano e dos modos de acolher e tratar as pessoas com sofrimento psíquico. Podemos considerar, portanto, que o alcance dessas mudanças é muito extenso, uma vez que atinge tanto aqueles cuja vida sempre foi marcada por vulnerabilidades de toda ordem, quanto aqueles que apenas se aproximaram do tema por “ouvir falar” ou que preferem manter, em relação à loucura, um certo distanciamento.

A esse processo vamos chamar de Reforma Psiquiátrica. Esta requer a transformação do conjunto de práticas e saberes que estão ligados ao tema da loucura, do sofrimento psíquico e do transtorno mental.

Nesta unidade, vamos apresentar e tratar das mudanças em curso e dos efeitos que têm produzido na cultura da sociedade brasileira, bem como na rede assistencial existente e na vida concreta de usuários de serviços de saúde mental e seus familiares.

Se a loucura vem sendo associada nos últimos séculos à invalidez e à incapacidade do indivíduo para gerenciar de maneira autônoma a vida cotidiana, o processo em questão – a Reforma Psiquiátrica – pretende desconstruir tais noções, permitindo ao sujeito com um histórico psiquiátrico um lugar novo, a partir da valorização de suas possibilidades.

Observe que, conforme afirmam Delgado et al. (2007, p. 39),

a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais que acontecem no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

1.2 Reforma Psiquiátrica: Histórico e Diretrizes

Você vai conhecer agora um pouco do contexto histórico que marca o surgimento e a constituição da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Também verá as diretrizes que norteiam o desenvolvimento do processo. Vamos lá?

1.2.1 A Constituição Histórica da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A experiência brasileira de reforma psiquiátrica não é a primeira e nem a única no mundo. Pelo contrário, como visto anteriormente, no módulo V, a Reforma é antecedida por outras experiências que ocorreram em diferentes países e momentos históricos e que trouxeram contribuições importantes ao modelo brasileiro. Essas experiências têm em comum, embora com diferentes caminhos, a crítica à instituição psiquiátrica e a necessidade de mudanças na forma de compreensão do fenômeno da loucura e nas proposições de cuidado. Entretanto, alguns elementos são peculiares ao processo brasileiro e imprimiram-lhe características próprias, conforme você verá nesta unidade.

A partir da segunda metade dos anos 1970, o Brasil passa a experimentar algumas mudanças no campo político. Estas exercem influência positiva sobre a organização da sociedade civil e sobre a atuação de novos movimentos sociais. As reivindicações pela redemocratização do país acabam por influenciar iniciativas com a mesma inspiração em diversos setores.

Assim, surge o movimento pela **Reforma Sanitária** no Brasil, que alinha as proposições técnicas relativas às mudanças no campo da saúde coletiva às reivindicações pelo fim da Ditadura Militar e pela abertura do sistema político.

O movimento pela Reforma Sanitária atuou em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde; na defesa dos princípios da saúde coletiva; pelo estabelecimento da igualdade na oferta dos serviços; na defesa da participação dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e de produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Veja que é nesse contexto, a partir de 1978, que teve início o **Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)**, motivado por uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde então responsável pelas políticas de saúde mental (AMARANTE, 1995).

Naquele ano ocorreu uma greve dos profissionais de quatro unidades da DINSAM, no Rio de Janeiro, como forma de protesto contra as condições extremamente precárias de trabalho, o clima de violência contra trabalhadores e pacientes, a insuficiência de funcionários e a escassez de recursos.

As denúncias produzidas acabaram por angariar a solidariedade e o apoio de outras entidades do setor saúde e repercutiram, por meio da imprensa, alcançando, assim, o grande público.

Observe que as reivindicações do MTSM dirigiam-se tanto aos aspectos trabalhistas e **corporativos**¹ quanto aos **assistenciais**².

1 Aumento salarial; regularização da situação trabalhista; ampliação do número de profissionais e a conseqüente adequação da carga de trabalho etc.

2 Melhorias na condição da assistência aos pacientes; críticas aos manicômios como instituições de violência e de cronificação; humanização do tratamento etc.

Segundo Amarante (1995, p. 52), integrante do movimento à época, o nascimento do MTSM tinha por objetivo:

Constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

Aquele período é marcado pela divulgação das denúncias sobre as péssimas condições às quais os pacientes internados em manicômios eram submetidos. O MTSM passa a protagonizar e a publicar essas denúncias, ressaltando a violência promovida nos manicômios; a mercantilização da loucura, principalmente pela oferta de assistência por muitos hospitais da rede privada; a produzir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo que privilegiava o hospital psiquiátrico como recurso central, e muitas vezes único, no atendimento às pessoas com transtornos mentais.

Ainda em 1978, dois eventos científicos deram força ao movimento: o **V Congresso Brasileiro de Psiquiatria**, no qual os integrantes do movimento procuravam fazer uma articulação nacional; e o **I Congresso Brasileiro de**

Psicanálise de Grupos e Instituições, que trouxe ao Brasil **nomes expressivos** dos movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos na Europa e nos Estados Unidos, que desencadearam outros debates importantes pelo país.

Atores importantes na reforma psiquiátrica: Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman.

No ano seguinte, 1979, realizou-se o **I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental**, em São Paulo, comprometido com a crítica, com a ação do Estado no campo da saúde mental e com a reivindicação dos avanços políticos da abertura democrática que se ia esboçando naquele período.

A década de 1980, por sua vez, caracterizou-se pela reorganização das forças atuantes no processo de reforma psiquiátrica. Naquele período, cabe destaque para a realização da **8ª Conferência Nacional de Saúde Mental** (1986) que se constituiu em um marco na história da saúde pública brasileira com a formulação de proposições para um novo sistema de saúde. Dentre as principais inovações conceituais daquela Conferência pode-se ressaltar que:

- a) a saúde passou a ser compreendida como resultante de um conjunto amplo de condições de vida (alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente etc.) que, por sua vez, refletem o modo de organização social da produção e não como ausência de doenças;
- b) a saúde foi afirmada como Direito do cidadão e Dever do Estado.

Nessa 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceram-se também alguns princípios para o novo sistema de saúde:

- a) Universalização do acesso à saúde.
- b) Descentralização na gestão de serviços.
- c) Democratização do sistema com a participação da população, inclusive na formulação e gestão da política de saúde.
- d) Equidade em relação ao acesso.
- e) Integralidade das ações (**CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**, 1986).

Inspirada pelos anseios desencadeados pela abertura política e pelo fim do regime militar, a 8ª Conferência inovou ainda em sua própria organização, abrindo as portas para a participação popular e para o controle social, com a realização de pré-conferências municipais e estaduais que haviam eleito delegados para a etapa nacional.



Compartilhando

Cabe destacar que a mobilização produzida por essa Conferência desencadeou propostas de realização de conferências temáticas, entre elas a de Saúde Mental. Inicialmente, com resistências por parte do Estado para sua realização, a I Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em junho de 1987, no Rio de Janeiro.

A rearticulação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrida com a realização da conferência temática, ensejou também a organização do **II Congresso Nacional do MTSM**, na cidade de Bauru, São Paulo, no mesmo ano. Este encontro marcou um aprofundamento das tendências originais do movimento e sua reorientação, denotando a influência da Psiquiatria Democrática Italiana e da presença de Franco Basaglia em suas passagens pelo Brasil.

Nas palavras de Amarante (1995, p. 81):

Assim, no campo teórico-conceitual dos referenciais do MTSM, com o lema 'Por uma sociedade sem manicômios', ressurgiram os projetos de desinstitucionalização na tradição basagliana, que passava a ser um conceito básico determinante na reorganização do sistema de serviços, nas ações de saúde mental e na ação social do Movimento.

Além disso, o MTSM passou a aproximar-se das associações de usuários e familiares e a contar com a participação destes na luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas, marcando também o surgimento da **Articulação Nacional da Luta Antimanicomial**, conforme lembra Lobosque (2001).

O encontro é marcado ainda pela adoção do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, reafirmando os compromissos do movimento com a crítica aos hospitais psiquiátricos, com a necessidade de superação do modelo asilar, e com a exigência de garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Por outro lado, nesse período, duas iniciativas no campo assistencial são de especial importância e geram consequências para todo o processo:

- a) A criação do primeiro **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)** no Brasil, em 1987, na cidade de São Paulo, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em homenagem ao psiquiatra alagoano.

- b) O início do processo de intervenção, em 1989, da Prefeitura Municipal de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a **Casa de Saúde Anchieta**, em razão das condições precárias e dos maus-tratos aos quais os internados eram submetidos.

Essas ações foram seguidas de outras, como a implantação de **Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)** com funcionamento 24 horas, de projetos de inserção no trabalho e, posteriormente, de criação de uma **cooperativa de trabalho**; de **residência para os egressos** do hospital; de projetos culturais e centro de convivência; e de **associação de usuários e familiares**. A experiência santista demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados capaz de substituir os hospitais psiquiátricos, de afirmação e garantia de direitos de cidadania e a exigência de produção de um novo lugar social para as pessoas com sofrimento psíquico.



Saiba mais

Você pode ampliar seus conhecimentos sobre o tema lendo a seguinte obra: GOLDBERG, J. *A clínica da Psicose*. 2. ed. Rio de Janeiro: Te corá – Instituto Franco Basaglia, 1996.

Em 1989, apoiado pelos movimentos sociais que atuavam no campo da Saúde Mental, o Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG) apresenta, no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657/89. Após 12 anos de tramitação e de um conjunto de substitutivos, a Lei 10.216 foi promulgada em 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

Analisando-se a referida Lei, podemos observar que foram estabelecidos, pela primeira vez na história jurídica do país, o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos e a proteção das pessoas com sofrimento psíquico, ressaltando-se, em particular:

Artigo 1º: Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno ou qualquer outra. Artigo 2º: Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo (BRASIL, 2001)

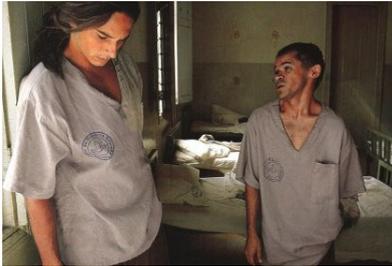
Dentre os direitos das pessoas com transtornos mentais, podemos destacar:

- Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades.
- Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.
- Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).



Saiba mais

Como dica para visualizar algumas das questões aqui abordadas, assista ao filme “Bicho de Sete Cabeças”. Disponível em: <<http://bichodesetecabecas.com.br>>.



Fonte: Bérghamo, (2001)

A Lei 10.216/2001, no entanto, é diferente de seu Projeto de Lei original, e apresenta modificações importantes resultantes do longo processo de negociação. E, cabe ressaltar ainda, que a iniciativa de apresentar um Projeto de Lei nacional inspirou a formulação de vários projetos que se tornaram leis em estados e municípios brasileiros a partir do ano de 1992.

Tais iniciativas evidenciaram a relevância de produzir uma base jurídica e um marco legal para garantir a permanência das conquistas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica.

Cabe destacar, também, que a promulgação da Lei 10.216/2001 significou uma nova institucionalidade para a política pública de saúde mental, compreendida, então como política de Estado.



Saiba mais

Conheça também a Lei 10.216/2001 e outras leis, acessando o **Portal do Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/6241/659/saude-mental.html>>.

A década de 90, do século passado, foi também marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da **Declaração de Caracas**. Este documento foi produzido na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde realizada na Venezuela, em novembro de 1990, que reuniu organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas. A Declaração de Caracas foi adotada como referência pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a transformação do modelo de assistência à saúde mental e estabeleceu como diretrizes conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2004):

- a) Que a reestruturação da atenção psiquiátrica seja ligada à Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde, permitindo a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais.
- b) A revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.
- c) Que os recursos, cuidado e tratamento devem:
 - Salvar e garantir invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
 - Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.
- d) Que as legislações dos países devem ajustar-se de maneira que assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento.
- e) Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo

eixo passe pelo serviço de saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação.

- f) Que as Organizações, Associações e demais participantes desta Conferência comprometam-se acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, bem como pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

Veja que a Declaração de Caracas constitui, também, um documento importante para a realização da **II Conferência Nacional de Saúde Mental**, em 1992, em Brasília. Os grandes temas sobre os quais centram-se as deliberações dos delegados e dos participantes dessa Conferência são atenção integral e direito à cidadania. Essa conferência teve uma intensa participação dos segmentos sociais envolvidos na questão da saúde mental, sendo que 20% dos delegados presentes eram representantes dos usuários dos serviços e de seus familiares (TENÓRIO, 2002).



Saiba mais

Você poderá saber mais sobre a II Conferência Nacional de Saúde Mental e sobre a Declaração de Caracas, lendo os seguintes documentos:

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

Conheça melhor a Declaração de Caracas, acessando o documento da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Declaração de Caracas, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23107>.

A mobilização social desses segmentos na luta pelas transformações da assistência à saúde mental torna-se decisiva e dois fatos demonstram sua importância, são eles:

- a) A realização do **II Encontro Nacional de Usuários e Familiares**, na cidade de Santos, em dezembro de 1993, onde se aprovou a CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DO BRASIL.
- b) A realização, entre 1993 e 2001, de cinco Encontros Nacionais do Movimento da Luta Antimanicomial, sempre com mais de quinhentos participantes entre usuários, familiares e profissionais de saúde.

Na década de 90, passam a entrar em vigor as primeiras regulamentações federais para a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e hospitais-dia. Entre elas destacam-se as **Portarias 189/MS de 1991 e 224/MS de 1992** do Ministério da Saúde que tratam respectivamente do **Financiamento Público para os Dispositivos Comunitários de Atenção em Saúde Mental** e da **Regulamentação dos CAPS e NAPS como Unidades Fundamentais da Rede Assistencial**.

É a partir desse período que se inicia uma progressiva expansão da rede de serviços substitutivos, sendo que, até o ano 2000, já havia cerca de 210 CAPS cadastrados no Ministério da Saúde e em pleno funcionamento.

Por outro lado, destaca-se que, em 2000, é publicada a **Portaria MS 106/00** que trata dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) como estratégia fundamental para os processos de desinstitucionalização.

Entretanto, a destinação dos recursos financeiros do Ministério para a área de Saúde Mental ainda revelava um dado preocupante: aproximadamente 93% dos recursos eram destinados às internações em hospitais psiquiátricos.

O ano de 2001 é marcado pela aprovação da Lei 10.216/01 no Congresso Nacional e, a partir de então, a atuação do Estado brasileiro na atenção à Saúde Mental torna-se mais marcante. A lei traz novas perspectivas para o processo de Reforma Psiquiátrica, surgindo linhas específicas de financiamento do Ministério da Saúde destinadas aos serviços substitutivos, novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

Observe que, nesse mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde elege a saúde mental como tema para o Dia Mundial da Saúde, com a insígnia “Cuidar, sim. Excluir, não” o que contribuiu para o destaque dos processos em curso no cenário nacional.

Ainda em 2001, é realizada a **III Conferência Nacional de Saúde Mental**, convocada logo após a aprovação da Lei 10.216/01, cujo relatório final deixa claro que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica constituem a base fundamental da política pública do governo federal para o campo da atenção em saúde mental.

Em 2002, novas portarias são editadas, criando novas modalidades de CAPS (**Portaria MS nº 336/02**) e instituindo o **Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria)** responsável pela

avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos. O **PNASH/Psiquiatria** e o **Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH)**, criado em 2004, são apontados como estratégias importantes para a redução gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007).

Em julho de 2003 foi promulgada a Lei 10.708 que “institui o auxílio reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais, egressos de internação”. Esse auxílio constitui parte integrante do **Programa de Volta para Casa (PVC)** do Ministério da Saúde, atendendo ao Artigo 5º da Lei nº 10.216 que determina o estabelecimento de política específica, compreendendo alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, para as pessoas com longa história de internação (BRASIL, 2003a).

A ação conjunta dessas estratégias fortaleceu os processos de desinstitucionalização em curso e ampliou a rede substitutiva. No entanto, dada a complexidade produzida pelo próprio processo de implementação, outras questões foram sendo evidenciadas, tornando necessária a revisão permanente das proposições e estratégias da política no sentido de acelerar e qualificar o conjunto das intervenções, inclusive daquelas que visavam à superação dos hospitais psiquiátricos.

A última e mais recente mobilização nacional em defesa da Reforma Psiquiátrica aconteceu em setembro de 2009. Intitulada **Marcha dos Usuários - Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial**, reuniu na capital federal cerca de 2.000 pessoas, entre técnicos, familiares e principalmente usuários dos serviços. O objetivo do movimento foi chamar a atenção do governo e da população brasileira para os rumos que vem tomando a Reforma nos últimos anos.

Com a participação de diversas entidades, como o Conselho Federal de Psicologia, e os movimentos sociais de luta antimanicomial, a Marcha representou um reavivamento da mobilização popular. Além disso, seus objetivos eram:

- a) Garantir a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e a melhoria das condições de atendimento para as pessoas com sofrimento mental.
- b) Exigir o cumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/01).
- c) Reivindicar a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental na perspectiva intersetorial.
- d) Exigir a efetiva implantação do “Programa de Volta para Casa”.

Em Brasília, os militantes percorreram ministérios e gabinetes e conseguiram garantir a convocação da **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**, que foi realizada em 2010.



Saiba mais

Conheça melhor as contribuições da Marcha dos Usuários: Disponível em: <http://osm.org.br/osm/wp-content/uploads/2010/04/conferencia_final.pdf>.

Sobre a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial: Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relfinal_IV.pdf>.

Você pode verificar que, atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) permanece em ritmo de expansão. No boletim publicado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde em 2012, foram contabilizados até 2011:

- a) 1.742 CAPS, considerando as modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad, CAPSad III.
- b) 779 Serviços Residenciais Terapêuticos com 3.470 moradores.
- c) 3.961 beneficiários do Programa De Volta Pra Casa.
- d) 640 iniciativas de geração de renda inscritas no Programa de Inclusão Social pelo Trabalho.
- e) 92 Consultórios de Rua.
- f) 3.910 leitos de saúde mental cadastrados em hospitais-gerais.
- g) Redução contínua de leitos em hospitais psiquiátricos, tendo como registro entre os anos de 2002 e 2011, a redução de 19.109 leitos.
- h) A reconfiguração do perfil de tais estabelecimentos, com redirecionamento financeiro e normativo (BRASIL, 2012a).

Atente ainda que a proporção dos investimentos financeiros no setor entre os anos de 2002 e 2011 vêm processualmente sendo invertida. Em 2011, os serviços extra-hospitalares receberam 71,2% dos recursos, enquanto que os gastos com internação hospitalar totalizaram 28,8% do orçamento do setor (BRASIL, 2012a).

Mesmo com os avanços obtidos, ainda há muitas críticas acerca da Reforma Psiquiátrica, reforçando a necessidade dos debates serem amplamente oportunizados, de forma a possibilitar a constante avaliação do processo.

A Reforma Psiquiátrica tem buscado a inserção social das pessoas com transtornos mentais e traz significativas possibilidades para um trabalho que considere a subjetividade e os recursos das pessoas em seus contextos socio-relacionais e que afirme seus direitos.

Embora ainda haja muito que fazer, a luta antimanicomial tem sido vitoriosa em muitos aspectos e, na verdade, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil permanece inacabado. Dessa forma, necessitamos de mais serviços comunitários, maior articulação da rede de atenção psicossocial, melhor qualificação da atenção, maior corresponsabilização do cuidado, entre outras demandas. Assim, espera-se não apenas críticas à Reforma Psiquiátrica, como também, maior e melhor atuação de toda sociedade, de todos nós, atores desse cenário.

1.2.2 As diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Você viu, ao longo da descrição dos componentes históricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que são **vários os atores** que participam desse processo, assim como são diversas também suas formas de atuação e participação. Você viu ainda que são várias as políticas públicas envolvidas nessa questão e não apenas as referentes à saúde, como à assistência social, à educação, à cultura, à economia e ao trabalho. Essa multiplicidade dá à Reforma Psiquiátrica também um caráter de intersetorialidade.

Neste caso, os atores são os usuários do sistema de saúde mental, familiares, profissionais, gestores, movimentos sociais, entidades de classe etc.

Mesmo que, atualmente, a política pública de saúde mental, álcool e outras drogas esteja em concordância com as reivindicações históricas do movimento pela Reforma Psiquiátrica, a ação do Estado tem sido direcionada, principalmente, para a reestruturação do modelo assistencial e de cuidado em saúde mental. Com isso, tem sido possível alcançar a criação de uma série de novos serviços abertos, orientados para a reinserção social e a promoção da cidadania do doente mental.

Entretanto, a Reforma Psiquiátrica não objetiva apenas essa reorganização assistencial, embora ela seja de grande importância.

Observe que essa grande diversidade de elementos faz da Reforma Psiquiátrica um “processo social complexo” e não apenas um modelo a ser seguido ou um sistema fechado.

Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. [...] Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões (AMARANTE, 2007, p. 63)

Você deve questionar-se quais seriam então essas dimensões que deveriam orientar o processo, inclusive as ações dos gestores, e que permitem falar de uma ruptura com o modelo manicomial, não é verdade?

Amarante (2007) menciona quatro dimensões fundamentais, que devem estar entrelaçadas para que seja possível avançar neste processo:

- a) **Dimensão Teórico-Conceitual**
- b) **Dimensão Técnico-Assistencial**
- c) **Dimensão Jurídico-Política**
- d) **Dimensão Sócio-Cultural**

Conheça a seguir mais detalhes de cada uma dessas dimensões.

A **Dimensão Teórico-Conceitual** epistemológica diz respeito à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer profissional nesse campo. Para que seja possível a produção desses novos conceitos, é preciso rever a própria noção de ciência como produtora de conhecimentos que seriam verdadeiros porque estão garantidos por uma suposta neutralidade que os avalizam. O mito da neutralidade científica supõe uma relação de distanciamento entre o observador, sujeito que produz o conhecimento, e o observado, objeto desse conhecimento. Assim, o primeiro não teria nenhuma interferência na configuração do segundo.

Entretanto, conforme Guimarães *et al.* (2001, p. 10),

Todo o conhecimento científico transmitido nos órgãos formadores, reproduzido e (re)criado nas instituições e entidades que atuam com o processo saúde/doença mental, é essencialmente um conhecimento científico-social e como tal, não é neutro, resulta de escolhas cotidianas e prática política. (GUIMARÃES, *et al.*, 2001, p.10)

As necessidades de reestruturação da atenção em saúde mental exigem o uso de conceitos que permitam abordar o fenômeno da loucura de uma maneira divergente daquele usado pela psiquiatria biomédica tradicional.

Assim, é necessário compreender o sujeito em sua complexidade e em seu contexto; na perspectiva dos autores de “tradição basagaliana”, trata-se de “colocar a doença entre parênteses” e considerar como objeto a “existência-sofrimento dos pacientes em sua relação com o corpo social” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 30).

Nessa perspectiva, um conceito fundamental e inovador é o de **desinstitucionalização**. Mais do que simplesmente a desospitalização, conforme apontam Amorim e Dimenstein (2009, p. 196), desinstitucionalizar significa para a Reforma Psiquiátrica a “desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental”.

A desinstitucionalização deve ser compreendida como uma “progressiva ‘devolução à comunidade’ da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos”, antes confinada nos manicômios. Ou seja, a partir dela, o objetivo é buscar e organizar um “outro lugar social para a loucura” e para o cuidado de saúde a ela relacionado na nossa sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 51).

Vale reforçar o que foi escrito no Módulo V: desinstitucionalização tem como objetivo prioritário transformar as relações de poder entre as instituições e os sujeitos, entre quem cuida e é cuidado, restituindo os direitos e as capacidades, a interlocução, a escuta e o respeito, mudando progressivamente o estatuto jurídico e social do paciente.

Podemos dizer então que desinstitucionalização é diferente de desospitalização e implica em uma transformação profunda das relações sociais, e das relações entre profissionais, usuários e familiares no campo da saúde mental.



Saiba mais

Para saber mais sobre a desinstitucionalização recomendamos que você faça a seguinte leitura:

NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 2001.

É necessário também que os serviços disponíveis para a oferta do cuidado em saúde mental sejam modificados. Esse cuidado é complexo, de base comunitária/territorial e deve ser considerado como objetivo central a promoção e garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico assim como de familiares e/ou pessoas das redes sociais. Nesse sentido aparece outra dimensão fundamental, a qual você conhecerá a seguir.

Na **Dimensão Técnico-Assistencial** a oferta de serviços deve ser adequada a essa compreensão acerca do sujeito que sofre. Os serviços devem ser dispositivos estratégicos, lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais, capazes de sustentar a inserção social.

Devem ser lugares de sociabilidade e de produção de subjetividades e não de exclusão, aprisionamento e violência como tornaram-se a maioria dos manicômios.

Note que estas seriam as principais funções dos CAPS; dos Serviços Residenciais Terapêuticos; dos projetos de geração de renda; dos Centros de Convivência; das unidades de Saúde Mental em hospitais gerais; da atenção ao sofrimento psíquico na atenção básica da rede de saúde pública e; na Estratégia de Saúde da Família. Enfim, de toda a rede assistencial proposta pela Reforma Psiquiátrica como forma de substituição dos manicômios. Como você pode perceber, a diversidade dos dispositivos de atenção tem sido uma forma de produzir múltiplas respostas às complexas necessidades das pessoas com sofrimento psíquico.

A **Dimensão Jurídico-Política**, segundo Amarante (2009), trata da redefinição das relações sociais e civis em termos de cidadania e de direitos humanos. Materializa-se, portanto, pela construção de um arcabouço jurídico e normativo, composto por leis e portarias para garantir sustentabilidade legal às proposições da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Trata-se assim de uma “luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, aos recursos que a sociedade oferece” (AMARANTE, 2007, p. 69).

Nesse sentido, é importante considerar os avanços obtidos com a aprovação da Lei 10.216/01, ou Lei da Reforma Psiquiátrica, em relação aos direitos das pessoas com sofrimento mental, sendo esta a principal alteração legal no Brasil desde os anos 30, do século passado. Importância semelhante pode ser atribuída às leis estaduais e municipais promulgadas e que também passaram a reconhecer o louco como sujeito de direitos.

A **Dimensão Sociocultural**, por sua vez, é aquela que se ocupa da mudança em relação às representações sociais sobre a loucura e o louco. Em particular aquelas que dizem respeito aos estigmas de periculosidade, improdutividade e irracionalidade atribuídas aos sujeitos, como se fossem predicados “naturais” da doença mental.

Considerada dimensão estratégica, diz respeito ao conjunto de intervenções que visam transformar o lugar da loucura no imaginário social. A partir da linguagem artístico-cultural, busca promover a reflexão sobre os preconceitos construídos por séculos de psiquiatrização.

Assim as intervenções na cultura têm se realizado com grupos musicais, de teatro, do cinema, programas de rádio e TV, enfim com todos os meios disponíveis para a divulgação de um modo de ser e viver que é marcado pela diferença e da afirmação da possibilidade de novas formas de convivência. Além desses recursos, atualmente comemora-se, em todo o Brasil, o dia 18 de maio como o **Dia Nacional da Luta Antimanicomial**, com inúmeras atividades culturais, artísticas e científicas nos estados e em muitas cidades do país, com o objetivo de sensibilizar e envolver novos atores sociais para a questão.



Fonte: Vozes da voz (2011).

1.2.3 Política de Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Como você viu até aqui, desde seu início, a Reforma Psiquiátrica contou com a participação decisiva dos movimentos sociais na sua formulação e implementação. Entretanto, a partir da aprovação da Lei 10.216/01, os princípios e diretrizes da Reforma passaram a ser adotados pela Política Pública de Saúde Mental e incorporados em suas ações.

Mas, você deve estar se perguntando, o que vem a ser uma Política Pública?

“Políticas públicas” são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos (TEIXEIRA, 2002, p. 02).

A seguir, você verá como está orientada a Política Pública de Saúde Mental e suas principais proposições.

Inicialmente é importante considerar que a Política Pública de Saúde Mental está balizada por princípios mais amplos que compõem a Política Pública de Saúde que, por sua vez, orienta o setor público de assistência à saúde. O SUS é o responsável pela sua implementação. A Política Pública de Saúde Mental tem caráter universal, isto é, atende a toda a população.

A Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde considera em sua formulação os **princípios do SUS**, as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na **Declaração de Caracas** (1990), da Organização Mundial de Saúde e está pautada na **Lei 10.216/01**, as quais você estudará nesta seção.

A partir da década de 90, do século passado, os recursos da assistência psiquiátrica são redirecionados paulatinamente para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária, isto é, que oferecem cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a comunidade oferece.

Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental públicos e **territorializados**, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado.

Cabe destacar que território é um conceito central para se operar na Rede de Atenção Psicossocial, junto às outras Redes e pontos de atenção.

Território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária.



Saiba mais

Amplie seus conhecimentos sobre a Política Nacional de Saúde Mental acessando o Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925>

Conforme você viu anteriormente, a Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas considera os **princípios do SUS** em sua formulação. O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e foi regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 de dezembro de 1990, que estabeleceram seus princípios:

- a) O acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde.
- b) A integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema.
- c) A equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- d) A descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo.
- e) O controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

Outro documento que orienta a formulação da Política de Saúde Mental do Brasil é a **Declaração de Caracas**, anteriormente citada. Por sua vez, como você viu anteriormente, a Lei 10.216/01 ou **Lei da Reforma Psiquiátrica** dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Observe que a Lei também estabeleceu que as pessoas asiladas em hospitais psiquiátricos “devem ser objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (BRASIL, 2001, p.2).

Veja que, com isso, estabeleceu-se base legal para a criação do **Programa de Volta pra Casa**, em 2003, cujo objetivo era viabilizar às pessoas com histórico de longa institucionalização, a saída do hospital e o retorno para a comunidade, apresentando, como parte integrante de suas ações, o auxílio-reabilitação psicossocial. Para aqueles cujo retorno à vida com a família estivesse impossibilitado por algum motivo, haveria ainda o recurso dos **Serviços Residenciais Terapêuticos** (SRT's), criados para este fim e re-

gulados por portaria específica do Ministério da Saúde, na Portaria MS nº 106/00, e posteriormente pela Portaria nº 3.090/2011.

Por fim, a Lei nº 10.216/01 ainda trata das formas possíveis de internação psiquiátrica (voluntária, involuntária e compulsória), que só será indicada quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes. Na internação voluntária, isto é, aquela com o consentimento do usuário, a pessoa que solicita deve assinar sua admissão, mas o término da internação será por sua solicitação ou por determinação do médico que está acompanhando o caso. A internação involuntária, ou seja, aquela que se realiza sem o consentimento do usuário, e por solicitação de terceiro, a alta deve ser feita por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, ou definida pelo médico responsável.

Destaca-se que a internação involuntária deve ser comunicada, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público Estadual. A internação compulsória é aquela determinada pelo juiz. Além disso, ficam impedidas as internações em instituições com caráter asilar.

Uma das principais diretrizes da Política de Saúde Mental, o processo de **desinstitucionalização** engloba uma série de **programas** desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, conforme você estudará na sequência.

Iniciado em 1990, e impulsionado a partir de 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, o processo de redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos tem sido realizado por estratégias estabelecidas por meio de Portarias.

Para que isso aconteça é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, assim como a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira. Uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

Com essa finalidade, conforme já mencionado, foram criados: o **Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria** – PNASH/Psiquiatria, por meio da Portaria GM nº 251/02 e o **Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica** no SUS – PRH, pela Portaria GM nº 52/04 (BRASIL, 2005).



Saiba mais

Conheça melhor o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH/Psiquiatria – e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31354>.

O **PNASH/Psiquiatria** avalia os hospitais psiquiátricos quanto à estrutura física, aos processos e aos recursos terapêuticos da instituição, assim como à adequação dos hospitais às Normas Técnicas Gerais do SUS. Desde 2002, o PNASH vem sendo aplicado periodicamente em todo território brasileiro, gerando com seus resultados, a partir do critério da qualidade da assistência, indicativos por parte do Ministério da Saúde aos estados e municípios, de descredenciamento, readequação ou classificação dos hospitais psiquiátricos no SUS.

O Programa tem contribuído para a melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria e, em alguns estados e municípios, exerce a função de desencadeador da reorganização da Rede de Saúde Mental, provocando a expansão da rede extra-hospitalar em razão do descredenciamento dos leitos psiquiátricos.

O **PRH**, por sua vez, é um mecanismo de gestão do processo de redução de leitos psiquiátricos que busca promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (hospitais com mais de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). O Programa pactua os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais, definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS. (BRASIL, 2005)

Observe que, com isso, objetiva-se que todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. Desta forma, busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de maneira que, ao longo do tempo, os hospitais situem-se em classes de menor porte, com até 160 leitos (BRASIL, 2005).

Alguns dados revelam a dinâmica do processo de redução gradual e progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos: entre 2002 e 2011, os hospitais abaixo de 160 leitos passaram de 24,11% do total de hospitais psiquiátricos para 49,53% (BRASIL, 2011).

Entretanto, cabe ressaltar que a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos exige a criação de uma rede de serviços que sejam efetivamente substitutivos, os quais você verá a seguir. A Portaria nº 3.088/2011 definiu os seguintes componentes para as **Redes de Atenção Psicossocial**, que é composta por:

- a) Atenção Básica em Saúde
- b) Atenção Psicossocial Especializada
- c) Atenção de Urgência e Emergência
- d) Atenção Residencial de Caráter Transitório
- e) Atenção Hospitalar
- f) Estratégias de Desinstitucionalização
- g) Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011)

A **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS** caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base comunitária.

É importante destacar que a efetivação de uma proposta de rede implica considerar que essa não deve estar restrita ao conjunto dos serviços de saúde mental. Uma rede conforma-se na medida em que são permanentemente articuladas a outras instituições, associações, cooperativas e outros variados espaços das cidades.

A referida Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, destinada ao atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde considera que são objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

1. Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
2. Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com ne-

cessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;

3. Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

1. Promover cuidados em saúde especialmente grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
2. Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
3. Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
4. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
5. Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
6. Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
7. Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
8. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;
9. Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011).

Na RAPS, os CAPS, dispositivos estratégicos da reforma psiquiátrica, também passam periodicamente por avaliação com o **Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial - AVALIAR CAPS**. Como iniciativa da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, este Programa constitui-se como um instrumento de gestão, de produção de informação dos serviços e uma oportunidade para uma atitude reflexiva diante das práticas cotidianas nos serviços de saúde mental. Tem por objetivos: o levantamento de informação sobre estes serviços, possibilitando a caracterização dos CAPS; o acompanhamento; a estimativa de qualidade da assistência prestada; e a proposição de indicadores. Ou seja, é um instrumento de avaliação para o acompanhamento sistemático e permanente da qualidade dos serviços oferecidos.



Saiba mais

Veja os detalhes do programa AVALIAR CAPS acessando o Portal do Ministério da Saúde, disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29818>.



Palavra do profissional

Atente que, para que tais dispositivos funcionem de maneira adequada aos objetivos da Reforma Psiquiátrica, é necessário também que as equipes sejam formadas por profissionais capazes de defender e atuar segundo tais princípios.

Neste sentido, em 2002 foi criado o **Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica**.



Saiba mais

Conheça melhor o **Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica** acessando o **Portal do Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33883>.

Dentre as principais ações desse Programa destaca-se o apoio à **Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS**. O supervisor clínico-institucional é escolhido pela equipe e apoiado com recursos financeiros do Ministério através de edital específico. O processo de supervisão deve compreender:

- a) A discussão dos casos clínicos, levando em conta o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão, a política pública, contextualizando a situação clínica considerando ainda as tensões e a dinâmica da rede e do território. Em outras palavras: buscando sustentar o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política.

- b) A integração da equipe responsável pelo cuidado que, além de ter que fazer frente à complexidade da tarefa clínica, tem que enfrentar as dificuldades próprias da gestão pública. Sua atuação deve dar-se de modo a ajudar no desenvolvimento do trabalho em equipe multidisciplinar, cuja heterogeneidade, tradições teóricas diversas e fenômenos grupais inevitáveis costumam produzir tanto vitalidade quanto conflitos nas relações de trabalho.
- c) A construção de projetos terapêuticos apoiados e articulados através dos conceitos de sujeito, rede, território e autonomia, cujo objetivo final é ajudar o serviço e a rede a apoiarem o paciente e sua família na construção da autonomia possível.



Saiba mais

Conheça os detalhes do projeto Supervisão Clínico-Institucional acessando o Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355>.

1.2.4 Política e Legislação Sobre Álcool e Outras Drogas

O consumo de substâncias psicoativas, desde sempre, fez parte da história da humanidade. Cada época e cada sociedade autorizam, ou não, o uso de drogas e o tipo de droga, conforme seus preceitos e valores culturais. O que é proibido num país pode ser permitido em outro; o que é condenado moralmente em um contexto, pode ser valorizado em determinadas situações.

Sendo assim, dessa temática surge uma questão ética: qual o limite da intervenção do Estado, o que delimita a esfera pública da esfera privada? Apesar dessa questão estar presente o tempo todo quando se trata de formulação de políticas públicas, o nosso objetivo será apresentar o histórico específico das políticas sobre o campo de álcool e outras drogas e suas diretrizes atuais.

Note que o envolvimento do Estado e as discussões sobre o uso e abuso de álcool e de outras drogas é muito recente nas políticas públicas de saúde no Brasil. Observa-se que as primeiras legislações a respeito datam da primeira metade do século XX. Em 1915, o governo promulgou o decreto 11.481, ratificando convenções internacionais. Em 1921, foi editado o decreto 4.292, que restringia o uso de ópio, morfina, heroína e cocaína somente a indicações médicas, punindo quem usasse tais substâncias para

outros fins e criminalizando o porte e a venda dessas drogas. Ainda como reflexo de acordos internacionais, o governo do Estado Novo publicou o Decreto-Lei nº 891/1938, aprovando a lei de fiscalização de entorpecentes, que passou por nova reforma em 1967, por meio do Decreto nº 159, que criava normas limitando e fiscalizando a produção e o consumo de substâncias (SILVA, 2005).

Na Lei nº 5.726, de 1971, aparece alguma referência ao tratamento da população envolvida com uso e abuso de substâncias. Entretanto, faz referência somente ao tratamento para pessoas definidas como “infratores viciados”. Para esses casos, o tratamento previsto referia-se somente às medidas de recuperação em regime de internação em hospitais psiquiátricos (SILVA, 2005).

Já em 1976, como marco das ações oficiais do governo em relação às drogas, foi editada a Lei nº 6.368/76 que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

Com relação à assistência de saúde, a Lei passou a contemplar, também, os “dependentes de substâncias entorpecentes” nas intervenções de tratamento, além de recomendar que as redes dos serviços de saúde dispusessem de estabelecimentos próprios para o tratamento dessa população.

Atendendo a essa mesma Lei, quatro anos mais tarde, foi publicado o Decreto nº 85.110/1980, que instituiu o **Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes**, estabelecendo, assim, como órgãos desse sistema, os Conselhos de Entorpecentes nas três esferas de governo (CONFEN*, CONENS** e COMENS***)³, subordinados ao Ministério e às Secretarias da Justiça. Posteriormente, segundo nova legislação, a nomenclatura foi alterada de Conselhos de Entorpecentes para **Conselhos Antidrogas**⁴, sendo que atualmente recebem a denominação de Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), Conselho Estadual sobre Drogas (embora a sigla se mantenha como CONEN) e Conselho Municipal sobre Drogas (COMAD).

A partir daí, as políticas públicas para a área de drogas ficaram sob a responsabilidade do Conselho Federal de Entorpecentes, que publicou, em 1980, a Política Nacional sobre a Questão das Drogas.

No que diz respeito às iniciativas relativas à atenção à saúde, o CONFEN atuava apoiando:

- a) Os centros de referência em tratamento, pesquisa e prevenção na área de álcool e outras drogas (geralmente em parcerias com as universidades).
- b) As comunidades terapêuticas (vinculadas, em geral, a entidades filantrópicas e de cunho religioso).
- c) Os programas de redução de danos voltados para a prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI).

Entretanto, dessa breve história sobre a questão das drogas, até o fim dos anos 1990, as iniciativas governamentais vinham, tradicionalmente, priorizando a repressão para o tráfico de drogas em detrimento das ações de prevenção e tratamento, destinando a maior parte dos recursos financeiros para a redução da oferta; restringindo-se a ações repressivas no combate às substâncias ilegais e, apesar de atacar a produção, a comercialização e o consumo, concentrando-se na punição de usuários e pequenos traficantes (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

3 Conselho Federal de Entorpecentes*; Conselhos Estaduais de Entorpecentes**; Conselhos Municipais de Entorpecentes***.

4 Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), Conselhos Estaduais Antidrogas (CEADs) e Conselhos Municipais Antidrogas (COMADs).

Observe que, até aqui, as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde eram bastante restritas e, na atenção clínica, baseavam-se no modelo de atenção hospitalar, principalmente nas internações em hospitais psiquiátricos. Foi com a epidemia de HIV/AIDS que o setor saúde começou a desenhar as primeiras políticas de saúde para a população de usuários de álcool e outras drogas.

Conforme observa Andrade (2011, p. 4666), “os olhares das políticas públicas de saúde começavam a se voltar para as pessoas que usavam drogas, pela ameaça de que a epidemia de HIV/AIDS fugisse ao controle a partir desta população.”

Para evitar o alastramento do vírus e o agravamento das condições de saúde da população, o setor da saúde, por meio dos programas de DST/AIDS, iniciou as primeiras experiências de troca de seringas entre os UDI. Surgindo, assim, a lógica da redução de danos (ANDRADE, 2011).

Até a sua consolidação, a política de redução de danos passou por vários momentos, ao mesmo tempo em que as estatísticas e experiências internacionais similares demonstravam a sua efetividade, a política e os profissionais envolvidos sofriam críticas dos setores mais conservadores da sociedade.

Com as novas alternativas para lidar com a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas tem-se início a história recente das políticas dessa área. Estas políticas vêm sendo formuladas e conduzidas, essencialmente, por dois órgãos: a **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)**, vinculada ao Ministério da Justiça, e a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

Tendo isso em vista, faz-se necessário conhecer as políticas desenvolvidas pelos dois órgãos para, assim, conhecer as suas semelhanças e diferenças, as concepções ideológicas e as prioridades de cada uma. Embora o curso seja voltado para a área da saúde, a questão das drogas, como visto, perpassa todo o arcabouço das instituições e setores sendo que a Área Técnica da Saúde Mental, mais especificamente, desponta como um dos mais recentes protagonistas dessa história.

A SENAD foi criada em 1998, e atualmente tem como principais objetivos:

- a) Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas.
- b) Propor a atualização da Política Nacional sobre Drogas.
- c) Consolidar as propostas de atualização da política.
- d) Definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos, para alcançar os objetivos propostos na política.
- e) Acompanhar a sua execução (BRASIL, 2011).

Em 2001, essa Secretaria lançou a **Política Nacional Antidrogas**. Mais tarde, tanto a política quanto a Secretaria modificam a nomenclatura de antidrogas e passam a se chamar, respectivamente, Política Nacional sobre Drogas e Secretaria Nacional de Política sobre Drogas.

Note que a atual **Política Nacional sobre Drogas**, de 2005, foi aprovada a partir de várias reformulações da Política Nacional Antidrogas, resultando numa atualização quase que total do documento anterior.

Os pressupostos da nova política ampliam o foco para além da repressão, pois consideram a não discriminação do usuário de drogas ilícitas, diferenciando o usuário do traficante, reconhecem a redução de danos como estratégia de prevenção, e fazem referência à dependência causada por drogas lícitas.

Vale ressaltar que, no ano seguinte, em 2006, entrou em vigor a Lei nº 11.343/06 que, revogando as leis anteriores de 1976 e de 2002, cria o **Sistema Nacional sobre Drogas (SISNAD)**.

Cabe ressaltar que o SISNAD, por sua vez, não pune o usuário de drogas com reclusão; aumenta as penas ligadas ao tráfico de drogas; estabelece as medidas de prevenção, atenção e reinserção social do usuário de drogas; define as normas sobre repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito; e define os crimes relacionados às drogas. Esta é a atual e vigente legislação brasileira sobre drogas.

Já no âmbito da Saúde Mental, o ano de 2001 foi um marco. Naquele ano, foi aprovada a Lei nº 10.216/01, como vimos anteriormente, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica e, a partir daí, as questões relativas ao álcool e outras drogas foram, aos poucos, sendo efetivamente ampliadas e incorporadas às ações da Área Técnica por meio das recomendações da própria lei, da III Conferência Nacional de Saúde Mental e do Relatório Final do Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Rede do SUS, ambos realizados no mesmo ano (SILVA, 2005).

Em 2002, o Ministério da Saúde publica a Portaria GM/MS nº 816/2002 que institui o **Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas**, no SUS. Tal programa tinha o objetivo, dentre outros, de organizar e implantar a rede de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas, estabelecendo metas e prazos de implantação dos **Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas** – CAPS ad – em vários municípios do país.

Dessa forma, em 2003, a temática sobre álcool e outras drogas é, efetivamente, incorporada como problema de Saúde Pública, quando o então Ministro da Saúde apresenta a política:

Reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresenta a sua Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003b, p. 06).



Saiba mais

Para ampliar seus conhecimentos sobre o tema recomendamos que você faça a seguinte leitura: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.



Palavra do profissional

Note que coube à Área Técnica da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas a responsabilidade de implantar a política específica para a área, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com a Política Nacional de Saúde Mental vigente.

Veja que a elaboração, naquele período, de uma Política Nacional sobre drogas ancora-se em algumas teorias e diretrizes, sendo assim, a política nacional para usuários de álcool e outras drogas se baseia nos seguintes marcos teóricos:

- a) **A transversalização entre clínica e saúde coletiva:** considera a singularidade dos sujeitos sem perder de vista a expressão coletiva de grupos, locais e contextos.
- b) **A lógica da redução de danos:** reconhece a singularidade de cada usuário; traça estratégias em conjunto, que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida; e considera que tratar significa aumentar o grau de liberdade e de corresponsabilidade daquele que está se tratando, através do estabelecimento de vínculo.
- c) **A rede de saúde como local de conexão e de inserção:** criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela, qualificando a demanda e multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas (BRASIL, 2003b).

Observe que, esses princípios, por sua vez, respaldam as diretrizes da política daquele momento, quais eram:

- a) **Intersetorialidade:** implantar e qualificar a atuação em rede, uma vez que o enfrentamento da questão das drogas requer a participação de todos os setores da sociedade, seja governamental (saúde, educação, assistência social, justiça, segurança pública) ou da sociedade civil (como os movimentos sociais e as organizações não governamentais - ONG's-, por exemplo). Ou seja, compartilhar responsabilidades.
- b) **Atenção Integral:** compreende o desenvolvimento contínuo de fatores de proteção, individuais e coletivos na trajetória de vida das pessoas, prevendo a maximização da saúde nos três níveis de atenção.
- c) **Prevenção:** conjunto de estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção, a partir da lógica da redução de danos.
- d) **Promoção e Proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas:** necessidade de potencializar a prevenção institucional, contrária à culpabilização dos sujeitos, oferecendo, de fato, subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas em geral e especialmente de populações mais vulneráveis e, por consequência, com maior probabilidade de exclusão.
- e) **Modelos de Atenção:** oferta de cuidados extra-hospitalares inseridos na comunidade e complementados por outros programas assistenciais, visando substituição do modelo assistencial hospitalocêntrico, iatrogênico e excludente; cabe destacar que, na atualidade, como visto anteriormente, foi definida, por portaria, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), suas diretrizes, objetivos, componentes e pontos de atenção.
- f) **Controle de Substâncias que Produzem Dependência Física ou Psíquica, e de Precursores – Padronização de Serviços de Atenção à Dependência Química:** o controle das drogas lícitas utilizadas em medicina, compreendendo a sua fabricação, distribuição, prescrição e venda, bem como o estabelecimento de padrões para o funcionamento de serviços voltados à prevenção e recuperação (BRASIL, 2003b).

A partir da Lei nº 9.782/99, com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, esta também assume papel importante no enfrentamento da questão de álcool e outras drogas, quando definidas, dentre as suas responsabilidades: a normatização; o controle; e a fiscalização de produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde.

Nessa perspectiva, em 2001, com a instituição da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 101/01, responsabiliza-se igualmente pela normatização do funcionamento de serviços públicos e privados de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segun-

do modelo psicossocial para o licenciamento sanitário, regulamentando tecnicamente o funcionamento das Comunidades Terapêuticas. Nesse documento, estas Comunidades são consideradas como serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, com oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. Em 2011, a RDC nº 29/11 revogou a RDC nº 101 instituindo nova normatização.

Dentre as ações da Área Técnica da Saúde Mental, a implantação e ampliação dos CAPS ad ganham destaque, uma vez que este é o serviço substitutivo de papel estratégico dentro da Reforma Psiquiátrica.

Com o objetivo de ampliar e aprimorar as ações de saúde voltadas às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o Estado apresenta novas iniciativas de qualificação da rede existente e construção de novos dispositivos e alternativas.

Em 2009, foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas – PEAD** pela Portaria nº 1.190/09. O plano é direcionado, prioritariamente, para crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social. A partir dos seus quatro eixos de atuação, pretende atingir os objetivos por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Confira na sequência os eixos de atuação do PEAD:

- a) **Ampliação do acesso ao tratamento** - expansão da rede de CAPS; ampliação dos leitos de atenção integral em saúde mental e do atendimento pela Rede de Urgência e Emergência; expansão das ações de saúde mental na atenção básica; articulação efetiva da rede de saúde com a rede de suporte social.
- b) **Qualificação da atenção** - qualificação da rede de cuidados, com investimento na formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento.
- c) **Articulação intra/intersetorial, com a sociedade civil e participação social** - apoio à articulação entre as políticas da Saúde, Desenvolvimento Social, Educação, Esporte, Justiça, Trabalho,

Direitos Humanos, Cultura e outras políticas sociais; apoio a ações com a participação da sociedade civil, em projetos comunitários que se articulem às redes de saúde mental.

- d) **Promoção da saúde e dos direitos, inclusão social e enfrentamento do estigma** - apoio a estratégias e ações para a sensibilização de gestores, profissionais e população em geral sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas e a experiências comunitárias e ações culturais que trabalham com o estigma e com a inclusão social (BRASIL, 2009).



Saiba mais

Você pode aprender mais sobre o assunto lendo o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_tratamento_alcool.pdf>.

No âmbito do Governo Federal, na tentativa de propor uma política que, de fato, integrasse todos os setores, em 2010, é aprovado o Decreto nº 7.179 que institui o **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas**, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. O referido Decreto ficou conhecido como o Plano Crack. Este documento sofreu algumas alterações, por meio do Decreto nº 7.637 de 2011, que ampliou as ações e elevou o Plano à condição de Programa, com o nome de “Crack, é Possível Vencer!”, no entanto, manteve a redação no que concerne aos objetivos e as ações imediatas e estruturantes do plano.



Saiba mais

Conheça os detalhes do Decreto 7.637 de 2011 - altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm>

O Programa “*Crack, é Possível Vencer!*” está estruturado em três eixos de atuação: **cuidado** – aumento da oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários; **prevenção** – educação, informação e capacitação para profissionais que atuam com os usuários; e **autoridade** – enfrentamento ao tráfico de drogas e ao crime organizado.

Em consonância com o propósito do curso, aprofundar-se-á o eixo cuidado. Este tem como diretrizes:

- a) Ampliar a oferta de serviços, sendo serviços diferentes para as diferentes necessidades.
- b) Preparar e qualificar a rede de saúde pública para o atendimento.
- c) Promover a reinserção social.
- d) Garantir o apoio integral aos usuários e suas famílias.

Sendo uma política de governo, integrada com vários Ministérios e suas respectivas instâncias nas três esferas de governo, pode-se perceber, dentro do eixo cuidado, que algumas estratégias advêm da Política Nacional de Saúde Mental, tais como: os consultórios de rua; os CAPS ad III; e as Unidades de Acolhimento, conforme apresentamos a seguir:

- a) Os **consultórios de rua** são dispositivos clínico-comunitários que oferecem cuidados em saúde aos usuários de álcool e outras drogas nos seus próprios contextos e espaços de circulação, ou seja, *in loco*. É uma modalidade de clínica **na e da rua** que promove acessibilidade aos serviços públicos, atenção integral e promoção de vínculo e laço social, por meio de equipe multiprofissional e intersetorial (BRASIL, 2010). A partir de outubro de 2011, a estratégia do consultório de rua passa a integrar a Política Nacional de Atenção Básica e a receber a denominação de consultório na rua. Realizando abordagens além da questão específica de álcool e outras drogas, mas de saúde integral, atividades de forma itinerante. Desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando. Sempre articulada com as demais equipes de atenção básica do território, dos Centros de Atenção Psicossocial, da rede de urgência e dos serviços componentes do SUS, entre outros.

- b) Os CAPS III já previstos dentro da Política Nacional de Saúde Mental desde o seu início, em 2010, por meio da Portaria nº 2.841/10, ganham a modalidade específica de **CAPS ad III**, compondo a rede de leitos de atenção integral em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas. Em 2012, foi publicada a Portaria nº 130/12 que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24 h (CAPS ad III) e os respectivos incentivos financeiros. Constitui um dos pontos de atenção da RAPS, destinada a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Pode atender adultos ou crianças e adolescentes.

As **Unidades de Acolhimento**, anteriormente denominadas Casa de Acolhimento Transitório, são espaços de acolhimento voluntário no contexto de um Projeto Terapêutico Individualizado desenvolvido pelo CAPS, compondo a rede de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Tais serviços, apesar de já aparecerem como estratégias do PEAD, são instituídos em 2012, pela Portaria nº 121/12. Integra o componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório da RAPS, ofertando cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e de proteção. A UA deverá garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social. Além dos três dispositivos que você acabou de estudar, ainda estão previstos, o **Serviço Hospitalar de Referência** (leitos e enfermarias em hospital geral) e as **Comunidades Terapêuticas**, conforme apresentamos a seguir:

- a) O **Serviço Hospitalar de Referência** está articulado à rede de saúde, deve ofertar suporte hospitalar para situações de urgência/emergência e de internações breves para pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool, *crack* e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas.
- b) Enquanto que as **Comunidades Terapêuticas**, de acordo com a Portaria GM/MS nº 131/12, são consideradas como serviços de saúde, de caráter residencial, destinados a oferecer cuidados contínuos, por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas que voluntariamente demandem cuidados e que tenham sido avaliados pelo CAPS (BRASIL, 2012c).

Para o recebimento de incentivo financeiro de custeio para esses dispositivos, a região de saúde deve contar, necessariamente, com UA, Serviço de Referência Hospitalar, retaguarda de urgência e CAPS, preferencialmente CAPS ad III em seu território. É importante destacar que está previsto na referida Portaria que o projeto técnico das referidas instituições deverá estar embasado em um conjunto de diretrizes, dentre as quais:

- a) A exigência de garantia de direitos dos residentes como cidadãos.
- b) Ser centrado nas necessidades do residente na perspectiva de construção de autonomia e reinserção social.
- c) O respeito à orientação religiosa do residente, sem impor a participação em atividade religiosa.
- d) A garantia de acesso aos meios de comunicação.

O projeto terapêutico singular de cada residente deverá ser desenvolvido nesse serviço com o acompanhamento da equipe técnica do CAPS de referência (BRASIL, 2012c).

No entanto, historicamente, as Comunidades Terapêuticas apresentam uma abordagem do problema do uso de drogas que se distingue dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Andrade (2011, p.4669) aponta algumas críticas com relação aos modelos de cuidado oferecidos nos Hospitais Psiquiátricos e nas Comunidades Terapêuticas: “O internamento nestes serviços vai, portanto, na direção contrária à da subjetivação das práticas desses usuários de drogas, dificultando a possibilidade de um novo percurso por vieses socialmente mais aceitáveis e produtivos”.

Até aqui, você conheceu a trajetória das políticas de saúde para as pessoas em sofrimento pelo uso de álcool e outras drogas, com destaque para os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial específicos para essa população.

Na próxima seção, você irá aprender sobre a atenção psicossocial comunitária.

1.2.5 Atenção Psicossocial e Comunitária

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas apoia-se em alguns princípios e diretrizes expostos anteriormente. Ao mesmo tempo, as mudanças que propõe exigem a implementação de um modelo assistencial condizente com tais diretrizes. Estes são os princípios da atenção psicossocial.

Costa-Rosa (2000) formula os elementos que definem o que ele intitula Modo Psicossocial, que se constitui em um paradigma com que orienta todas as práticas que se alinham com a reformulação do campo da Saúde Mental. Considera, assim, quatro parâmetros, os quais você pode conferir a seguir:

I) Concepções do “objeto” e dos “meios de trabalho”

Reúnem-se neste parâmetro as concepções sobre saúde-doença-cura que se articulam nas práticas de assistência, assim como aquelas sobre os meios e os instrumentos utilizados para sua efetivação.

No Modo Psicossocial a compreensão da determinação do fenômeno da “doença mental” leva em conta fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e políticos. Ou seja, considera que este é um fenômeno multideterminado e, por isso mesmo, altamente complexo (COSTA-ROSA, 2000).

Note que a ampliação desse conceito leva a considerar o sujeito em tratamento a partir da ideia de existência-sofrimento, buscando superar a noção de doença biológica. Daí a recomendação de se “colocar a doença entre parênteses” para que as outras dimensões possam ser consideradas. Mas também exige a singularização da atenção, procurando identificar quais as determinações dos problemas em questão (COSTA-ROSA, 2000).

A intervenção e o cuidado exigem, portanto, a atuação de uma equipe interprofissional que se oriente pela busca de formas de intercâmbio das suas visões teórico-técnicas e das suas práticas. Sendo assim, utiliza-se um conjunto amplo de dispositivos de apoio e de estratégias de cuidado.

Atente ainda que a ênfase do cuidado implica na participação de outras pessoas, como a família e os grupos sociais dos quais o sujeito faz parte, não se restringindo apenas ao indivíduo. Há, portanto, uma busca pela reinserção social do sujeito e a consideração da sua importância como participante principal no processo, produzindo com isso uma implicação subjetiva e o reconhecimento das possibilidades e limites para mudar.

Dessa forma, os serviços substitutivos são considerados os dispositivos privilegiados onde esse cuidado pode ser oferecido.

II) Organização do Dispositivo Institucional

Este segundo parâmetro diz respeito ao papel que as instituições exercem na efetividade do atendimento e ao modo como se dão as relações dentro delas: as formas de lidar com o poder; o fluxo de decisão e de execução; e o modo de divisão do trabalho interprofissional.

As instituições que se baseiam no Modo Psicossocial devem procurar estabelecer uma horizontalização das relações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários, produzindo uma inversão no fluxo do poder.

Isso significa que a coordenação é um poder dado em representação, com a função de coordenar as ações conjuntas e fazer executar as decisões que são tomadas de forma coletiva por meio de assembléias e reuniões gerais de acordo com o âmbito a que se referem.

Além desses aspectos, note que essas instituições devem obedecer também ao princípio de descentralização que inclui a municipalização dos recursos e de gerenciamento da demanda, assim como garantir a participação popular no controle do sistema de saúde por meio da atuação nos conselhos e conferências de saúde (controle social).

III) Relacionamento com a Clientela

Este parâmetro, por sua vez, diz respeito às diferentes formas de intercâmbio entre os **participantes**, com destaque para a oferta de serviços que tenham a capacidade para o acolhimento da demanda e a possibilidade de ser efetivamente resolutivo.

Profissionais, usuários dos serviços, familiares, comunidade.

No Modo Psicossocial, tais equipamentos definem-se como espaços de interlocução, onde é possível uma relação horizontalizada que considera o usuário como um participante válido no diálogo. Devem funcionar como ponto de fala e de escuta da população, acolhendo demandas e encaminhando-as, quando for o caso, a outras instituições ou setores. Constitui-se, desse modo, como instância de um saber que é capaz de oferecer possibilidade de resolução adequada dos problemas apresentados por cada sujeito, na medida de sua necessidade.

IV) Formas de Efeito Terapêutico e Ético das Práticas

Designam-se aqui as concepções a respeito do efeito terapêutico e ético das práticas de cuidado, considerando os fins políticos e socioculturais amplos aos quais elas se destinam.

Os princípios do Modo Psicossocial assinalam a necessidade de se procurar como fim terapêutico o reposicionamento subjetivo do sujeito. Isso significa que, embora importante, a supressão dos sintomas apresentados pelo usuário não seria a meta final, nem deveria dar-se a qualquer custo (COSTA-ROSA, 2000).

Note que este parâmetro procura observar uma ética da singularização, levando em conta o modo próprio do sujeito posicionar-se e relacionar-se com os outros e consigo mesmo, ou seja, as dimensões subjetiva e socio-cultural que o constituem. Desse modo, procura-se respeitar as soluções próprias que cada sujeito formula para enfrentar e resolver os problemas da sua vida e que são os principais indicadores para orientar o tratamento.

1.3 Resumo

Nesta unidade, dedicamo-nos a refazer o percurso histórico de formação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, as diretrizes e dimensões que a constituem e a sua incorporação à Política Pública de Saúde Mental. Vimos que o processo intensifica-se no final dos anos 1970, com a participação decisiva dos movimentos sociais na denúncia das condições degradantes dos hospitais psiquiátricos e motivados pela redemocratização em curso no país.

Você conheceu aqui os acontecimentos que contribuíram ao longo dos anos para a sua formação e consolidação (congressos, encontros, conferências etc.), além do papel dos diversos atores que integram o processo (movimentos sociais, entidades de classe, Estado etc.). Apontamos ainda, as principais dimensões que integram esse processo, quais sejam, os aspectos Teórico-Conceitual, Técnico-Assistencial, Jurídico-Político e Sócio-Cultural, cujo entrelaçamento é essencial para que alcancemos uma Reforma Psiquiátrica efetiva.

Você pôde compreender como se deu a constituição da Política Pública de Saúde Mental, a partir da aprovação da Lei nº 10.216/01. Relacionamos as contribuições dadas por essa lei e pela incorporação dos Princípios do SUS, bem como pela Declaração de Caracas (OMS-OPAS).

Também apreciou alguns dos projetos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (Programa de Volta para Casa, Rede de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, PNASH-psiquiatria etc.), assim como as Portarias Ministeriais que os orientam.

Além disso, consideramos as orientações voltadas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, bem como as diretrizes específicas da política pública neste setor. Por fim, você estudou o modelo assistencial proposto para a implementação das ações na área da saúde mental, descrevendo o modo de atenção psicossocial e comunitário nos seus principais aspectos e concepções.

1.4 Fechamento

Nesta unidade, conhecemos o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil: histórico e diretrizes, vimos também a Política de Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas. Especificamos ainda, a Legislação de Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas e a Atenção Psicossocial e Comunitária.

Na próxima unidade, você estudará o tema do Controle Social no Campo da Saúde Mental. Discutiremos temas como o empoderamento de usuários e familiares para a participação na construção das políticas, na gestão e na clínica. Descreveremos a relação dos Movimentos Sociais com a participação de usuários, familiares e trabalhadores. Finalizaremos com a apresentação do Controle Social, Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde Mental.

Vamos lá!

1.5 Recomendação de Leitura Obrigatória

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

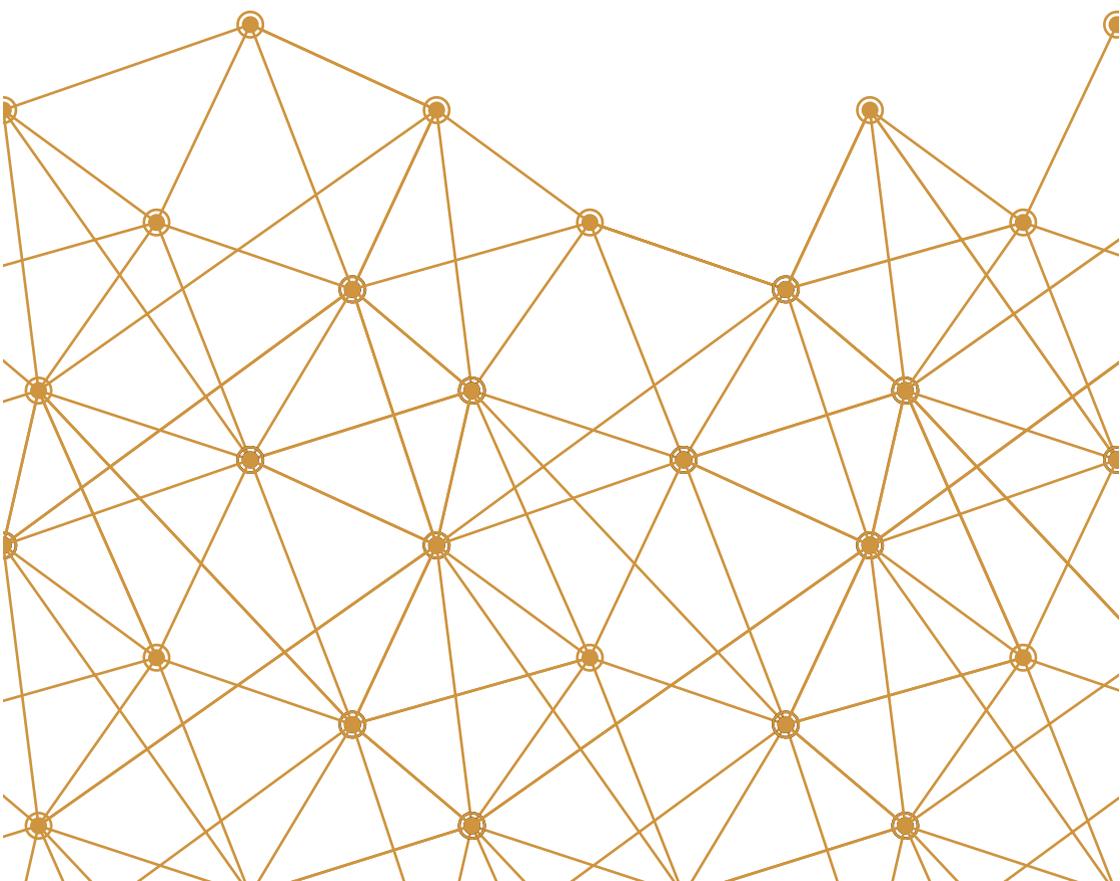
1.6 Recomendação de Leitura Complementar

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. v. 2. São Paulo: Hucitec, 2008.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011.

BRASIL. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2012.

UNIDADE 2



Unidade 2 – Controle Social no Campo da Saúde Mental

Ao final desta unidade, você saberá como promover o conhecimento relacionado ao Controle Social na atenção psicossocial.

2.1 Introdução

O tema do Controle Social no campo da Saúde Mental é complexo e importante porque configura uma estratégia de consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica. A consolidação das Políticas Públicas para o campo da saúde mental depende, necessariamente, de usuários, familiares e profissionais engajados para fiscalizarem e proporem novas formas de cuidado. Assim, você estudará nesta unidade temas que constituem essa problemática, a exemplo do empoderamento e das Conferências de Saúde que compõe este contexto mais amplo. O Movimento de Luta Antimanicomial, em suas diferentes formas de organização, tem sido um ator social que visa à transformação da relação da Sociedade e do Estado com a loucura. Logo, o esclarecimento sobre estes temas contribuem para uma atuação política no campo da atenção psicossocial efetiva.

2.2 Empoderamento de Usuários e Familiares para a Participação na Construção das Políticas, na Gestão e na Clínica

No Brasil, de acordo com Vasconcelos (2011), há uma tendência, ainda, de se reproduzir os padrões sociais e culturais dos colonizadores portugueses, como por exemplo, a cultura católica, familiar e hierárquica, com tendência à segregação das classes populares e mínima participação popular na formulação de políticas públicas. Esta tendência valoriza o pertencimento da pessoa a um grupo familiar potencializando a dependência pessoal e desvaloriza a autonomia. No campo da saúde mental a questão de base ainda é a luta incessante dos usuários e familiares a serem atendidos em seus direitos fundamentais previstos na Constituição da República Federativa do Brasil. Nos países latino-americanos há acentuação de uma cultura terapêutica, onde o profissional centraliza o tratamento, em detrimento de um cuidado horizontal e que considere o saber popular (VASCONCELOS, 2000).

Entretanto, vivemos uma complexa relação entre Estado, sociedade e mercado que se reflete em uma disputa ideológica na maneira de se ordenar como devem ser os padrões cotidianos da vida. Dentre a organização societária, temos várias lutas encampadas no Brasil, destaque para a luta pela democratização contra a Ditadura Militar, que mobilizou várias pessoas em movimentos sociais organizados, inclusive no campo da saúde, a exemplo da Reforma Sanitária Brasileira, originando assim, o Sistema Único de Saúde.

Em que pese à mobilização e organização política da sociedade no campo da saúde, a maior delas é relativa ao direito de participar desde a formulação à fiscalização das políticas públicas em saúde e saúde mental, com a Lei 8.142 de 1990. Esta normativa dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Observe que a Lei nº 8.142, de 1990, avoca definitivamente o controle social no Brasil, processo este inigualável no mundo. Este processo garante a participação de usuários, familiares e profissionais da saúde mental, por meio de representação, nas instâncias de decisões políticas do Estado.

O controle social permite aos atores do campo da atenção psicossocial participar da fiscalização da gestão das políticas de saúde mental nas **três esferas de governo** e dos serviços de saúde mental por meio de conselhos de saúde e, atualmente, os intersetoriais, a exemplo dos conselhos de assistência social.

As **três esferas de governo** são: federal, estadual e municipal.

Entretanto, esta representação da sociedade civil nas instâncias de controle social, até agora, mostra algumas limitações e fragilidades sobre as quais é preciso refletir, buscando estratégias para seu fortalecimento. Os poucos dados disponíveis sobre a organização e participação de usuários e familiares no Brasil indicam um crescimento lento do número de associações civis, que em geral são mistas - compostas por usuários, familiares e profissionais - nas quais os profissionais têm um papel mais regular nas bases de organização. Podemos observar que a desigualdade social gera dificuldade na mobilização de lideranças de usuários e familiares nos estratos sociais, principalmente daqueles com nível de renda mais elevado, pois não se identificam como usuários do Sistema Único de Saúde e não reconhecem seus direitos como cidadãos (VASCONCELOS, 2000; 2011). Assim, são nos serviços de atenção psicossociais que se encontram lideranças mais ativas do movimento de usuários.

Nesse contexto, criar, potencializar e qualificar estratégias de empoderamento de usuários e familiares para que possam cada vez mais participar e ter emancipação plena para transformar a realidade no campo da atenção psicossocial, desponta como um desafio. Assim, é necessário refletir e propor estratégias que promovam o desejo, o sentido de militância política e de mudança em uma realidade marcada por resistências e disputas políticas na saúde mental.

Segundo Vasconcelos (2011, p. 27) a primeira aproximação ao conceito de empoderamento (*empowerment*) é: “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”.

É preciso esclarecer que o empoderamento é uma questão de caráter polissêmico, equivalente à participação e humanização, que pode ser apropriado tanto para fins conservadores, quanto emancipatórios. O empoderamento deve ser um conceito transversal às práticas de saúde de modo a fortalecer a cidadania no campo da saúde mental.

As estratégias de empoderamento para fins emancipatórios requerem, de acordo com Vasconcelos (2011), algumas atitudes, tais como:

- a) Reconhecer seu caráter polissêmico.
- b) Conhecer minimamente sua história anterior de apropriações conservadoras e emancipatórias.
- c) Reconhecer que as abordagens de empoderamento não são suficientes por si mesmas, requerendo, portanto, que sejam ancoradas em princípios ético-políticos e na teorização política, social, cultural e psicossocial, para poderem ser sustentadas de forma adequada aos interesses emancipatórios e para as características de cada contexto em particular.
- d) Admitir que não se trata de fazer simples transposições transnacionais ou transculturais de conceitos e estratégias oriundas de outros países, pois sua apropriação, em cada contexto, exige adaptações, revisões críticas, comparações com as experiências locais já existentes, experiências-piloto e sua avaliação, entre outros, antes de sua difusão ampla.



Palavra do profissional

Os profissionais, em especial os enfermeiros, a partir do acolhimento de usuários e familiares nos serviços de saúde/saúde mental, e ao construírem os Projetos Terapêuticos Singulares em equipe, terão pela frente a possibilidade de ampliar a perspectiva de vida destes usuários e de seus familiares a partir do acompanhamento destas vivências.

Tenha em mente que as estratégias de empoderamento são únicas para cada usuário e familiar, mas tornam-se coletivas quando o objetivo a ser transformado passa a ser comum entre todos.

Assim, as ações que visam à recuperação e empoderamento na perspectiva do movimento dos usuários e familiares em saúde mental são, conforme Vasconcelos (2004, 2011), compostas por alguns Conceitos-Estratégias, apresentados a seguir:

- a) **a noção da recuperação (recovery):** significa que a pessoa, a despeito das limitações e dependendo do suporte, pode retomar uma vida usual relativamente ativa. Nos programas de reabilitação psicossocial, entre os principais fatores que induzem o processo de recuperação, estão a moradia; a capacitação e o trabalho supervisionado; as oportunidades educativas; as oportunidades reais de socialização, incluindo amizades; e inserção em grupos e movimentos de usuários.
- b) **cuidado de si:** este conceito busca incluir todo o complexo processo de reelaboração das experiências de sofrimento e dor na vida, principalmente aquelas associadas às fases mais intensas do sofrimento psíquico e do transtorno. Tem por objetivo dar um novo sentido ao sofrimento, recuperar a autoestima do indivíduo e sua inclusão na sociedade. Isso envolve a construção de *narrativas pessoais* por escrita individual ou pelo diálogo, dentre outros.



Saiba mais

Você pode aprofundar seus conhecimentos sobre o tema Cuidado de Si lendo: FOUCAULT, M. A Hermenêutica do Sujeito. 2. ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 2006.

- c) **ajuda mútua:** provém da reflexão dos grupos dos alcoólicos anônimos. São grupos de troca de experiências, ajuda emocional e discussão das diferentes estratégias de lidar com os problemas comuns. Estas constituem-se em dispositivos importantes, principalmente se não isoladas em si mesmas e se forem acopladas a outros tipos de iniciativas, confira a seguir:
- d) **suporte mútuo:** a partir das reuniões de ajuda mútua, é possível desenvolver atividades e iniciativas de cuidado e suporte concreto na vida cotidiana, compreendendo desde, por exemplo, passeios e atividades de lazer e cultura nos fins de semana; cuidado informal do outro que se encontra em maior dificuldade; ajuda nas tarefas diárias na casa e fora dela; suporte a familiares que precisam de uma ‘folga’ para descansar ou viajar, assumindo o cuidado do usuário; até o desenvolvimento de projetos comuns mais complexos em várias áreas como: dispositivos residenciais, trabalho para os usuários, cuidado domiciliar, acompanhamento, telefone de serviço de suporte pessoal, clubes sociais, e elaboração de cartilhas informativas e educativas sobre temas relevantes (tais como: efeitos colaterais de remédios, direitos, serviços, experiências bem sucedidas, como organizar um grupo de ajuda mútua etc.).
- e) **defesa dos direitos:** pode ser informal, individual ou entre pares. No primeiro caso (autodefesa), capacita-se o usuário ou familiar a defender seus direitos por si próprio. No segundo caso, companheiros são convidados a ajudar o outro a conseguir um benefício ou a resolver problemas na comunidade. Pode ainda ser *formal*, por meio da criação de serviços liderados por usuários ou familiares, nos quais profissionais de saúde mental e advogados são colocados à disposição para defender seus direitos civis, políticos e sociais. Estas iniciativas integram-se àquelas de defesa coletiva de direitos, como descrito nos dois itens a seguir:
- f) **transformação do estigma e dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade:** desenvolvimento de iniciativas diárias, sociais, culturais e artísticas para mudar as atitudes discriminatórias em relação ao louco nas relações cotidianas, na comunidade local, na mídia e na sociedade mais ampla. Um exemplo simples, mas importante, está na própria linguagem que usamos para nos referir aos fenômenos e pessoas. Expressões como ‘paciente’ e ‘doença mental’ acentuam a passividade e a segregação, estas podem ser substituídas por ‘usuário’ e ‘sofrimento psíquico’, ‘experiências subjetivas radicais’ ou, em linguagem mais técnica, por ‘transtorno mental’.

- g) **participação no sistema de saúde/saúde mental e militância social mais ampla:** de forma integrada aos demais tipos de organização, os grupos de usuários e familiares participam das instâncias e conselhos de saúde, saúde mental e outras políticas sociais, bem como desenvolvem projetos de pesquisa, planejamento, e avaliação de serviços, incluindo a capacitação de profissionais. Em outros termos, valoriza-se no sistema de saúde mental e de assistência social o ponto de vista, o testemunho e a voz dos que viveram ou vivem concretamente, no plano pessoal, as experiências de sofrimento psíquico. Além disso, os grupos também desenvolvem a participação cidadã na comunidade vizinha do serviço ou do local de moradia dos usuários e familiares, através das associações de moradores e de outros movimentos sociais, de ONGs etc. Todas essas formas de inserção também criam uma rede de vínculos fundamental para os momentos de mobilização política, para uma participação em campanhas e reivindicações por mudanças mais globais nas políticas e legislação em saúde, saúde mental e outras políticas sociais.
- h) **narrativas pessoais de vida com o transtorno mental:** são reconhecidas como uma maneira sensível de integrar as experiências de uma pessoa, de expressar essa vivência a partir da perspectiva existencial, social e política dos usuários. Pode ser realizada por meio de textos com enorme potencial literário, que podem alcançar níveis elevados de elaboração e, inclusive, serem publicados em papel e na internet.
- i) **formação política:** é uma prática reflexiva que busca desenvolver a consciência crítica por parte do usuário-cidadão para objetivos a serem desenvolvidos, de acordo com suas necessidades ético-político e existencial.

2.2.1 Implicações do empoderamento e Enfermagem

Com base no que diz Vasconcelos (2011), podemos deduzir que a perspectiva do empoderamento é uma estratégia global de organização da base dos usuários e familiares que depende de seus níveis de organização individual-coletivo, mas que possui um profundo impacto para ampliar a luta pela Reforma Psiquiátrica e a transformação das relações da sociedade com a loucura.



Palavra do profissional

Note que os conceitos-estratégias de empoderamento remetem aos profissionais da enfermagem a oportunidade para ampliarem seu processo de trabalho que, ao incluírem novas atividades na prática cotidiana, como a organização de associações de usuários e familiares, contribuem para a consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Entretanto, faz-se necessário refletir sobre as relações de poder profissional-usuário-familiar, para que estas sejam desinstitucionalizadas e emancipadas. Isso significa potencializar os valores, jeitos de ser e os sonhos que os usuários e familiares trazem no encontro com o profissional. Importa lançar mão de exercer a profissão de forma satisfatória, ao acreditar que as diferenças existenciais e subjetivas entre profissional-usuário-familiar possam promover outras práticas possíveis e não somente aquelas que são atribuições específicas de cada categoria profissional.

Contudo, a relação cuidado de enfermagem e empoderamento significa um cuidado de enfermagem que se fortalece quando objetiva o empoderamento do próprio usuário, que se constrói em equipe e é ampliado em engajamentos e militâncias políticas. A leitura da realidade para o empoderamento do cuidado de enfermagem exige ferramentas para fazer crítica à ideologia psiquiátrica dominante, e isto se faz com práxis.

Um cuidado empoderado implica um saber-fazer em relação à defesa de direitos em saúde mental, reflete e dialoga sobre os deveres dos usuários para que novas relações sejam construídas. Esta é uma das ações que potencializa a autonomia dos indivíduos no cuidar em enfermagem no campo da atenção psicossocial.

Note que, assim, o cuidado de enfermagem no campo do empoderamento terá a finalidade de criar e de fortalecer os dispositivos de contrapoder com caráter estratégico para uma outra sociedade possível, através de cidadãos receptores-promovedores de intervenções públicas com garantia de direitos sociais (VASCONCELOS, 2011).

2.3 Movimentos Sociais: Participação de Usuários, Familiares e Trabalhadores

Após ter estudado as questões que envolvem o empoderamento e o desenvolvimento da autonomia dos usuários e familiares, você verá, nesta seção, a importância dos movimentos sociais e suas implicações para a Saúde Mental.

Os movimentos sociais possuem pelo menos duas dimensões acerca de sua importância:

- a) Seus impactos na esfera cultural, buscando alterar padrões de sociabilidade.
- b) As investidas no campo da institucionalidade com vistas a democratizar as agências e instituições político-sociais. Nesta perspectiva, a noção de política diz respeito a uma prática no cotidiano das relações sociais (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Assim, de acordo com Melucci (2001, p. 35), movimento social “é uma ação coletiva cuja orientação comporta solidariedade, manifesta um conflito e implica a ruptura dos limites de compatibilidade do sistema ao qual a ação se refere”.

Observe que é na combinação de fatores no plano empírico - já que os diferentes movimentos sociais apresentam diferentes significados quanto aos seus objetivos, suas estruturas e mecanismos de organização - que os movimentos sociais apresentarão diferentes caracteres.

O caráter conflitante e antagonista está relacionado às alterações nos mecanismos e nas ressignificações do sentido da produção nas sociedades complexas: produzir é controlar os sistemas simbólicos, da produção das informações, dos sentidos e das relações sociais. As questões antagonistas consideram o tempo, o espaço, as relações, o si-mesmo dos indivíduos. Assim, surgem questões relacionadas com o nascimento, com a morte, com a saúde, com a doença que colocam em primeiro plano a relação com a natureza, a identidade sexual e afetiva, e do agir individual (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

No campo da saúde mental, não é diferente. O movimento social da Luta Antimanicomial, em suas diferentes formas de organização, tem sido um protagonista político e social que luta para transformar as relações entre o Estado, a Sociedade e o Mercado com a loucura e o sujeito desta vivência.

Entendemos, como Luchmann e Rodrigues (2007), que o manicômio é a tradução mais completa da exclusão social, visa o controle, a violência e a mortificação do ser. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura.

Portanto, a ruptura com o modelo manicomial significa, para o movimento, além do fim do hospital psiquiátrico, seu ponto de partida: a “contraposição 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” (ABOU-YD; SILVA, 2003, p. 42). Para as autoras, significa ainda “**mirar a cidade como o lugar da inserção**”, a possibilidade de ocupação, produção e compartilhamento do território a partir de uma cidadania plena.

2.3.1 As Origens do Movimento Antimanicomial

O ano de 1987 destaca-se pela realização de dois eventos importantes no país:

- a) **A I Conferência Nacional de Saúde Mental.**
- b) **O II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental** – MTSM, em Bauru/SP.

Este segundo evento vai registrar a presença de associações de usuários e familiares. Assim, com a participação de novos atores, o MTSM passa a se constituir em um movimento mais amplo, na medida em que não apenas trabalhadores, mas outros atores se incorporam à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

Esse momento marca uma renovação teórica e política do MTSM, por meio de um processo de distanciamento do movimento em relação ao Estado e de aproximação com as entidades de usuários e familiares que passaram a participar das discussões. Neste cenário, instala-se o lema do movimento: **Por Uma Sociedade Sem Manicômios** (AMARANTE, 1995).

Tal lema sinaliza um movimento orientado para a discussão da loucura para além do limite assistencial, concretizando a criação de uma utopia que passa a demarcar um campo de crítica a realidade do campo da saúde mental e atenção psicossocial, principalmente no que diz respeito às formas de tratamento aos usuários. Atualmente, essa discussão é retomada sob a égide **Por Uma Vida Sem Manicômios**, já que considera que a sociedade pode também ser um manicômio (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Tendo em vista uma significativa aproximação dos usuários e dos familiares, é criado, no Congresso do MTSM, o **Manifesto de Bauru** que, segundo Silva (2003, p. 13), é “uma espécie de documento de fundação do movimento antimanicomial que marca a afirmação do laço social entre os profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento”.

A partir desse marco histórico, com o manifesto de Bauru, surge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial que, segundo Lobosque (2001, p. 102), significa:

Movimento – não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; Nacional – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; Luta – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; Antimanicomial – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios. (LOBOSQUE, 2001, p. 102)

Para a autora, com o movimento abre-se e torna-se público o debate em direção à ruptura radical com uma perspectiva tecnicista sobre a loucura.

No espaço de seis anos, compreendidos entre 1987 e 1993, podemos observar que várias articulações foram realizadas, diversos núcleos do movimento foram se constituindo e no ano de 1993 foi realizado, então, o **I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial** em Salvador/BA, cujo eixo principal das discussões girava em torno da organização do movimento. O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) tem seu primeiro encontro.

Neste mesmo ano foi elaborada a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários em Saúde Mental, escrita no III Encontro de Associações de Usuários e Familiares em Saúde Mental, em Santos (SP), em 1993 (VASCONCELOS, 2003. p. 342-347).

Durante os encontros do MNLA são pensadas as formas de organização e estrutura do movimento para dar conta das agendas de lutas que o movimento objetiva transformar.

Até 2001, aconteceram cinco encontros nacionais, confira a seguir:

- a) I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Salvador/BA, 1993.
- b) II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Belo Horizonte/MG, 1995.
- c) III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Porto Alegre/RS, 1997.
- d) IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Paripuera/AL, 1999.
- e) V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Miguel Pereira/RJ, 2001.

Importante situar que, de 1987, quando foi criado, até 2001, quando ocorreu uma importante cisão, vigorou no Brasil um **movimento único** que recebeu o nome de “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”.

Em 2001, no V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Miguel Pereira no Rio de Janeiro, acontece a cisão do movimento único de luta antimanicomial devido a divergências quanto aos modos e métodos de organização política do movimento.

Instituem-se, então, duas formas de organização do movimento de luta antimanicomial: a continuidade do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e a Rede Nacional Internúcleos (RENILA) que se forma apenas em 2003.

As formas de organização no campo da luta antimanicomial no Brasil podem ser expressas em: Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA); Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA); Movimentos de iniciativas Associativas que não se filiam aos movimentos sociais, mas ligadas a serviços; associações que se filiam e compõe núcleos de luta antimanicomial; usuários e familiares que militam autonomamente; lideranças que lutam por movimento de usuários independentes; e lideranças que militam por um Movimento de usuários e familiares juntos independentes.

Para melhor entendimento da organização dos dois movimentos acima referidos – MNLA e RENILA -, situamos abaixo resumidamente alguns elementos da trajetória de cada um, assim como, de suas proposições.

Movimento Nacional de Luta Antimanicomila (MNLA)

No Movimento Nacional de Luta Antimanicomial – **MNLA** há uma organização em constante avaliação e, no momento, há uma Secretaria Executiva Nacional Colegiada que é responsável por convocar plenárias e encontros do movimento, a cada dois anos, para debater e trocar vivências entre os núcleos, constituindo-se em instância soberana das deliberações. Nos encontros, discutem-se a eleição de representantes para a Comissão Intersectorial de Saúde Mental – CISM – do Conselho Nacional de Saúde; a escolha de núcleos que comporão a Secretaria Executiva Nacional Colegiada; e a escolha da sede do próximo encontro do movimento.

Até o momento, aconteceram os seguintes encontros:

- a) VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, São Paulo/SP, 2005.
- b) VII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Vitória/ES, 2007.
- c) VIII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, São Bernardo/SP, 2009.
- d) IX Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Angra dos Reis/RJ, 2011.

Em média, a participação tem alcançado cerca de mil pessoas por evento. O MNLA organiza-se e articula-se com o objetivo de transformar as condições, relações e representações acerca da loucura em nossa sociedade. Suas ações e lutas estão direcionadas e vêm impactando as diferentes dimensões da vida social.

Fique atento, o X Encontro do MNLA está previsto para acontecer em 2013, na cidade de Itajaí, em Santa Catarina.

Os movimentos sociais não se constituem como fenômenos coletivos homogêneos ou como personagens dotados de vontades, ao contrário, compõem-se de projetos e sentidos independentes. Eles são ações coletivas de caráter fragmentário e heterogêneo que destinam boa parte de suas energias e recursos para o gerenciamento de sua complexidade (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007). Assim:

Resgatando análise de Melucci, pode-se dizer que o MNLA é: uma ação coletiva cuja orientação comporta solidariedade, manifesta conflitos e implica a ruptura dos limites de compatibilidade do sistema de saúde mental no país. A configuração dos atores e instituições (trabalhadores, profissionais, políticos, empresários, usuários e familiares) conforma um quadro multipolar deste campo que, embora atravessado por diversos conflitos e ambiguidades, vem promovendo alterações significativas nas quatro dimensões apontadas, quais sejam: epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica, e sócio-cultural (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 406).

Rede Nacional Internúcleos

Em 2003, vários núcleos do movimento reaglutinaram-se sob a bandeira dos direitos humanos, constituindo assim a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA).

A RENILA realizou o seu primeiro encontro nacional em dezembro de 2004, no estado do Ceará. O segundo encontro ocorreu no ano de 2007, e o terceiro encontro em 2011, ambos em Goiânia. No que se refere à estruturação e o funcionamento da RENILA, cabe destacar que é composta por núcleos, considerados elementos de base. A entrada no movimento dá-se pela solicitação de adesão e concordância com a Carta de Princípios da RENILA. Tem uma coordenação Colegiada eleita em cada encontro nacional, composta por dois representantes de cada estado (OSM, 2003).

A Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial constitui-se em uma ação coletiva, visa a transformação radical das relações entre sociedade e loucura ao combater formas de aprisionamento das pessoas com experiências da loucura e lutar por sua cidadania.

Em um campo mais amplo a saúde mental caminha junto com os direitos humanos para garantir uma assistência em liberdade (OSM, 2003).

Por outro lado, a RENILA convocou, em 2009, a Marcha dos Usuários em Brasília com participação aproximada de 2.300 pessoas, com o objetivo de mobilizar o Estado a realizar a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. No relatório final da Marcha (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL-INTERSETORIAL, 2010b), já discutido na Unidade anterior, existem várias propostas que expressam as concepções e ações da RENILA.



Saiba mais

Para conhecer a discussão sobre algumas das propostas das duas formas de organização da luta antimanicomial acima citadas – MNLA e RENILA -, você deve consultar: <http://blogdarenila.blogspot.com.br/>.
<http://www.grupos.com.br/group/mnla>.

2.4 Controle social e conselhos de saúde

Segundo Correia (2002 *apud* Rodrigues, 2005), o conceito de controle social pode ser entendido de várias formas, conforme as distintas concepções:

- a) Controle do Estado sobre a sociedade, isto é, o Estado controlando a sociedade em favor de uma classe dominante;
- b) **Controle da Sociedade sobre o Estado:** é a sociedade controlando as ações do Estado em favor da maioria.

Dessa última concepção, o conceito de *controle social* é visto como: “a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas” (CORREIA, 2001, p.221).

Observe que o controle social implica na efetiva participação da sociedade na elaboração, formulação, planejamento, execução, acompanhamento, avaliação e fiscalização das políticas públicas; em suma, em todo o processo de garantir o cumprimento dos deveres do Estado e dos direitos dos cidadãos. Ainda, como aponta Vasconcelos (2009, p. 1), “constitui uma forma estratégica de participação social da sociedade civil e de democratização do Estado, induzindo-o a ações e políticas de interesse público ou impedindo-o de realizar iniciativas antipopulares”.

No âmbito da saúde, o controle social está garantido por lei, tanto na Constituição Federal, que define que o sistema de saúde deve ser organizado, dentre outras diretrizes, pela participação da comunidade, como na Lei nº 8.142/90 (já citada anteriormente) que regulamenta a referida participação comunitária.

Na Lei nº 8.142/90, é definido que o SUS contará, em todas as esferas de governo, com as seguintes instâncias de controle social: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Essas duas instâncias apresentam características específicas, as quais você verá na sequência.

Os **Conselhos de Saúde** são órgãos deliberativos e permanentes com o objetivo de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sendo composto, paritariamente, por representantes de usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços. A paridade é garantida e a distribuição das vagas é de 50% para representantes do segmento dos usuários e 50% para os representantes dos profissionais, sendo que 25% das vagas é destinada aos gestores e 25% aos prestadores.

Vale ressaltar que a Lei nº 8.142/90 ainda atrela a constituição dos conselhos de saúde ao repasse de recursos financeiros, uma vez que municípios e estados devem contar, obrigatoriamente, dentre outras contrapartidas, com o seu respectivo Conselho de Saúde para receberem os recursos.

As **Conferências de Saúde**, por sua vez, são espaços de ampla participação da sociedade, consultivos e com periodicidade de quatro em quatro anos. Tem por objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. Nesses espaços, também deve estar garantida a paridade entre os diferentes segmentos.

Além das instâncias formais de controle social, conforme aponta Vasconcelos (2009), existem outros espaços e outras formas para se exercer a participação social. São eles:

- a) Movimentos sociais.
- b) Associações de bairros, de usuários e familiares.
- c) Ocupação de instâncias do poder executivo: a colocação de atores políticos e técnicos em agências de planejamento e gestão políticas e programas específicos permitem direcioná-la para os interesses populares ou não.
- d) Ocupação ou busca de apoio nos **Conselhos Nacionais de Gestores da Saúde**: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).
- e) Ministério Público: aproximação e busca de apoio a políticas e projetos específicos ou para fiscalização de sua execução.
- f) Legislativo e partidos políticos: construção de frentes parlamentares ou redes de apoio a causas e programas; introdução de projetos de lei de interesse para políticas específicas; denúncias; CPI's; audiências públicas; projetos de lei via abaixo-assinados da população etc..
- g) PROCON: proteção do consumidor de serviços.
- h) Conselhos profissionais: podem atuar em função dos interesses mais gerais da população, mas também podem defender interesses mais corporativos ou do complexo empresarial associado ao campo. Além disso, podem ser acionados pela população em caso de mau atendimento, descaso ou irresponsabilidade de profissionais.
- i) Associações científicas e agências de fomento e pesquisa: as corporações e grupos profissionais hegemônicos tendem a organizar ou ocupar estas associações e agências, monopolizando as pautas e fundos de pesquisa e produção tecnológica; os interesses populares devem também investir na ocupação destes espaços.
- j) Meios de comunicação: cobertura e denúncias nos principais veículos de mídia; os setores populares, na maioria das vezes, contam apenas com a internet e os veículos alternativos, como rádios comunitárias, jornais populares, de partidos, sindicatos e de movimentos sociais.
- k) Ação política e sindical direta: realização de marchas, passeatas, protestos, greves de trabalhadores do setor etc..



Saiba mais

Você pode conhecer melhor o Conselho Nacional de Saúde acessando o [link](http://www.conselho.saude.gov.br) do Portal:

<<http://www.conselho.saude.gov.br>>.

2.5 Conferências de Saúde Mental

Nas conferências nacionais de saúde são pautadas as prioridades de saúde da população. O campo da saúde mental já realizou três conferências nacionais de saúde mental e uma de saúde mental – intersetorial que produziram importantes deliberações e avaliações que têm subsidiado a formulação da política pública. Conforme você pode observar nas seções anteriores, cada conferência ocorreu em um contexto sociopolítico e em momentos distintos de questionamento do modelo de atenção proposto às pessoas com transtornos mentais. A I Conferência, realizada em 1987, constituiu-se no mesmo período da redemocratização do país, das lutas populares e da Reforma Sanitária, sendo um dos reflexos da 8ª Conferência Nacional da Saúde.

A II Conferência foi realizada em 1992, num contexto onde já se encontrava em curso o processo de implementação do SUS e de transformação da lógica de intervenção da Saúde Mental em todas suas dimensões. A III Conferência, realizada em 2001, reflete um dos marcos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo em vista, inclusive a promulgação da Lei nº 10.216/2001. A IV Conferência, realizada em 2010, foi precedida de uma ampla organização do movimento social que culminou na Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, realizada em 2009.

Em geral, conforme apontam Mângia e Nicácio (2002):

As Conferências têm desempenhado um papel fundamental na definição e no aprofundamento dos rumos da reforma psiquiátrica e sua realização propicia o debate democrático necessário para a legitimidade da construção de uma política de saúde mental comprometida com a defesa dos direitos humanos e com a ruptura com as formas tradicionais da assistência psiquiátrica, que no Brasil resultaram no ineficaz modelo asilar. (MÂNGIA; NICACIO, 2002, p.1)

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001) fazem uma análise das quatro primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental, conforme segue abaixo:

- I) **Conferência Nacional de Saúde Mental** – junho/1987, Rio de Janeiro. Foi delimitada a partir de três temas básicos, a saber:
 - a. **Economia, Sociedade e Estado:** impactos sobre saúde e doença mental – análise do modelo econômico brasileiro, apontando para um conceito de saúde ampliado, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.
 - b. **Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental** – reafirmação das teses da Reforma Sanitária, incluindo a especificidade da saúde mental e ressaltando a mudança do modelo de atenção.

- c. **Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental** – proposição de reformulação da legislação específica de saúde mental, bem como de leis trabalhistas.

II) **Conferência Nacional de Saúde Mental** – dezembro/1992, Brasília. Foi organizada a partir dos eixos abaixo:

- a. **Crise, democracia e reforma psiquiátrica** – definição da atenção integral e da cidadania como conceitos direcionadores, reafirmação dos princípios do SUS, propondo a substituição do modelo de atenção e estimulação da organização comunitária.
- b. **Modelos de atenção em saúde mental** – reafirmação do princípio da municipalização, incluindo os princípios de território e responsabilidade, apresentação de propostas de capacitação dos trabalhadores e desenvolvimento de pesquisas.
- c. **Direitos e cidadania** – proposições gerais com relação à revisão das leis e garantia dos direitos civis, trabalhistas e dos usuários da Saúde Mental.



Saiba mais

Para ampliar seus conhecimentos sobre o assunto, recomendamos as seguintes leituras:

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, VIII., 1987. Brasília. **Relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, I., 1987. Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. 45p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, II., 1992. Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 63p.

III) **Conferência Nacional de Saúde Mental** – dezembro/2001, Brasília. Teve como tema central: “*Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social*”. Seguido de seis subtemas, com seus respectivos princípios e diretrizes, confira:

- a. **Reorientação do modelo assistencial em saúde mental** – reafirmação dos princípios do SUS e das diretrizes da Reforma Psiquiátrica; priorização na implantação das políticas de saúde mental; definição dos pressupostos de inclusão social e habilitação para a convivência com a diferença; implementação de rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e superação das relações de tutela e/ou institucionalização.

- b. **Recursos humanos** – estabelecimento de adequada política de RH que contemple desde capacitação e educação permanente até a isonomia salarial e de carga horária entre os trabalhadores; contratação por concurso público; implantação do trabalho interdisciplinar estimulando a superação do manicômio mental.
- c. **Financiamento** - os recursos devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços; devem contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação e implementação de uma nova política de saúde mental; reafirmação da necessidade de ampliação de recursos para saúde e saúde mental, propondo-se novas fontes de financiamento e enfatizando o redirecionamento das verbas destinadas aos hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos.
- d. **Acessibilidade** - reafirmação da meta de garantia de equidade de acesso a todos os serviços de saúde; necessidade de garantir e melhorar o acesso aos bens e serviços da sociedade; e garantia do acesso às informações financeiras e dotação orçamentária, para maior e melhor fiscalização.
- e. **Direitos e cidadania** - priorização de políticas que fomentem a autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, incentivando o exercício de cidadania plena, no lugar de iniciativas tutelares; garantia de inclusão social, sem qualquer restrição ou limitação.
- f. **Controle social** - deve constituir-se com a representação de todos os segmentos, na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção da política de saúde mental; reforçar a natureza dos Conselhos e a importância das Conferências; instituição de Conselhos Gestores em todos os serviços de saúde; ênfase na constituição, ação e importância das comissões de saúde mental; e efetiva participação da sociedade civil e dos movimentos sociais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2002).

IV) Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial – julho/2010, Brasília. Com o tema central: “*Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*”, convoca a intersectorialidade para discutir os eixos abaixo:

- a. **Saúde mental e Políticas de Estado:** pactuar caminhos intersectoriais – reafirmação do caráter público da política de saúde mental; defesa da ampliação e consolidação da rede de serviços substitutivos em saúde mental; garantia de ações intersectoriais; reafirmação de princípios como o de território e integralidade, além de estratégias como o matriciamento; investimento na qualificação dos serviços; e intensificação da participação popular.

- b. **Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais** – promoção de relações pautadas no acolhimento e no vínculo, adotando um modelo de saúde humanizado; necessidade de criação de políticas intersetoriais, multiplicando o cuidado em Saúde Mental e fortalecendo a corresponsabilidade; democratização da gestão do processo de trabalho em Saúde Mental com a participação de todos; e o fortalecimento dos movimentos sociais e das associações de familiares e usuários nos serviços de Saúde Mental.
- c. **Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial** – reafirmação da necessidade de garantir o acesso a tratamento adequado sem qualquer forma de violação dos direitos humanos; proposição de um marco legal para a abolição das práticas de tratamento cruel ou degradante; fortalecimento dos Conselhos de Saúde, suas Comissões de Saúde Mental e Conselhos de Direitos Humanos para que averiguem a violação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico; o combate ao estigma e o respeito à diversidade (BRASIL, 2010).

Além das quatro conferências nacionais que você acabou de estudar, sugerimos a leitura do documento sobre a proteção de pessoas com transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental, carta da ONU, de 1991, também aprovada e assinada pelo Brasil.



Saiba mais

Amplie seus conhecimentos sobre o tema, recomendamos que você faça as seguintes leituras:

CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE MENTAL, III, 2001, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde: Ministério da Saúde, 2002. 213p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, IV, 2010, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde: Ministério da Saúde, 2010. 210p.

2.6 Resumo

O conteúdo desta unidade ressaltou a importância decisiva do Controle Social na formulação da Política Pública de Saúde Mental bem como na implementação e fiscalização das ações nessa área.

Vimos aqui que o Controle Social é uma estratégia fundamental para a democratização e participação direta da sociedade brasileira na condução da política de saúde, sendo uma contribuição diferenciada em relação a outros países. Entretanto, como vimos, a realidade brasileira tem demonstrado uma fragilidade na participação de usuários e seus familiares nesse processo, tornando importante desencadear e promover formas de empoderamento desses segmentos, visando a sua emancipação e incremento na participação.

Nesse sentido, foram relacionadas algumas estratégias que integram os esforços de empoderamento, como as experiências de ajuda e suporte mútuos, as organizações de defesa de direitos, a participação na militância e a formação política, entre outras. Também nessa direção, consideramos a participação dos movimentos sociais, em particular dos Movimentos de Luta Antimanicomial e da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, como protagonistas no processo de consolidação da Reforma psiquiátrica no SUS.

Apontamos também a situação atual dos movimentos citados e as propostas para o fortalecimento da militância. Discutimos em seguida a importância dos Conselhos de Saúde enquanto órgãos deliberativos e permanentes com o objetivo de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nos municípios, estados e no âmbito nacional. Para cumprir seus objetivos devem ser compostos, paritariamente, por representantes de usuários, profissionais da saúde, gestores e prestadores de serviços.

Por fim, apresentamos ainda a contribuição das Conferências de Saúde e de Saúde Mental, ressaltando a importância histórica da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, assim como o desenvolvimento das quatro Conferências temáticas de saúde mental realizadas até o momento.

2.7 Fechamento

Encerramos aqui a segunda unidade deste módulo sobre o **Controle Social no campo da Saúde Mental**. Com isso, você pôde compreender a importância das instâncias de controle social na construção da política pública de saúde mental, voltando o foco sobre as estratégias de empoderamento dos participantes usuários, familiares e profissionais. Destacamos, para isso, a participação dos movimentos sociais assim como dos Conselhos de Saúde como órgãos de gestão e fiscalização da política pública e das Conferências temáticas de Saúde Mental na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.8 Recomendação de Leitura Complementar

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, *empowerment* no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários, In: AMARANTE, P. D. C. (org). **Ensaios, subjetividades, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

PRANDONI, R. F. S.; PADILHA, M. I. C. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. **Texto Contexto - Enferm.** v. 13, n. 4, p. 633-640, 2004.

Encerramento do Módulo

Encerramos este módulo sobre estruturação do campo da Atenção Psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Consideramos aqui os diversos elementos que fazem parte da Reforma Psiquiátrica no Brasil: sua constituição histórica, suas diretrizes e princípios, principalmente a orientação voltada para a Atenção Psicossocial e Comunitária, assim como a incorporação dessas noções dentro da Política Pública de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. A partir dela, tratamos ainda da participação popular nos movimentos sociais, Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde Mental.

Com essa discussão procuramos conhecer a trajetória da construção da Política Pública de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do SUS e promover o conhecimento relacionado ao controle social desta política. Além disso, o módulo buscou enfatizar as mudanças necessárias para a construção e/ou fortalecimento de novas concepções sobre o fenômeno da loucura que possibilitem a produção de respostas efetivas às necessidades das pessoas com transtornos mentais e de seus familiares.

Entendemos a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo e em constante transformação, que exige profissionais qualificados e sensíveis às necessidades do campo da saúde mental. Para isso é necessário também um processo de formação e educação permanente e o desejo de aprender com os desafios do campo, além de querer ver transformadas as condições de existência de usuários, familiares e dos próprios profissionais participantes desse momento histórico.

Para dar continuidade, o próximo módulo vai tratar especificamente das Redes de Atenção Psicossocial, seus componentes e modos de atuação, assim como da efetivação do cuidado nos pontos de atenção integrantes dessa rede.

Até breve!

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**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- AMARANTE, P.(org.) **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.
- _____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009.
- AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 195-204, 2009.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre a Política de Drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4665-4674, dez. 2011.
- BÉRGAMO, M. **Bicho de sete cabeças**. 2001. Fotografia. Disponível em: <<http://bichodesetecabeças.com.br/imprensa/img/ft04.jpg>>. Acesso em: 16 ago. 2012.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- _____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=09/04/2001>>. Acesso em: 10 ago. 2012.
- _____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 ago. 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_1990_2004.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde Mental, 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: OPAS, 2005

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento de prevenção em álcool e outras drogas no Sistema única de Saúde e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 04 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Consultórios de Rua do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; EPJN-FIOCRUZ, 2010, 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 10**. Brasília, ano 8, n. 10, mar. 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2012b.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 8., 1986. Brasília. **Relatório Final da VIII Conferência de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. 29 p.

_____. 3., 2001. Brasília. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 213 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL, 4., 2010. Brasília. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 210 p.

_____. 4., 2010. Brasília. **Por uma IV conferência antimanicomial: contribuições dos usuários**. Brasília, DF: CFP, 2010b.

CORREIA, M. V. C. Que Controle Social na Política de Assistência Social? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 72, p. 119-144, nov. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. As Transformações das Políticas Públicas Brasileiras sobre Alcool e Outras Drogas. **Revista Diálogos**, Brasília, ano 6, n. 6, p. 11-13, nov. 2009.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar In: AMARANTE, P. (org). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, 2001.

DELGADO, P. G. et al . Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GONÇALVES A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n.2, p. 48-55, mar. 2001.

GUIMARÃES, J. et al. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, maio/ago. 2001.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUCHMANN, L. H. H; RODRIGUES, J. O Movimento Antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 399-407, 2007.

MÂNGIA, E. F.; NICACIO, F. III Conferência Nacional de Saúde Mental: efetivar a reforma psiquiátrica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-2, 2002.

MELUCCI, A. **A invenção do presente**: movimentos sociais nas sociedades complexas. Petrópolis: Vozes; 2001.

OSM (Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos). **Histórico da RENILA**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://osm.org.br/osm/sobre/>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

RODRIGUES, J. **Formação Política dos Integrantes de uma Associação de Usuários de um Serviço de Saúde Mental**. 2005. 180 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via,. In: NICÁCIO, M.F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-59.

SILVA, D. S. **Gênero e Assistência as Usuárias de Álcool e Outras Drogas**: tratamento ou violência? 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Curso de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, M.V. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

TEIXEIRA, E. C. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da realidade**. [S.l. s.n.], 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf>. Acesso em: 31 maio 2012.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. In: AMARANTE, P. D. C. (org). **Ensaio, subjetividades, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. **O poder que brota da dor e opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003, p. 342-347.

_____. **Tipologia e desafios dos movimentos sociais e dispositivos participativos e de empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores no campo da saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ, 2004.

_____. **Controle Social em Saúde Mental no Brasil Recente**. Rio de Janeiro: [s.n], 2009.

_____. Derechos y empoderamiento de usuarios y familiares en el terreno de la salud mental. **Átopos** - salud mental, comunidad y cultura, Espanha, v. 11, p. 23-44, 2011.

VOZES DA VOZ. **Saúde mental**: um direito de todos. Rio de Janeiro, 2011. Imagem. Disponível em: <<http://vozesdavoiz.wordpress.com/2011/04/11/dia-nacional-da-luta-antimanicomial-no-rio-de-janeiro/>>. Acesso em: 3 set. 2012.

Minicurriculo do(s) autor(es)

Maria Terezinha Zeferino

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1984); Mestra em Engenharia Civil pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004); Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010); fez Pós-Doutorado na área do Fenômeno das Drogas pelo Center for Addiction and Mental Health University of Toronto/Canadá. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando do PEN/UFSC. Desenvolve seus trabalhos acadêmicos e de pesquisa na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Mental e Fenômeno das Drogas, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, fenômeno das drogas, Enfermagem psiquiátrica, saúde do caminhoneiro, fenomenologia sociológica compreensiva de Alfred Schutz, atenção básica e acidente de trânsito. Líder do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) UFSC. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2532658022267499>>.

Jonas Salomão Spricigo

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1983) e doutorado em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001). Atualmente, é professor associado I da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem psiquiátrica/saúde mental. Atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, ensino enfermagem, desinstitucionalização, atenção psicossocial e reforma psiquiátrica. Tutor do Programa PET- Saúde da Família da UFSC, 2010; PET-Saúde Mental UFSC, 2011, com a Secretaria Municipal de Saúde de Fpolis/SC, nos editais 2009 e 2010-2011. Coordenador do Projeto de Extensão Atenção ao usuário de drogas em parceria com o Fórum Judiciário Norte de Florianópolis/SC. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K4704153Y3>>.

Lucilene Cardoso

Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2008), Mestra em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2006), Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP (2003). Atuando no ensino, pesquisa e extensão universitária por meio de pesquisas, produção científica, assistência em saúde mental e docência. Está inserida na linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas, desenvolvendo pesquisas relacionadas à manutenção do tratamento e cuidado extra-hospitalar em saúde mental, tais como: práticas da enfermagem psiquiátrica na comunidade, egressos de internação psiquiátrica, reabilitação psicossocial, adesão ao tratamento, relações familiares, sobrecarga de cuidadores, recaída psiquiátrica e saúde mental. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0318576941807474>>.

Zeyne Alves Pires Scherer

Possui graduação Em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1989), mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (1995) e doutorado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2005). Atualmente, é Professora Doutora MS-3 da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Psiquiátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: violência doméstica contra crianças e adolescentes, violência interpessoal, estudantes, mulheres, doentes mentais, depressão, prisão, educação superior e educação em Enfermagem. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0261961257446579>>.

Felipe Faria Brognoli

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná (1987) e mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1996). Atualmente é psicólogo da Prefeitura Municipal de Florianópolis, atuando na Secretaria de Assistência Social, e professor do curso de Psicologia na Faculdade Cesusc. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, processos terapêuticos, políticas públicas, reforma psiquiátrica e nomadismo. Atuou durante quinze anos no CAPS II Ponta do Coral de Florianópolis. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/4255691191250235>>.

Jeferson Rodrigues

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Especialista em Atenção Psicossocial pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2003). Mestre em Enfermagem pelo PEN/UFSC (2005). Doutor pelo PEN/UFSC (2010). Professor substituto da Universidade Federal de Santa Catarina na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica nos anos 2002-2004; 2007-2009. Assessor parlamentar de 2011-2012. Professor Adjunto da FACENF/UERJ. Tem experiência na área de Enfermagem em saúde mental e atenção psicossocial. Atuando principalmente nos seguintes temas: reforma psiquiátrica; situação de crise no campo da saúde mental; organização política de usuários e familiares; associações de usuários e familiares em saúde mental e movimento nacional de luta antimanicomial. Ensino do Cuidado de Enfermagem em saúde mental. Membro da *Red Internacional de Enfermería en Salud Mental/OPAS*. Vice-líder do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) UFSC. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3947827508844058>>.



Ministério da
Saúde

