



Ministério da Saúde
Conselho Nacional de Saúde

IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial

Temário Oficial

versão preliminar

**Ementas dos Eixos e Sub-eixos elaboradas pela
Comissão Organizadora**





Apresentação

A Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental apresenta o presente texto, com base no tema Oficial e Eixos aprovados na reunião do Conselho Nacional de Saúde, de 09/12/10, e os sub-eixos, aprovados no Conselho Nacional de Saúde, em 11/03/10.

Esta versão preliminar foi elaborada pela subcomissão de Programação e Relatoria e incluiu as sugestões de tópicos para as ementas feitas pela Comissão Organizadora da IV CNSM. Ela será validada na próxima reunião da Comissão, nos dias 12 e 13 de abril de 2010, podendo receber adendos de seus membros para compor a versão definitiva.





Tema Oficial: **“Saúde Mental: direito e compromisso de todos – consolidar avanços e enfrentar desafios”**

Eixos:

1. Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais
2. Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais
3. Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial





**Eixo 1 - Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos
intersectoriais
(Eixo da Política e da Pactuação)**

Sub-eixos:

1. Organização e consolidação da rede
 2. Financiamento
 3. Gestão do trabalho em Saúde Mental
 4. Política de Assistência Farmacêutica
 5. Participação social, formulação de políticas e controle social
 6. Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em
Saúde Mental
 7. Políticas Sociais e Gestão intersectorial
 8. Formação, Educação Permanente e Pesquisa em Saúde Mental
 9. Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS
- 



**Eixo 2 - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais
(Eixo do Cuidado)**

Sub-Eixos:

1. Cotidiano dos Serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado
 2. Práticas clínicas no território
 3. Centros de Atenção Psicossocial como dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica
 4. Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços
 5. Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residências terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território
 6. Saúde Mental, Atenção Primária e Promoção da Saúde
 7. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e políticas intersetoriais
 8. Saúde mental na Infância, Adolescência e Juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade
 9. Garantia do acesso universal em Saúde Mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero, orientação sexual e identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outras condicionantes sociais na determinação da saúde mental.
- 

**Eixo 3 - Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e
Intersetorial
(Eixo da Intersetorialidade)**

Sub-eixos:

1. Direitos Humanos e Cidadania
 2. Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária
 3. Cultura/ Diversidade Cultural
 4. Justiça e Sistema de Garantia de Direitos
 5. Educação, inclusão e cidadania
 6. Segurança Social: Previdência, Assistência Social e Saúde
 7. Organização e mobilização dos usuários e familiares de Saúde Mental
 8. Comunicação, informação e relação com mídia.
 9. Violência e saúde mental
-



Tema Central - Saúde Mental: direito e compromisso de todos – consolidar avanços e enfrentar desafios

O tema da IV Conferência é amplo o bastante para permitir a extensão do debate para os diversos segmentos da sociedade, propiciando uma convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental. A participação da sociedade como um todo é condição para o êxito da IV Conferência, como dispositivo capaz de contribuir para o avanço das políticas públicas nesta área, em seus componentes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, inclusão social, educação permanente, produção de conhecimento e intervenção nos determinantes sociais do bem-estar e do sofrimento. Ela não pode, portanto, ser uma Conferência apenas de profissionais, usuários de serviços e familiares, mas, através da intersetorialidade, deve avançar para a sociedade em geral.

Apesar de intencionalmente amplo, o tema central é preciso, ao afirmar o direito de todos ao bem-estar e à atenção integral, e o compromisso – do Estado e da sociedade – em propiciar condições para se atingir estes objetivos.

Ao afirmar a direção de consolidar os avanços, reconhece a mudança favorável do cenário da atenção no SUS e do próprio debate social sobre o tema, desde 2001, quando se realizou a III Conferência Nacional e se aprovou a lei 10.216. Assim, o enfrentamento dos novos desafios trazidos pela mudança real do cenário não pode significar um passo atrás, retroceder a modelos anteriores, mas construir com firmeza a nova agenda da reforma psiquiátrica para os próximos anos.

Finalmente, a direção da intersetorialidade representa um avanço radical em relação às conferências anteriores, pois atende às exigências concretas que as mudanças do modelo de atenção trouxeram para todos. A saúde mental é ampla demais para ficar nos limites da saúde, e já incorpora decisivamente outras políticas públicas e outros setores sociais.

O tema central se distribui em três eixos, Eixo I - Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais - que podemos descrever como sendo o eixo da Política; Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais -, o eixo do Cuidado, e Eixo III - Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e Intersetorial - eixo da Intersetorialidade. Política, Cuidado e Intersetorialidade, entretanto, estão presentes em todos os três eixos, como conceitos transversais capazes de tornar mais produtivo e dialético o debate dos eixos e sub-eixos.



Eixo 1 (Eixo da Política e da pactuação)

Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais

A política de saúde mental implementada pelo Estado brasileiro a partir da redemocratização do país é a da reforma psiquiátrica, que insere o direito das pessoas com transtornos mentais como questão de direitos humanos, propõe uma ética inclusiva à sociedade em relação à loucura e constrói uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Muito já foi construído para a legitimidade deste processo: arcabouço legal e normatização pertinentes à Reforma, realocação do financiamento para a rede de atenção psicossocial, produção de conhecimento interdisciplinar e de práticas multiprofissionais, e o fortalecimento da participação e do controle social.

A transformação no campo da saúde mental tem uma trajetória singular e coletiva. Singular pela organização sócio-política dos usuários dos serviços, como atores sociais que reivindicam garantia de direitos e têm produzido políticas públicas. Coletiva pelo contexto brasileiro de luta por direitos e por políticas sociais universais, como o SUS, SUAS, educação, direitos humanos.

O SUS constitui e implementa o Pacto pela Saúde, que inclui os pactos pela vida, de gestão e em defesa do SUS. O primeiro refere-se à atenção, estando entre suas prioridades a saúde mental. O segundo enfatiza a organização e os instrumentos de gestão. O terceiro propõe a repolitização da saúde com mobilização e participação social, para reforçar o SUS como política de Estado e não de governos. O Pacto avança ao exigir a explicitação dos compromissos nas três esferas de governo. Este compromisso tripartite com a política de saúde mental é um dos desafios a ser explicitado pela IV CNSM-I.

O que percebemos neste período é a crescente complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, exigindo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras de cuidado. Como podemos assegurar estas conquistas e avançar ainda mais



neste processo, nesta IV Conferência? Este primeiro eixo temático da conferência visa mobilizar todos os participantes deste processo para se debruçarem sobre estes desafios.

Além disso, nos últimos anos, verificou-se que este avanço depende fundamentalmente da capacidade de **articulação intersetorial** entre várias linhas de atuação governamental, em todos os níveis de poder, para assegurar o devido apoio político, o financiamento e o trabalho integrado das várias linhas de política social que incidem no campo da saúde mental. Este é um componente nitidamente diferenciado entre esta conferência nacional e as anteriores, e que requer de todos os atores interessados no avanço da reforma psiquiátrica um esforço de mudança em nossas formas de pensar e de agir em política pública, seja no âmbito da gestão como dos movimentos sociais, e de construir uma atenção psicossocial capaz de garantir a integralidade do cuidado em saúde mental.

Item 1 – Organização e Consolidação da Rede

A discussão sobre organização e consolidação da rede deve avaliar o quanto foi alcançado no processo de reorientação de um modelo centrado na atenção hospitalar para outro, centrado em serviços e dispositivos de atenção psicossocial. Esta avaliação deve considerar o modo como se dá a construção de estratégias de articulação da rede de serviços de saúde mental com a rede de serviços de saúde em geral e com a rede de serviços e recursos sociais e comunitários em geral (escolas, centros de artes e cultura, lazer, assistência social, previdência social, seguridade, esportes, habitação, etc).

Este debate abrange as diversas configurações tecnoassistenciais que os municípios e regiões foram produzindo na substituição do modelo hospitalocêntrico por um conjunto de dispositivos de atenção psicossocial centrados nas necessidades dos usuários e familiares. O modelo substitutivo tem o CAPS como seu ativador. Os serviços de saúde mental têm se configurado como rede de atenção produtora de cuidados contínuos e integrais ?

É fundamental para a discussão da organização e consolidação da rede de atenção psicossocial considerar 4 componentes: as lacunas assistenciais ainda existentes no país; a garantia de real acessibilidade aos serviços por parte de todos aqueles que



necessitam de cuidado; a necessidade de contínua qualificação da rede existente e também a sustentabilidade deste modelo de atenção, no que se refere a seus aspectos políticos, clínicos e culturais.

Além disto, outro desafio colocado ao SUS é a integralidade do cuidado, que se faz com a articulação entre as ações e serviços de saúde e de saúde mental. O cuidado em rede ainda é uma importante construção a ser feita na saúde pública.

Outro aspecto fundamental na organização e consolidação da rede é o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão, planejamento e monitoramento em saúde mental. A garantia do acesso em saúde mental deve levar em conta critérios epidemiológicos, critérios regionais da assistência, as redes de saúde e intersetoriais existentes, bem como a capacidade de gestão efetiva em cada nível de cuidado.

É preciso também melhorar o processo de planejamento das redes, levando em conta indicadores da saúde e sociais, para que sua ampliação e implementação sejam reflexos das reais necessidades da população.

Neste sentido, colocam-se as seguintes questões: que papel a supervisão institucional (organização e articulação da rede), a constituição de colegiados gestores, os fóruns locais e territoriais (que incluem os demais atores sociais que atuam na área) e comissões de reforma psiquiátrica desempenham na consolidação da rede?

Item 2 – Financiamento

Este tópico deve propiciar a discussão sobre os mecanismos atuais de financiamento do SUS como um todo e em especial dos serviços de saúde mental, e indicar possibilidades de incorporação de novas fontes oriundas da ação intersetorial. Como tópicos importantes incluem-se a regulamentação da EC 029, diferentes modalidades de financiamento dos serviços e sistemas de co-gestão, superação do modelo de financiamento por procedimento, recursos regulares para assistência farmacêutica e para mecanismos ágeis e atualizados de comunicação e informação, e para financiamento de projetos de suporte social e ações intersetoriais, entre outros. A partir deste debate, como assegurar a transparência, o monitoramento e o controle social do sistema de financiamento?

A discussão central é a da sustentabilidade financeira das ações e serviços de saúde mental, no cenário do Pacto pela Saúde. Como garantir a priorização da saúde



mental nas pactuações nos três níveis de gestão do SUS? Permanece também o desafio de garantir que os recursos do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos sejam investidos na rede de saúde mental. Como construir mecanismos mais eficazes para este monitoramento?

Item 3 – Gestão do Trabalho em Saúde Mental

Para o funcionamento de uma rede de atenção em saúde mental, é necessário considerar o papel do trabalhador da saúde e de outros setores envolvidos na produção do cuidado, assim como as condições necessárias para o desempenho de suas atividades. Entre estas, apresentam-se: criação de planos de cargos e salários, distorções salariais entre serviços e entre profissionais de saúde, criação de carreiras de Estado, avaliação dos servidores, participação dos trabalhadores na gestão do sistema e dos serviços, qualificação salarial, evitando a precarização do trabalho. De forma similar, é necessário garantir o processo democrático de co-gestão interdisciplinar e colegiada dos programas e das equipes de trabalho, bem como de escolha dos coordenadores.

Item 4 – Política de Assistência Farmacêutica

Que pontos apresentam-se como fundamentais na discussão sobre a Política de Assistência Farmacêutica, de modo a garantir o acesso à medicação e o uso racional de medicamentos? Como evitar a medicalização dos fenômenos sociais? Como lidar com a demanda crescente de medicamentos de última geração? Quebra de patentes? Maior produção de genéricos? Como garantir a distribuição descentralizada e a manutenção de estoques, para garantir o fornecimento gratuito e acesso regular à medicação em todo o território, pactuada entre os entes da Federação? Como assegurar a orientação adequada sobre medicamentos para usuários e familiares, no sentido de estimular o seu empoderamento e a maior autonomia no seu uso e avaliação dos efeitos? Como assegurar o necessário controle da influência que o mercado de medicamentos pode exercer sobre as políticas de saúde e a prática dos profissionais? Como qualificar o debate técnico e científico sobre a lista de medicamentos efetivamente necessários para garantir os tratamentos adequados em saúde mental no SUS? Que medidas tomar para ampliar a informação crítica e racional da população em geral e dos usuários da rede



sobre o consumo de medicamentos, considerando-se que o uso irracional e excessivo de medicamentos psicoativos prescritos é um importante problema de saúde pública ? Outras questões relevantes incluem a propaganda de medicamentos em congressos, o financiamento de publicações científicas e pesquisas em instituições públicas.

Item 5 – Participação social, formulação de políticas e controle social

Os dispositivos de controle social devem contribuir para a formulação de políticas e programas, propondo diretrizes, estratégias e as prioridades das intervenções, bem como a orçamentação, o acompanhamento da implementação e a avaliação.

A forma mais direta e convencional de exercer o controle democrático sobre o sistema de saúde e de saúde mental é através dos representantes de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil nos **conselhos de saúde**, em

seus diversos níveis (local, distrital, municipal, estadual e nacional), nas **comissões especiais** (principalmente a de saúde mental), e nas **conferências** periódicas, como previsto na estrutura do SUS.

Entretanto, como este espaço geralmente não é dado sem conflitos e sua efetivação ocorre através de um processo de luta e conquista, como garantir o **envolvimento, mobilização e compromisso entre gestores e organizações profissionais, movimentos populares e do campo da reforma psiquiátrica, como o movimento antimanicomial, organizações de usuários/familiares** etc, para ampliar a participação e o controle social?

Como assegurar a formação necessária para a atuação mais qualificada de todos os atores sociais nos conselhos, notadamente os representantes da sociedade civil? Quais são os recursos imprescindíveis para sustentar esta participação social (transporte próprio, recursos computacionais, inclusão digital, etc), e como garanti-los? Outra questão relevante é: quais os limites concretos das instâncias de controle social instituídas no SUS, como os conselhos de saúde, como se pode avaliar o histórico do funcionamento destas instâncias, e de que modo ampliar a participação social no SUS para além destas instâncias, de modo a convocar os diversos segmentos da sociedade ? Da mesma, como construir uma agenda eficaz para ampliar para o campo intersetorial a participação social na política de saúde mental ?



Item 6 – Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental

A gestão da informação depende em primeiro lugar de assegurar a provisão de meios adequados em todos os serviços, o que inclui a oferta de computadores, impressoras, acesso a internet, telefone, etc. Além disso, é necessário construir indicadores e instrumentos dinâmicos de monitoramento da rede, não apenas centrados na cobertura assistencial, mas capazes de também prover uma visão mais clara do funcionamento e da qualidade dos serviços

É também preciso discutir a melhoria da qualidade dos sistemas de informação em saúde e em saúde mental. Por outro lado, como garantir que o processo de planejamento, monitoramento e avaliação sejam participativos (inclusão ativa e permanente de técnicos, usuários, familiares, comunidade)? Como o acesso e a produção da informação pode ser um importante aliado do controle social e da gestão?

Item 7 – Políticas sociais e gestão intersetorial

Em saúde mental, temos como princípio ético e político fundamental a **integralidade do cuidado**, implicando não só o setor saúde como um todo, mas também outros campos de política social, colocando a necessidade da **intersetorialidade**, ou seja, de iniciativas, projetos e programas em várias áreas: direitos humanos e justiça (garantia dos direitos do portador de transtorno mental); habitacional (ex.: serviços residenciais), trabalho (programas de trabalho e renda), assistência social (benefícios, assistência social no SUAS), educação (como a inclusão das pessoas com transtornos mentais nas escolas comuns, programas de promoção da saúde mental nas escolas), cultura, esporte e lazer, etc.

Os principais instrumentos desta gestão intersetorial incluem o planejamento integrado, apoio matricial, fóruns intersetoriais por áreas territoriais, responsabilidades e ações compartilhadas, encaminhamento responsável e monitorado, etc. Como assegurar a participação social integrada e a aliança com instituições dos diferentes setores, seus trabalhadores, movimentos sociais e participantes dos conselhos específicos destas áreas na construção de uma gestão intersetorial?



Que apreender das experiências de debate e decisão intersetorial já existentes, como o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE), Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e outros, além do Fórum de Saúde Mental da Infância e Adolescência, como iniciativas de construção de um processo intersetorial de controle social e gestão colegiada ?

Item 8 – Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental

A Política Nacional de Educação em Saúde visa à ampliação do acesso à formação para todos os profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção do SUS, para o controle social, usuários e familiares. Neste sentido, é fundamental priorizar as necessidades de formação em saúde mental na mudança dos conteúdos e práticas dos cursos de graduação, na formação profissional, do nível técnico à pós-graduação, além das residências médicas e multiprofissionais, para acompanhar as necessidades do campo da atenção psicossocial, em constante expansão, as novas concepções e a produção de conhecimento nesta área.

A supervisão clínico-institucional constitui uma ação de qualificação do cuidado em saúde mental e fonte de conhecimento e avaliação dos serviços. Como investir também na formação dos supervisores? O investimento na formação política dos gestores, profissionais, usuários e familiares apresenta-se como uma importante estratégia para a consolidação das políticas de saúde e saúde mental, e nesta área, que parcerias apresentam-se fundamentais para a realização deste objetivo? A proposta de educação permanente (EP) incide no trabalho vivo em ato, na produção de saúde no cotidiano do encontro entre os trabalhadores e usuários/familiares. Para tanto, é preciso gerar nos serviços espaços de análise do trabalho por coletivos aprendizes.

Quanto à produção de conhecimento no âmbito universitário, como ampliar as pesquisas que respondam às lacunas e necessidades deste campo? Quais são as linhas (temas) de pesquisas fundamentais para o avanço da área?

Item 9 – Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS

A Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária são processos que se constroem simultaneamente. Seus princípios e diretrizes repercutem em diferentes sistemas, como o Sistema Único de Assistência Social – SUAS e a rede de educação pública. A articulação da rede de saúde mental com a atenção básica e com os serviços de saúde em geral e ainda, com a rede de serviços sociais (intersectorialidade) se torna fundamental na busca pela atenção integral, universal e equânime. Como construir a necessária aliança política entre os diversos atores sociais e políticos, e os vários movimentos sociais que hoje lutam por estas bandeiras, em todos os níveis de poder? Como estabelecer pontes interinstitucionais no aparelho de Estado que possam viabilizar este trabalho intersectorial? Como estimular que estas alianças tenham consequências reais na rede, junto à população? Como garantir a acessibilidade dos usuários da saúde mental aos serviços de saúde, e em outros serviços e programas setoriais?

O SUS fez 20 anos; os primeiros serviços substitutivos de saúde mental começaram a ser implantados há 23 anos, mas o processo de construção coletiva e social das reformas sanitária e psiquiátrica têm seu início no final dos anos 70 e início dos 80, no processo de luta pela redemocratização do país. Que balanço fazemos desta trajetória ? Como vem se dando o processo de articulação entre sociedade civil e Estado na implementação de ambas as reformas, que fazem parte de um só movimento, cuja principal conquista é o SUS ?

Que agenda política e estratégica construir para os próximos anos, no rumo da consolidação dos objetivos de universalidade, equidade, qualidade, integralidade e direitos humanos, do SUS e da reforma psiquiátrica ?



EIXO 2 (Eixo do cuidado e da rede)

Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, reafirmou os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, respeitando sua pluralidade e diversidade. Comemorou a promulgação da Lei 10.216, os avanços legais, sociais e apontou a necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar e a necessária expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares, agora sujeitos efetivos de direito.

Nesta IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, em 2010, é preciso reconhecer os avanços na expansão e na diversificação da rede de serviços de base comunitária. Porém é preciso reconhecer também as lacunas e fragilidades reais desta rede instalada. Em março de 2010 a rede tinha 1502 Centros de Atenção Psicossocial, sendo 706 CAPS I, 402 CAPS II, 46 CAPS III, 117 CAPS infanto-juvenil e 231 CAPS álcool e drogas. Isto significa que a cobertura em saúde mental passou de 21%, em 2002, para 62%, em março de 2010 – o acesso à atenção à saúde mental aumentou de forma significativa. Apesar deste avanço expressivo de cobertura em todo o país – sobretudo em estados da região nordeste, que tinham grande tradição hospitalar e baixa cobertura assistencial – o acesso ainda é insuficiente ou deficiente em vários estados.

Para avançarmos no novo modelo, é preciso reconhecer que alguns CAPS estão com pouca efetividade, e que mesmo com um bom indicador de cobertura, um estado pode estar com baixo acesso à atenção em saúde mental. Se temos avanços significativos – como, por exemplo, a migração definitiva, em 2006, da maior parte dos recursos federais da saúde mental para os serviços comunitários – temos também desafios importantes: a articulação da rede com a rede de urgência - emergência, a ampliação das ações na atenção básica, a qualificação dos serviços, a expansão de CAPS III, CAPSi, CAPSad.

Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a rede de atenção se diversificou, levando em conta as diferentes e múltiplas necessidades dos usuários. Para



os pacientes ainda institucionalizados foram ampliados, ainda que num ritmo aquém do desejado, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que em dezembro de 2009 somavam 550 . Imersas no cenário urbano, as SRTs são hoje as moradias de 2.950 pessoas que voltaram à vida social e comunitária. A aprovação da Lei 10.708, em julho de 2003, a Lei do Programa De Volta pra Casa, significou o compromisso do Estado com as pessoas que se encontravam abandonadas nos hospitais psiquiátricos e sem apoio para poder Voltar à Vida em sociedade. Após sete anos do Programa de Volta para Casa, 3.445 pessoas que passaram por internações psiquiátricas de longo período recebem a bolsa-auxílio de R\$ 320,00 por mês e vivem com seus familiares, em casas na comunidade ou em serviços residenciais terapêuticos.

Apesar dos avanços alcançados, o número de beneficiários do Programa ainda é muito baixo – apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar. Importantes obstáculos ainda precisam ser enfrentados pelo processo de desinstitucionalização: problemas de documentação civil dos pacientes, crescimento em ritmo insuficiente das residências terapêuticas, dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos, ações judiciais. Apesar da reconfiguração dos hospitais psiquiátricos na direção dos pequenos hospitais e do fechamento de 16.000 leitos desde a III Conferência - através do Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) e do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) -, permanecem em atividade no país 11 macro-hospitais, com mais de 400 leitos cada.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial é o espaço estratégico para que profissionais, gestores, prestadores, professores, usuários, familiares, movimentos sociais e parceiros intersetoriais possam discutir a fundo os avanços e impasses do cotidiano dos serviços e da rede, propondo estratégias para seguirmos em frente, sempre na direção da atenção comunitária e territorializada.

Nesse ponto, é fundamental destacar o papel protagonista dos usuários, familiares, e movimentos sociais. Estes atores têm sido fundamentais para a construção da identidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir da luta por uma sociedade sem manicômios e para a conquista do direito das pessoas com transtornos mentais à cidadania.



Ainda assim, a apropriação efetiva, sobretudo pelos usuários e familiares, do processo da Reforma permanece como um desafio para a transformação pretendida por ela. São muitas as dificuldades para que estes atores assumam seu papel protagonista - a falta de acesso às informações e necessidade de capacitação para o exercício da participação na política de saúde mental e na construção das estratégias de cuidado são fatores essenciais que ainda afastam os usuários e familiares do processo de construção das políticas sociais e de saúde. Os próprios movimentos sociais organizados precisam investir mais no protagonismo dos usuários e familiares.

Os serviços de saúde mental, em especial os CAPS, precisam promover mais e melhor a participação destes atores no cuidado cotidiano, na gestão e avaliação das práticas destes serviços. Muitos gestores ainda não compreendem e não promovem a participação dos usuários na construção, implantação e avaliação das políticas, principalmente dos usuários e familiares do campo da saúde mental. Os conselhos de saúde locais, municipais, estaduais e nacional ainda não estão sendo suficientemente potencializados como lugares de exercício da participação política e do controle social.

A mudança deste estado de coisas não é espontânea. Nossas práticas precisam ser questionadas constantemente em sua intencionalidade clínica e política para que possam caminhar na direção da emancipação e não da manutenção de um “paciente”, “doente mental”, incapaz ou crônico, sob a tutela seja dos familiares, seja dos profissionais nos serviços de saúde mental. Para a construção desta perspectiva, já temos disponíveis, sistematizadas e devidamente divulgadas no país, uma série de relatos de experiências concretas bem sucedidas, bem como de estratégias de empoderamento e de estímulo à participação social, para serem apropriadas pelos trabalhadores, gestores e movimentos sociais no campo da saúde mental. A discussão e apropriação deste tema e de suas estratégias práticas constitui, portanto, também uma das prioridades principais desta IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

Existem diferenças fundamentais entre a “clínica no território”, que busca construir compartilhadamente a autonomia possível de usuários e familiares, e as práticas terapêuticas que se organizavam no modelo de atenção anterior, cujo cenário era demarcado pela tríade ambulatório-emergência-hospital, onde o cotidiano da vida dos pacientes tinha menos importância, seus familiares eram convidados a uma posição



passiva e respeitosa diante dos saberes profissionais, os usuários se cingiam ao papel social de pacientes, o tratamento – predominantemente medicamentoso – buscava a cura como desaparecimento dos sintomas e adaptação às limitações da incapacidade produzida pelo sofrimento mental.

As práticas clínicas do modelo psicossocial se organizam no território, em rede diversificada de serviços e estratégias terapêuticas, no cenário da saúde pública, valendo-se das matrizes de saber da biomedicina, da psicanálise, da ações de inclusão social, da antropologia, da arte, de várias fontes tradicionais e novas de conhecimento, mas colocando-as em diálogo permanente com as fontes de saber dos usuários e familiares, em um compartilhamento que é essencial à construção do cuidado.

Práticas clínicas novas necessitam outros modos de organização do trabalho. Não existe mais a figura do psiquiatra-sentado-ao-consultório, aguardando a demanda do paciente, ou o assistente social-que-procura-a-família, para ficar apenas em dois exemplos de estereótipos do trabalho em saúde mental. Os ritmos de trabalho se intensificaram, em uma nova ergonomia, e os espaços de atenção se dispersam no território da vida quotidiana, caracterizando a nova arquitetura do cuidado.

Novos processos psicossociais estão em curso na sociedade e se apresentam hoje de uma forma mais aguda, com elevado nível de urgência social e política, requerendo novas respostas, abordagens clínico-sociais e serviços ainda mais inovadores, que busquem ativamente grupos sociais que têm dificuldades em se aproximar de nossos serviços. Estes desafios concretos da rede de atenção psicossocial – que têm servido àqueles que criticam os avanços da reforma psiquiátrica no país – devem ser enfrentados. Eis aqui uma tarefa fundamental para os participantes desta IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

Item 1 – Cotidiano dos Serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado

O cuidado deve ser pensado sempre a partir do cotidiano dos serviços de saúde mental e do vínculo que se estabelece entre o usuário, sujeito de direitos, e o trabalhador de saúde. Este acolhimento requer prática clínica e interdisciplinaridade,



numa rede que se estrutura na cidade, em conexão com a cultura e seus movimentos organizados, intersetoriais. São pontos fundamentais na discussão da produção do cuidado:

a) *Democratização interna do trabalho*: Nos serviços existentes, as relações de trabalho e as reuniões de equipe são horizontalizadas, democráticas e efetivamente interdisciplinares? Permite-se a voz e fala de todos? Há restrição de gestão do serviço em função de discriminações corporativas?

b) *Desburocratização e democratização das relações com usuários e familiares*: os trabalhadores e técnicos de referência são receptivos às demandas individuais e coletivas dos usuários e familiares? Nos serviços, há reuniões ou assembléias com poder decisório? Existe ouvidoria? A direção clínica/psicossocial de cada caso em particular é beneficiada ou obstaculizada por protocolos previamente definidos? Os dispositivos de acolhimento e recepção estão organizados em acordo com o mandato do acesso universal?

c) *Democratização do projeto terapêutico*: a construção do projeto inclui a escuta e a discussão com o usuário e seus familiares? Há revisões periódicas? Há espaço para novas demandas dos usuários e familiares? Os trabalhadores conhecem propostas de participação ativa dos usuários e familiares no projeto terapêutico? Discutem-se iniciativas como “plano de crise” ou “cartão de crise”, ou “gestão autônoma da medicação”, como exemplos deste protagonismo ativo dos usuários no cuidado?

d) *Suporte aos familiares e cuidadores*: Estes são vistos apenas como informantes ou responsáveis pelo cuidado na família, ou há iniciativas de escuta, apoio e suporte aos cuidadores? Como o peso do cuidado e suas conseqüências são abordados e reelaborados nos serviços?

e) *Auto- e co-gestão de iniciativas pelos próprios usuários e familiares*: Há estímulo para iniciativas, eventos e grupos de ajuda mútua (troca de experiência e apoio afetivo) e de suporte mútuo (lazer, cultura, sociabilidade, esporte, trabalho, renda, etc), geridas



prioritariamente pelos próprios usuários e familiares? Ou o cuidado é entendido apenas como algo provido pelos profissionais e serviços? Há incentivos para a formação de associações de usuários e familiares, organização comunitária, mudança cultural, defesa de direitos e militância social e política?

Item 2 – Práticas clínicas no território

As práticas clínicas, em sua diversidade e especificidades, devem sempre ser pensadas no contexto de um território, concebido como um espaço político de diferenças, desigualdades, conflitos e crenças singulares. O território não pode ser reduzido à casa onde se vive ou aos lugares frequentados pelo cidadão. O território não apenas circunda ou circunscreve o espaço privado, ele é o espaço vivo e mutante que atravessa, dinamiza e complexifica as relações existentes entre público e privado. No entanto, muitas vezes, os serviços de atenção psicossocial estão superlotados, a equipe está cansada e acaba se limitando às práticas regulares dentro do serviço. Outras vezes, a saída do serviço se dá apenas em casos de forte necessidade, como em visitas domiciliares e acompanhamento em caso de emergências. Nem sempre há uma relação orgânica e integrada com a estratégia de saúde da família e demais recursos do território.

Como clinicar tecendo redes que propiciem a busca ativa de novas oportunidades de vida, do convívio e trocas com a cultura, seus impasses e saídas possíveis? Como pensar neste contexto as relações entre a ciência e a cultura e seus processos de controle social, e suas relações com a política pública? Como construir estratégias que possibilitem a ampliação do cuidado no território, com os usuários e familiares? Que espaços temos criado para aumentar nosso conhecimento, práticas clínicas e sócio-culturais no território de referência? Há estímulo para se conhecer os recursos sócio-educacionais e a vida comunitária e cultural da população no território, e para a participação dos usuários e familiares neles? Há incentivo para ações e eventos comuns com as organizações comunitárias e movimentos sociais da área? As equipes conhecem e valorizam os recursos voluntários existentes no território? A equipe realiza alguma forma de acompanhamento terapêutico ou de suporte na vida diária? Promove grupos de ajuda e suporte mútuos na comunidade? Existem ações matriciais e/ou integradas com as equipes de saúde da família?



Item 3 – Centros de Atenção Psicossocial como dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica

A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demanda dos municípios. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação. Como pensar este dispositivo assistencial, seus benefícios e as dificuldades para sua implantação? Como este dispositivo deve se inserir numa rede que comporta múltiplos equipamentos, sem perder sua função reguladora? Como desenvolver avaliações das estruturas e dos processos de atendimento destas instituições sob o ponto de vista da eficiência e da eficácia, e sob o ponto de vista da satisfação do usuário e do trabalhador? Que estratégias políticas, institucionais e organizacionais podemos criar para superar a situação existente em alguns CAPS, de superlotação, dificuldades de acesso para novos usuários, rotinização burocratizada, e desmotivação das equipes?

Item 4 – Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços

O cuidado à crise exige necessariamente uma rede de atenção integral, com disponibilidade de assistência contínua e intensiva, cujo maior desafio é constituído pelo acolhimento noturno, no formato de leitos. Estes devem ser providos no território e de forma articulada com a atenção diária e a atenção básica. Assim, a unidade mais adequada para estes leitos é o CAPS III, com funcionamento durante as 24 h do dia e nos fins de semana. Contudo, é possível pensá-los também na forma de leitos psiquiátricos em unidades de emergência ou em hospitais gerais (é importante distingui-los das chamadas alas psiquiátricas, que são muito problemáticas), desde que representem dispositivos regulados, supervisionados, e não busquem centralizar a rede de cuidados, que deve ser referenciada no âmbito dos serviços territoriais abertos. Nos casos de usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas, já existe também no país a previsão em portaria de leitos de referência AD em hospital geral. Entretanto, o balanço da nossa oferta atual constata que há um reconhecido déficit em todos estes tipos de leitos de atenção integral. A



percepção de falta de leitos, no entanto, é frequentemente gerada pela baixa efetividade e articulação da rede de saúde mental já existente.

Assim, uma das questões principais nesta IV Conferência é avaliar os desafios da oferta atual de leitos de atenção integral, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo, e a forma de melhor inseri-los no conjunto da rede de atenção psicossocial. Existem hoje, em todo o país, 48 CAPS III; os CAPS II, em sua maioria, estão superlotados, têm dificuldades de atender à crise e estão fechados à noite e nos finais de semana; poucos leitos psiquiátricos de atenção integral em hospitais de emergência e hospital geral estão qualificados para a atenção articulada à rede, e seu número não tem crescido suficientemente desde o início da década de 1990.

Como podemos pensar uma rede para dar conta das crises? SAMU, CAPS III, CAPS II, leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou de emergência, atendimentos domiciliares, parcerias com atenção primária etc. Como podemos deixar de lançar mão da polícia e bombeiros como primeira alternativa? Por outro lado, como capacitar adequadamente a segurança pública e a defesa civil para intervir adequadamente em situações que envolvam pessoas em sofrimento psíquico, caso a saúde pública não tenha conseguido intervir a tempo? Qual a estratégia para construir protocolos clínicos para a atenção à crise, nos casos de internação? Como pensar a construção e a sustentação de redes com diferentes tipos de serviço e níveis de atenção, para acolher a pessoas com sofrimento mental em diferentes momentos do seu adoecimento? A atenção às pessoas em crise se mostra como um campo paradigmático para se pensar as dificuldades e fronteiras diagnósticas, a necessidade de exames complementares, a intensidade do acolhimento, os protocolos terapêuticos, a interdisciplinaridade, o alto custo, a construção de redes de apoio social e a escuta do sujeito. Não seria o caso de problematizar as diferentes formas de externalização da crise, e que lugares e intervenções são mais adequados?

Como lidar com quem não cessa de estar em crise e com a crise que não remite rapidamente? Como desenvolver avaliações das estruturas e dos processos de atendimento destas instituições, sob o ponto de vista da eficiência e da eficácia, e sob o ponto de vista da satisfação do usuário e do trabalhador?

Que equipes e serviços da rede de saúde, a exemplo do SAMU, devem ser capacitadas para o atendimento de emergências e urgências psiquiátricas? Como estimular a implantação de mais e melhores serviços estratégicos como os CAPS III e



leitos em hospitais gerais e de emergência para os diferentes cenários da urgência em saúde mental (uso de drogas, abstinência, violência, urgência e emergência em saúde mental, psicose e sofrimento mental)?

Item 5 – Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residências terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território

O termo desinstitucionalização se impôs como bandeira da reforma psiquiátrica, contra a instituição total que, para proteger, tutelava, e para cuidar, segregava, excluía, alienava as pessoas com transtornos mentais.

Que nova instituição se prestaria a dar suporte e garantia aos processos de inclusão e proteção social necessária à construção de um sujeito que se faz cidadão, na borda dos seus limites individuais, no contexto de uma cultura que saiba tolerar solidariamente as diferenças individuais? Foram criadas as residências terapêuticas e o Programa de Volta para Casa. Como pensar os novos equipamentos que oferecem proteção social sem excluir? Quais são? Como evitar que estes novos dispositivos reproduzam as velhas e outras formas de segregação, invalidação e tutela? Que estratégias podemos usar para melhor inserir os novos moradores nas variadas oportunidades sociais da convivência aberta na cidade? Como lidar com a crescente violência que se espalha nos espaços públicos urbanos? Como ampliar a oferta destes dispositivos e disponibilizá-los numa rede de articulações intersetoriais e territoriais? Como aplicar as ações de inclusão e proteção social às populações em privação de liberdade, como os que estão em unidades de medida sócio-educativas e hospitais de custódia (manicômios judiciários), a partir de ações e parcerias interinstitucionais? Como viabilizar o funcionamento das Residências Terapêuticas em municípios que não têm AIH? Como fortalecer a articulação entre os operadores de direito e os profissionais de saúde, destacando, entre outros, temas como os dos mitos da incapacidade e da periculosidade? Como garantir a implantação de Residências Terapêuticas no marco da intersetorialidade, beneficiando aqueles que não estão entre a clientela típica desses serviços, como autistas, moradores de rua etc?

Item 6 – Saúde Mental, Atenção Primária e Promoção da Saúde

O paradigma da Promoção da Saúde enquanto uma resposta aos desafios sanitários contemporâneos, desde os anos 70, assume o status de uma das principais linhas de atuação para a elaboração de políticas de saúde de diversos países. No Brasil, seus princípios e diretrizes influenciam a elaboração do arcabouço teórico do modelo de Vigilância à Saúde, sustenta a proposta de Cidades Saudáveis, subsidia práticas de Educação à Saúde e se faz presente junto a projetos de reorganização da rede básica que vêm se desenvolvendo como Estratégia da Saúde da Família. Como repensar as práticas de educação para a saúde, de gestão de organizações, de reorganização do processo de trabalho em saúde a partir da participação comunitária e da constituição de cidadãos saudáveis, conscientes do seu "direito de ter direitos", aumentando a possibilidade de ações sociais que incidam positivamente sobre os múltiplos determinantes do processo saúde/doença? Como pensar a atenção primária e a promoção da saúde em saúde mental? Como pensar a relação deste campo com os demais níveis de assistência? Quais são os níveis de atuação aceitáveis no nível da atenção primária em saúde mental para que não prejudiquem a qualidade da assistência? A partir de que modelo a promoção e a prevenção se sustentam? Quais são os dispositivos prioritários concretos que temos para integrar a saúde mental na atenção básica? Quais são os principais desafios e as estratégias de enfrentamento em relação ao apoio matricial, aos fóruns intersetoriais por áreas territoriais, às responsabilidades e ações compartilhadas, e ao encaminhamento responsável e monitorado? Como vem se dando a atuação da saúde mental nos NASFs? Qual tem sido a avaliação do uso da terapia comunitária na rede básica, do ponto de vista da saúde mental? Há espaço para o fomento de grupos de ajuda e suporte mútuos? Que ações de promoção da saúde mental da primeira infância podem ser implementadas, tomando como suporte, por exemplo, o Projeto Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, de ações de promoção da saúde para crianças de 0 a 6 anos, suas mães, pais, familiares e grupos sociais ?

Item 7 – Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais

Nos últimos anos, o governo brasileiro tomou como questão de saúde pública o uso problemático de álcool e outras drogas. Isto significa uma mudança de paradigma, ainda em curso, de uma abordagem criminalizante, repressiva e estigmatizante, para uma abordagem de atenção integral àquele que faz uso abusivo do álcool ou de outras drogas, que não exige que as pessoas parem de usar drogas para terem acesso ao tratamento. Isto não significa que os desafios legais e assistenciais estão superados, pelo contrário. O debate sobre um novo paradigma não criminalizante para a questão das drogas ainda se dá no mundo todo, que se divide na abordagem do problema. As estratégias de redução de danos ainda são mal compreendidas. Muitos usuários são desprovidos de seus direitos civis e políticos, bem como de seus direitos econômicos, sociais e culturais. O estigma cria uma barreira importante para o acesso ao tratamento.

A problemática clínica do uso prejudicial de drogas, especialmente do *crack* nos últimos cinco anos em nosso país, está fortemente associada a contextos de vulnerabilidade social e a um alto nível de desfiliação social (forte fragilização dos laços sociais/familiares), segregação social, situação de vida nas ruas, contextos sociais de violência e marginalização.

Os CAPSad, ainda recentes e em pequeno número, muitas vezes reproduzem o moralismo na abordagem ao uso de drogas e repetem estereótipos, aumentando ainda mais as barreiras de acesso ao tratamento. Por outro lado, vão descobrindo, no cuidado do dia-a-dia, a estreita ligação entre a dinâmica social e o uso problemático de álcool e outras drogas, a necessidade de uma atenção psicossocial flexível e intersetorial, e as características desta nova clínica, a clínica que se constrói a partir de um novo paradigma de inclusão social. Ainda que muitos CAPSad tenham pouca efetividade, muitos estão em pleno processo de invenção desta nova clínica, intersetorial por excelência, inclusiva e fundada nos direitos humanos. A ação dos CAPSad é recente e heterogênea. Na maioria dos casos, no entanto, redutores de danos – até por dificuldades de contratação - não ainda não estão inseridos nas equipes de saúde mental.



A hospitalidade e acolhimento noturnos ainda são grandes desafios. No caso dos usuários de crack, mais do que uma lacuna, temos uma recusa de acolhimento, especialmente pelos hospitais gerais, que ainda têm baixa participação no esforço de aumentar o acesso em saúde mental. Apesar da criação de um procedimento hospitalar melhor remunerado para o atendimento do usuário de drogas no SUS (Serviços de Referência para Álcool e Outras Drogas nos Hospitais Gerais), não houve aumento e qualificação destes leitos, nos últimos anos.

Como ampliar os dispositivos de acolhimento da rede intersetorial, onde a assistência social e a cultura têm papel relevante na associação com a diversidade dos serviços de saúde? Como avançar na necessária apropriação, pelos CAPSad, das estratégias de redução de danos? Como construir mecanismos para a inserção de redutores de danos nas equipes dos CAPS? Como avançar em estratégias extra-muros para aumentar o acesso à atenção em saúde mental? Como implementar, intersetorialmente, ações de combate ao estigma e às barreiras sócio-culturais ao acesso ao tratamento? Quais estratégias podem ser usadas para qualificar o cuidado na questão do uso problemático de álcool e outras drogas na atenção básica? Quais mecanismos podem aumentar e qualificar a participação dos Hospitais Gerais no manejo dos casos que envolvem o uso abusivo de álcool e outras drogas? Como entender o papel complementar desempenhado pelas comunidades terapêuticas, cuja expansão se deu a partir dos anos 90, na esteira da ausência histórica da saúde pública neste campo ?

Item 8 – Saúde mental na Infância, Adolescência e Juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade

A consolidação do processo de implantação da política de saúde mental infantil e juvenil (SMIJ) é uma exigência para o avanço real da saúde mental pública no país. As bases e principais diretrizes para esta política foram propostas na III CNSM, em 2001, onde os CAPSi e a montagem da rede intersetorial de cuidados foram destacados como ações prioritárias para iniciar a construção da rede naquele momento. De 32 CAPSi em 2002, passou-se a 112 em janeiro de 2010, indicando que o processo de expansão deste dispositivo está aquém do previsto e do necessário, especificamente nas cidades de médio e grande porte, onde vive a maioria das crianças e adolescentes brasileiros. Por outro lado, onde existentes e acompanhados, os CAPSi têm se mostrado potentes na



oferta de cuidado/tratamento para os casos de maior complexidade, e na produção de novas questões para implantação, qualificação e efetividade de uma real *rede pública ampliada de atenção à saúde mental de crianças e jovens*. A incorporação das deliberações da III CNSM pelas diferentes instâncias gestoras foi irregular e heterogênea no país, havendo, ainda, regiões com baixíssima cobertura e/ou com poucas iniciativas afinadas às determinações da política. O desafio de montar um sistema de cuidado intersetorial para a SMIJ nas cidades de pequeno porte (e mesmo nas demais) permanece em aberto. Contarão para isto: a) criação de parcerias efetivas com a rede básica (PSF), rede escolar, de assistência social, e com as instituições historicamente implicadas na assistência, como as filantrópicas e demais; b) criação de programas de formação em acordo com as realidades e necessidades das diferentes regiões do país; c) implantação de projetos intersetoriais para promoção de saúde mental nas comunidades; d) construção de sistemas de avaliação e monitoramento para os diferentes desenhos da rede; e) avanços em estudos e pesquisas que possam subsidiar análises de efetividade da rede; f) oferta de financiamento compatível com as necessidades.

Como avançar na tomada de responsabilidade de gestores e trabalhadores intersetoriais para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes? Como potencializar a participação de usuários, familiares e responsáveis no processo de construção da rede pública ampliada?

Apesar de incipientes, as ações para SMIJ já indicam avanços e impasses. Dentre os impasses e desafios destacam-se:

a) como enfrentar as inúmeras questões e traduções da violência, agravos significativos à SM de crianças e adolescentes?;

b) quais os caminhos para o desenvolvimento de ações consequentes frente ao aumento do uso prejudicial de drogas por meninos e jovens?;

c) como enfrentar o ciclo de vulnerabilidade e exclusão a que estão submetidos crianças e adolescentes vivendo nas ruas, e dos que estão em privação de liberdade?;

d) como intervir na tendência medicalizante que atravessa a história de muitos meninos e meninas?;

e) como atuar para evitar os mecanismos precoces de exclusão das crianças, adolescentes e jovens nas escolas e na sociedade em geral?

Item 9 - Garantia do acesso universal em Saúde Mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental.

A rede aberta de atenção à saúde mental não garante hoje acesso a todos e todas. A heteronormatividade, além da profunda desigualdade entre brancos e não-brancos, entre homens e mulheres e entre as diferentes classes de renda no Brasil, são refletidas todos os dias nas ações e serviços do SUS, produzindo barreiras de acesso a grande parte dos cidadãos e cidadãs brasileiras. A violência sem pausa da discriminação produz efeitos psicossociais importantes no processo saúde – doença e o campo da saúde mental defronta-se com a tarefa de construir junto às comunidades alternativas para a garantia do acesso a todos e a todas e para o enfrentamento das iniquidades na sociedade brasileira. Além disso, é preciso que o campo esteja atento aos efeitos psicossociais específicos do racismo, do machismo, da heteronormatividade, da discriminação geracional e de outros processos macro-estruturais de ampla exclusão social, como aqueles que estão associados ao viver em situação de rua ou em privação de liberdade. Sem esta atenção específica, não se produz equidade. Não se produz acesso, por exemplo, à população em situação de rua, sem ações extra-muros.

Como potencializar a rede de atenção à saúde mental para combater a discriminação e as barreiras ao acesso e para acolher, assistir e construir junto às comunidades alternativas para o enfrentamento das desigualdades ?

Quais as estratégias eficazes para que as questões de gênero, de raça e da diversidade se incorporem como referências na rede de atenção à saúde mental para a desnaturalização das desigualdades e o combate das estereotípias?

Quais ações podem ser desenvolvidas na rede de atenção psicossocial para atender às especificidades de todos e de todas?



Eixo 3 (Eixo da Intersetorialidade)

Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial

As enormes dificuldades que temos enfrentado na luta pela reforma psiquiátrica e pela reforma sanitária no Brasil significam na verdade um desafio com dimensões muito mais amplas: o processo de universalização das políticas sociais em contexto periférico ou semiperiférico (países de renda baixa ou média-baixa), como no Brasil, vem se dando sob a hegemonia e expansão de ciclo histórico de políticas ditas “neoliberais” (significando redução dos investimentos sociais e do papel do estado e das políticas públicas), com suas conseqüências de aprofundamento da desigualdade social, do desemprego estrutural, da miséria e da violência para um conjunto cada vez maior da população, bem como de suas estratégias de desinvestimento e precarização das políticas sociais públicas e de indução de desassistência. O Brasil, apesar das especificidades de sua inserção nesta realidade, particularmente nos últimos anos, tem sido atingido por este quadro maior da atual conjuntura mundial, com todas as suas conseqüências sociais, apesar dos avanços obtidos a partir de 2003 (aumento anual constante da renda média, aumento do segmento de classes médias, diminuição do índice de pobreza, diminuição do desemprego, melhoria geral dos indicadores sociais e de saúde).

Em conjunturas difíceis com esta, as conquistas feitas no processo de consolidação das políticas sociais universais em geral em nosso país, e em particular no SUS e no processo de reforma psiquiátrica, dependem fundamentalmente da presença e da ação política de movimentos, atores e forças sociais comprometidos com os interesses popular-democráticos, que pressionam de fora e ocupam os espaços possíveis dentro do aparelho de Estado, para garantir o financiamento e a implantação das novas políticas e programas. Assim, no campo da saúde mental em nosso país, se salienta a importância histórica de dois movimentos sociais, o **movimento antimanicomial**, como um todo e hoje com suas várias tendências internas, com base na sociedade civil e em associações profissionais, e o **movimento de reforma psiquiátrica**, mais amplo e com articulações institucionais em todos os níveis da vida cultural, universitária e da gestão do SUS.

Registre-se igualmente o protagonismo de atores sociais que se manifestam contrariamente à reforma psiquiátrica e contra a lei 10.216, de 2001 (ou, como se define em alguns contextos, contra a atual forma de aplicação desta lei pelo Ministério da Saúde),



representados por segmentos de familiares (AFDM) e associações médicas (destaca-se aqui a ABP, que defende publicamente uma nova orientação da Política Nacional de Saúde Mental).

No presente momento, reconhecemos que este processo político deve ser ampliado ainda mais, abrangendo outras forças políticas e campos de política social, e esta estratégia se expressa na **necessidade inexorável da articulação intersetorial de políticas e programas**. Em primeiro lugar, ela visa, do ponto de vista epistemológico, teórico e ético-político, inserir as nossas lutas da saúde mental no campo mais geral da conquista dos direitos sociais de cidadania, dos direitos humanos e por uma sociedade mais justa e solidária. Em segundo, ela busca garantir uma maior efetividade das ações públicas, ao reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos problemas e dos caminhos para se atingir a integralidade do cuidado, articulando investimentos e ações interdisciplinares e interprofissionais concretas, mobilizando várias linhas de política social em um campo específico e vice-versa. Em terceiro lugar, ela busca construir alianças políticas interinstitucionais, particularmente entre atores e forças popular-democráticas, passando por cima da tradicional fragmentação financeira, institucional e política típica dos aparelhos modernos do Estado, notadamente na conjuntura mundial da relação contemporânea entre Estado-sociedade, marcada pela maior escassez de recursos e por uma maior competição entre as diferentes agências por essas fontes de financiamento. Essas alianças, mesmo aquelas articuladas inicialmente no plano estatal têm um enorme potencial de se difundirem para baixo, nos níveis institucionais inferiores, atingindo também a ponta dos serviços junto à população. Outras vezes, são as próprias experiências inovadoras locais que nos mostram novas direções possíveis de trabalho integrado. Desta forma, **este componente da intersetorialidade é, sem dúvida alguma, uma marca histórica diferenciada desta IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que carrega no próprio nome institucional o complemento “Intersetorial”, com uma forte significação e uma enorme importância política.**

Para compreender que a agenda intersetorial é uma exigência do próprio processo da reforma psiquiátrica, leve-se em conta, igualmente, o acúmulo histórico dos últimos oito anos de implantação da rede de saúde mental no território, os avanços da gestão colegiada do SUS, a construção de mecanismos intersetoriais de debate e decisão, cujo exemplo típico é o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, e a complexidade de desafios tais como a atenção integral a adolescentes e jovens e a política de álcool e



drogas, que clamam obrigatoriamente por encaminhamentos para além da saúde, no vasto âmbito da intersectorialidade

Assim, os debates a respeito deste eixo devem nos ajudar a reconhecer claramente este espaço de novos avanços que a intersectorialidade pode nos proporcionar, abrindo caminhos para o seu exercício e sua efetivação concreta em todas as esferas de poder, mas que deve se expressar prioritariamente no âmbito regional e local, dos programas e serviços diretos com a população.

Item 1 – Direitos Humanos e Cidadania

A promoção dos direitos humanos tem uma enorme importância histórica e política no campo internacional e em cada país. Através de convenções internacionais, as quais os países geralmente ratificam internamente, são construídos instrumentos e agências que buscam garantir sua implementação nacional. Outras vezes, a lentidão dos avanços na esfera governamental não impede que os direitos humanos representem uma interpelação essencial para os movimentos sociais populares denunciarem as violações existentes e reivindicarem a implantação efetiva destas políticas, tanto internamente como nas agências internacionais. No Brasil, após a violação sistemática destes direitos no período militar, foi se consolidando um conjunto de forças políticas democrático-populares que conseguiram gradualmente conquistar uma política, programas e agências governamentais que visam garantir esta promoção no país. Elas visam coibir e punir a violação dos direitos, promover a reabilitação cidadã das pessoas e grupos atingidos, mas também desenvolver positivamente medidas preventivas e que monitorem as condições sociais e político-institucionais que possibilitam essas violações.

No campo da saúde mental, as principais violações dos direitos humanos se encontram em algumas instituições psiquiátricas convencionais, que segregam, isolam, e promovem a perda de direitos humanos básicos do usuário de serviços em nome do tratamento, podendo até mesmo chegar a casos extremos de negligência grave, mortificação institucional, violência física e psíquica, e até mesmo morte, que devem ser objeto de denúncias e de punição de seus executores. Do ponto de vista preventivo, uma dos principais estratégias é a da construção de cartas de princípios e direitos, como a Carta de Direitos dos Portadores de Transtorno Mental da ONU, de 1991, bem como de leis, normas e procedimentos que busquem assegurar os direitos dos usuários e



familiares em situações de maior fragilidade, como no caso da atenção à crise, nas internações psiquiátricas convencionais e nos procedimentos de incapacitação legal e tutela.

Assim, nesta IV Conferência, devemos nos colocar as seguintes questões: quais são as principais formas de violação dos direitos humanos ainda existentes no campo da saúde mental? Quais têm sido as principais experiências bem sucedidas de encaminhamento das denúncias e de defesa dos direitos das pessoas atingidas no país? Quais são as principais estratégias e programas que precisam ser mobilizadas para a promoção dos direitos humanos? Quais são as entidades da sociedade civil e agências governamentais que podem ser mobilizadas para a construção de uma aliança e de trabalho efetivo no campo dos direitos humanos e saúde mental? Como promover estes direitos na interseção com outros campos mais amplos, como o da saúde, educação, assistência social, trabalho e da justiça? Que mudanças legislativas devem ser construídas, como nas questões cruciais tipificadas nos conceitos de incapacidade, inimputabilidade e periculosidade, quando aplicados aos portadores de transtornos mentais? Como assegurar a defesa dos direitos individuais no campo das políticas e legislação relacionadas ao consumo de drogas ilícitas ?

Item 2- Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária

As estratégias de cuidado às pessoas com transtorno mental implicam a formulação de ações que propiciem a ampliação do acesso às políticas sociais no cotidiano dos sujeitos, para além da saúde e da saúde mental. Nesse contexto, o trabalho surge como uma alternativa para o exercício da cidadania e dos direitos, assim como para a ampliação do protagonismo e da emancipação dos usuários da rede de saúde mental.

As primeiras experiências de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental iniciaram-se na década de 90, junto com a Reforma Psiquiátrica, quando usuários e familiares da saúde mental passam a reivindicar o direito ao acesso ao trabalho e à renda da pessoa com transtorno mental. Nesse momento, algumas oficinas terapêuticas desenvolvidas nos serviços de saúde mental começam a investir sistematicamente na comercialização de produtos elaborados como forma de renda para seus usuários.



Na III Conferência Nacional de Saúde Mental esta pauta é amplamente debatida e 11 propostas são aprovadas, indicando, desse modo, a necessidade de ampliar o investimento nos grupos de geração de trabalho e renda, organizados em cooperativas, associações ou não, e em programas de trabalho protegido, por meio do fortalecimento e da expansão de políticas sociais de apoio no campo.

Em 2004, a Economia Solidária, pelos seus princípios de autogestão, autonomia, respeito às diferenças, cooperação e solidariedade, se mostra como uma importante parceira da Saúde Mental, estabelecendo-se uma cooperação entre as duas políticas, através da Oficina Nacional de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental. O relatório desta oficina, “Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho”, publicado em 2005 pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho, tornou-se o documento de referência para esta política. Outro documento importante é o Relatório Final do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, de 2006.

As principais práticas da Economia Solidária concentram-se no cooperativismo popular, trocas solidárias, empresas sociais e redes de comercialização solidária . Este contexto favorece a construção e ampliação dos empreendimentos, possibilitando novas parcerias e relações de intercâmbio entre as iniciativas integrantes da rede de saúde mental e da economia solidária, buscando terem acesso a um mercado socialmente protegido para o desenvolvimento de suas atividades de produção e/ou comercialização.

Atualmente, a rede nacional de saúde mental e economia solidária possui mais de 390 empreendimentos de trabalho e renda mapeados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Emprego. São empreendimentos que articulam sistematicamente a saúde mental e a economia solidária na discussão da complexa problemática da inclusão social dos usuários da rede pública de saúde mental e que desempenham atividades sociais e econômicas. Tais projetos apresentam um caráter de responsabilidade social vinculada à agenda local, agregando a diversidade de dispositivos sociais e institucionais existentes no território, dinamizando a articulação que se estabelece entre eles e desenvolvendo as potencialidades do trabalho conjunto.

A vinculação das Políticas Públicas – Saúde Mental e Economia Solidária –, criando a Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária, amplia o debate e



oferece novo marco referencial, oferecendo uma agenda de atividades conjuntas, buscando fortalecer estas iniciativas e facilitar as articulações entre as políticas de saúde e trabalho, contribuindo diretamente para que, especialmente os usuários da rede de saúde mental, tenham acesso a programas de capacitação, formação, empreendedorismo e redes, essenciais para conquistas de espaços de inclusão social .

Os CAPS, assim com demais serviços e dispositivos da rede, devem estimular a criação de projetos de arte, cultura e renda, possibilitando a convivência na cidade, respeitando a diversidade das pessoas e oferecendo a acessibilidade aos direitos sociais. Os trabalhadores desses serviços devem estar atentos às demandas e especificidades dos usuários, levando em conta pelo menos três níveis de análise: a observação das regras que regem a organização do mercado e do próprio trabalho, o respeito ao contexto local e respeito ao contexto pessoal.

Na construção do plano terapêutico individual é importante levar em conta as habilidades dos pacientes, incentivar o aumento da escolaridade, o acesso à informática e internet, a cursos de capacitação e formação profissional, trabalhar a importância do auto-cuidado, do respeito à autonomia e, principalmente, incentivar o exercício da cidadania e dos direitos. Nas assembleias, os trabalhadores devem possibilitar que as demandas dos usuários sejam apresentadas e discutir de que forma que o grupo pode se empoderar dessas demandas e conquistá-las.

A expansão de projetos de inclusão pelo trabalho e de trabalho protegido, assim como a formação dos usuários da rede de saúde mental e o aprofundamento das discussões para a construção do marco jurídico, a partir dos princípios expressos na Lei de Cooperativas Sociais (Lei Federal no 9.867 de 1999), estão entre os principais objetivos a serem atingidos nos próximos anos.

Além disso, é preciso fortalecer estas iniciativas e facilitar as articulações entre as políticas sociais, contribuindo diretamente para que, especialmente os usuários da rede de saúde mental, que muitas vezes pararam de estudar antes mesmo de concluírem o ensino fundamental, tenham acesso a programas de escolarização, capacitação, formação, empreendedorismo e redes. Em outras palavras, é necessário ainda ampliar o debate com setores da educação, previdência, cultura, justiça, pactuando agendas conjuntas.

Experiências de grupos de ajuda e suporte mútuos e de programas de inclusão digital têm-se revelado uma boa estratégia de inclusão social pelo trabalho para



usuários e familiares da rede de saúde mental. No entanto, são experiências pontuais e na maioria das vezes não geram renda.

Os programas de inclusão social pelo trabalho e de trabalho protegido, além de produzirem renda, possibilitam valores de troca e na relação do usuário com a sua família e com a sociedade como um todo. Mostram-se dispositivos estratégicos no que se refere à ampliação de trocas sociais, autonomia, democracia, autogestão, cooperação, cidadania, solidariedade. No entanto, embora produzam bons resultados e adesão dos usuários, ainda são experiências frágeis, com baixa densidade política e sustentabilidade.

Ainda dentro desse sub-eixo, é importante que sejam consideradas as diferentes formas de adoecimento no trabalho.

Os ambientes do trabalho na sociedade capitalista são marcados pela competitividade, homogeneização, violência, baixa remuneração, subemprego, desemprego, acarretando o sofrimento psíquico e a restrição de outros espaços na vida dos sujeitos.

Sabe-se que o trabalho é uma das marcas identitárias tão importantes quanto raça, gênero e classe social e econômica. Quanto maior ascensão no trabalho, maior as possibilidades de acesso a bens sociais. Por outro lado, as pessoas passam a maior parte do tempo de suas vidas trabalhando e por esse motivo, pouco podem conviver com seus familiares, amigos, vizinhos, colegas; pouco podem participar dos espaços de lazer e de convívio em sua comunidade. Mais sozinhas vivem, menos solidárias ficam.

Desse modo, cabe nos perguntar:

Como possibilitar o acesso ao trabalho, à renda, à cultura, à educação, em uma sociedade capitalista em que a regra é a exclusão, sobretudo em grupos em situação de desvantagem? Como ampliar o acesso ao aprimoramento das habilidades profissionais e das técnicas de gestão, produção e comercialização para os empreendimentos da saúde mental/economia solidária? Como dar maior visibilidade a esses grupos? Como ampliar o acesso às políticas sociais de apoio? Como garantir a ampla participação dos empreendimentos da saúde mental em redes de comercialização, rede de produção e fóruns de economia solidária? Como avançar o debate com a legislação previdenciária e na legalização de cooperativas sociais que possuem usuários da rede de saúde mental? Quais são as vantagens para os grupos se tornarem cooperativas? Que fatores contribuem para o aumento da sustentabilidade nos projetos de inclusão social pelo



trabalho e de trabalho protegido? Como produzir espaços de trabalho que de fato produzem autonomia e emancipação para os sujeitos? Como possibilitar espaços de convivência e solidariedade no ambiente do trabalho? Como respeitar as diferenças no trabalho? De que forma enfrentar os desafios colocados pelo desemprego, subemprego e violência e desrespeito no trabalho?

Item 3 – Cultura/ Diversidade Cultural

A luta pela reforma psiquiátrica implica promover mudanças na cultura difusa na sociedade que estimulam a segregação, o estigma e a desvalorização das pessoas com transtorno mental, bem como fomentar a produção artístico-cultural dos usuários de serviços de saúde mental e de seus familiares, promovendo ao mesmo tempo seus autores e a sua valorização na sociedade. Além disso, busca preservar, divulgar e ampliar o acesso ao acervo da produção já realizada.

Que experiências bem sucedidas já temos neste campo? Quais foram as estratégias utilizadas, e quais são os atores sociais, instituições e agências governamentais mais relevantes para isso? Como criar e garantir políticas públicas de fomento (apoio/incentivo) à produção artístico-cultural de pessoas em situação de sofrimento mental? Como planejar e implementar políticas de garantia de preservação e acervo desta produção e fruição/divulgação/publicização desta produção? Como deve ser organizada a atuação intersetorial, articulada com o Ministério da Cultura, com as secretarias de cultura e instituições culturais da sociedade em geral?

Item 4 –Justiça e Sistema de Garantia de Direitos

A lei 10.216/01 busca mudar o olhar de todos, inclusive do sistema de justiça, em relação à pessoa com transtornos mentais, propondo uma transição entre o paradigma da defesa social, claro no Código Penal, e o paradigma da garantia de direitos humanos. Com sustentação neste marco legal, algumas experiências nos últimos anos passaram a tensionar as noções de inimizabilidade, periculosidade e também de incapacidade, desconstruindo o diálogo anterior com o campo da justiça. Se antes este diálogo tinha por objetivo a determinação da periculosidade ou da incapacidade do sujeito, hoje, nestas experiências, o diálogo busca garantir o direito à assistência, à



saúde e ao trabalho. Estas experiências, no entanto, ainda não têm a força e caráter de uma política de estado. O diálogo com o sistema de justiça ainda é difícil, as noções de periculosidade e incapacidade ainda são correntes e o trabalho intersetorial é uma prática ainda incipiente. Além disso, há um novo desafio - a recente tendência de internação de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), ou mesmo a banalização das internações judiciais em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. No campo das medidas sócio-educativas, o diálogo do campo da saúde mental com o sistema de justiça é ainda mais recente – são poucas as experiências articuladas à rede de atenção psicossocial, apesar das deliberações pactuadas nas instâncias colegiadas do SUS e do SENAES, como os fóruns nacionais. É aí, no entanto – no esteio do pânico social e sob o argumento da necessidade - que vêm surgindo com frequência iniciativas francamente ilegais e violadoras de direitos, como é o caso da Unidade Experimental da fundação A Casa, do estado de São Paulo.

Assim, nesta IV Conferência, cabe rever as experiências de projetos locais e de normas que mais avançaram no país, que nos possibilitem propor novas medidas, programas, políticas e instrumentos legais que possam assegurar novos avanços neste campo.

Item5 – Educação, inclusão e cidadania

A educação laica, pública, gratuita e de ampla acessibilidade para todos constitui um direito social fundamental para garantir a socialização democrática, a alfabetização, o acesso a bens simbólicos, à cultura e ao conhecimento humano e técnico-científico em geral, o exercício de atividades expressivas, e o acesso à capacitação para o trabalho e formação técnico-profissional. Do ponto de vista das formas de acesso e do seu conteúdo, a educação possibilita a difusão de valores democráticos e da cidadania, como a igualdade de todos os cidadãos, a participação social, a tolerância e o respeito à diferença, contra todas as formas de discriminação e preconceito. Além disso, a educação tem uma dimensão psicossocial fundamental, a da construção de uma perspectiva cidadã, de elaboração do sentido de respeito à lei, à autoridade e do



adiamento dos impulsos de gozo imediato no presente em função da aquisição da cultura, visando à construção de uma vida melhor no futuro.

Assim, o campo da educação tem uma importância fundamental para a área da saúde mental, e vários temas merecem ser discutidos no âmbito desta IV Conferência:

Quais são os atores sociais e institucionais do campo da educação que podem ser buscados para uma aliança intersetorial com a saúde mental? Como garantir o acesso à escola pública das pessoas com deficiências e com transtorno mental? Que iniciativas podem estimular as instituições escolares, os professores e demais trabalhadores da educação para lidar melhor com estas pessoas? Como garantir que as escolas evitem a individualização dos problemas psicopedagógicos nas crianças e o seu encaminhamento indiscriminado para a rede de saúde mental? Como evitar a evasão escolar, particularmente das pessoas com diferenças? Que iniciativas especiais devem ser estimuladas para promover a alfabetização, a escolaridade e a capacitação profissional dos usuários de serviços e seus familiares? Que tópicos e questões ligados ao campo da saúde mental devem integrar o rol de conteúdos e temas transversais a serem assumidos pelos currículos do sistema público de educação?

Como temas mais desafiadores hoje, como álcool e drogas, sexualidade, loucura, diferentes tipos de transtornos mentais, estigma, preconceito e discriminação devem ser tratados no sistema escolar?

Item 6 – Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde

Conforme reza a Constituição Brasileira em seu artigo 194, "a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". Nesse sentido, inovou-se ao conceber uma rede integrada de proteção social baseada na construção de políticas públicas para a saúde, previdência e assistência social, superando-se o caráter fragmentado e assistencialista das meras concessões clientelistas. As três políticas são autônomas e apontam para campos específicos de atuação, mas a cobertura dessa proteção ocorre a partir da intersetorialidade.

Em relação ao campo específico da assistência social, cabe ressaltar o esforço das forças democráticas e do Estado brasileiro nos últimos anos, de implementar o Sistema



Único de Assistência Social (SUAS), constituindo a rede territorializada de centros de referência (CRAS) e de centros especializados (CREAS) de assistência social. Os primeiros buscam promover a atenção básica, fortalecendo os vínculos familiares e a convivência comunitária, bem como a provisão de benefícios sociais, aos quais a população tem direito, enquanto os segundos focam a proteção social especial, destinada a pessoas em situação de maior vulnerabilidade social. Aqui, nossos debates nesta IV Conferência devem buscar conhecer as estratégias e formas possíveis de trabalho intersetorial entre o campo da saúde mental e o SUAS, como o planejamento integrado, os projetos e iniciativas compartilhadas, o apoio matricial, os fóruns territoriais comuns, o encaminhamento responsável e monitorado, o matriciamento intersetorial das ações de saúde e assistência no território, etc.

Em relação à área da previdência, cabe rediscutir os direitos e benefícios a que pessoas com transtorno mental são potenciais beneficiários, como auxílio-doença, aposentadoria, benefício de prestação continuada, avaliando as formas de acesso e suas dificuldades, e propondo medidas capazes de superar os problemas existentes.

Em relação ao SUS e à saúde, cabe retomar especialmente a discussão dos inúmeros desafios que temos para a atenção à saúde das pessoas com transtorno mental, nos três níveis de assistência. Por exemplo, como garantir o acesso, o atendimento humanizado e o acolhimento imediato destas pessoas nos serviços dos SUS? Como facilitar as consultas e exames específicos? Como assegurar o acesso a intercorrências e emergências clínicas das pessoas com sofrimento psíquico? Como garantir o acesso a hospitais gerais e de emergência para os casos de desintoxicação de usuários de álcool e outras drogas? Como combater a forte discriminação hoje existente para com ambos estes tipos de pessoas nos serviços de saúde? Que medidas podem ser tomadas para assegurar a assistência odontológica para estas pessoas? Como garantir a essas pessoas o acompanhamento de familiares durante as internações em hospitais e serviços de saúde? Como possibilitar o transporte público gratuito municipal, intermunicipal e interestadual que garanta o deslocamento para e entre serviços de saúde?

Ainda na área da saúde, cabe também discutir os inúmeros desafios encontrados nos serviços emergenciais de crise na rua e a domicílio, na atenção às pessoas com transtorno mental e a usuários de álcool e outras drogas, particularmente o SAMU, o Corpo de Bombeiros, e a própria polícia. Que experiências tem sido bem sucedidas neste



campo, e que medidas podem ser propostas para a humanização e o aperfeiçoamento destes serviços?

E para finalizar esta relação com o SUS, que estratégias devem ser adotadas para a construção e consolidação de alianças intersetoriais com os gestores, profissionais e trabalhadores do SUS como um todo? Que dispositivos devem ser acionados para estimular e garantir esta ação intersetorial com a assistência social, a previdência, trabalho, habitação, lazer, esporte, cultura etc ?

Item 7 – Organização e mobilização dos usuários e familiares de Saúde Mental

As pesquisas existentes no Brasil indicam poucas organizações de usuários e familiares, e geralmente com funcionamento precário e muito dependente dos serviços. Além disso, a militância social e política, no movimento antimanicomial e no controle social, acaba sendo exercida por poucos ativistas, de forma centralizada e pouco orgânica com as associações existentes.

As redes locais de saúde mental reconhecessem a importância e têm um conhecimento atualizado das organizações de usuários e familiares do campo da saúde mental em cada território? Conhecem as organizações voluntárias que atuam no campo, como pastorais religiosas, ONGs, associações de moradores e outras ?

Se reconhecem a importância de empoderar usuários e familiares, individual e coletivamente, e de valorizar a sua organização, como vem sendo dado o estímulo e o apoio concreto à criação e às iniciativas destas associações em cada serviço e na rede como um todo? Os serviços têm conhecimento e interesse em implantar metodologias específicas de empoderamento, como as de auto-conhecimento e gestão autônoma da medicação, de grupos de ajuda e suporte mútuos, ou do plano e o cartão de crise? Conhecem e já desenvolvem iniciativas e programas de inclusão digital para usuários, familiares e suas organizações? Nos serviços e na rede, há incentivo para ações e eventos comuns com as associações e núcleos do movimento sociais do campo da saúde mental? Há iniciativas de produção de material educativo, de formação de lideranças, formação política e de capacitação de conselheiros para atuar nos dispositivos de controle social? Há iniciativas visando a mudança do estigma e a defesa dos direitos dos usuários na cultura e na sociedade?

Item 8 – Comunicação, informação e relação com a mídia

A construção de uma cultura democrática no campo da saúde mental, bem como a legitimidade e o reconhecimento social do processo de reforma psiquiátrica e de suas conquistas junto à sociedade, dependem diretamente da capacidade dos gestores, profissionais, movimentos sociais e associações civis do campo de construir canais adequados de informação e comunicação junto à mídia. Esta inclui não só os meios clássicos, como a **imprensa, televisão e rádio, cinema, literatura, publicações dirigidas, publicações científicas**, etc, como também a grande mídia mais dinâmica e contemporânea, a rede mundial de computadores - **Internet**.

Em primeiro lugar, cabe avaliar o quadro dos **canais de informação e comunicação internas ao campo**, no sentido de saber se as ações atuais de gestores, instâncias de controle social, associações profissionais e dos movimentos sociais do campo são adequadas em termos de meios utilizados, periodicidade, atualização das informações, volume, capacidade de comunicação e diálogo, etc. Como política de Estado, este quesito se aplica particularmente às coordenações federal, estaduais e municipais de saúde mental, bem como às instâncias de controle social. Que experiências bem sucedidas estão ocorrendo hoje no país? Com que meios e como podemos garantir que os gestores e conselhos tenham uma melhor comunicação com os demais atores do campo? Como podemos estimular a produção de material de educação popular (vídeos, cartilhas, etc) para usuários, familiares, e público em geral, especialmente sobre direitos e formas de organização no campo?

Em segundo lugar, é fundamental discutir e avaliar **nossa política de comunicação social e nossas iniciativas de produção cultural e artística para a sociedade em geral**. Neste campo, cabe lembrar sua importância para a divulgação dos projetos inovadores em saúde mental e para a mudança da cultura de estigma, segregação da diferença e discriminação das pessoas com deficiências, transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas. Assim, que experiências bem sucedidas vêm ocorrendo hoje neste campo, e como podem ser expandidas? Que medidas podem ser adotadas para financiar e estimular a produção cultural, artística, em filmes, de peças dirigidas e vídeos, e peças de comunicação em geral, para este fim?

Em terceiro, cabe avaliar **nossa relação com a grande mídia comercial**, particularmente a imprensa escrita e televisiva. Nestes meios, o processo de reforma



psiquiátrica no país vem sendo alvo de forte campanha de descrédito, orquestrada por setores interessados em retomar modalidades tradicionais de assistência psiquiátrica. Como podemos melhorar nossos contatos e abrir novos espaços na grande imprensa falada e escrita, não só como estratégia defensiva, mas também com objetivos de abrir canais positivos de informação e comunicação?

Em quarto lugar, cabe avaliar o **espaço de comunicação intersetorial, aberto por outras agências e instituições do Estado**. Como explorar melhor os canais oficiais existentes de comunicação (TVs educativas e de agências estatais, boletins e publicações dirigidas, etc)?

Item 9 – Violência e saúde mental

A violência é um fenômeno complexo e polissêmico. Apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, e é acentuada em conjunturas que estimulam a corrupção política, a miséria, o desemprego e o sucateamento das políticas sociais. Possui diversas formas: física, negligência social, violência de gênero, abuso sexual, violência psicológica, violência institucional, violência de Estado, etc. Outras vezes, aparece na forma de eventos catastróficos como enchentes, deslizamentos de terra, tempestades violentas etc, com repercussões dramáticas para as populações atingidas. Os dados disponíveis indicam atingir mais forte e diretamente alguns grupos populacionais, geralmente das classes sociais mais pauperizadas; moradores dos espaços urbanos mais deteriorados e marginais; grupos etários mais frágeis, como crianças, adolescentes e idosos; mulheres; grupos étnicos específicos (negros, indígenas etc), bem como minorias e outros grupos sociais específicos (moradores de rua, prostitutas, homossexuais, travestis, usuários de drogas etc). As pessoas que vivenciam situação de violência, por sua vez, tendem a fazer mais uso de álcool e outras drogas, o que gera maior vulnerabilidade a outros agravos e doenças, gerando quadros complexos para a intervenção psicossocial.

O enfrentamento desta complexa dinâmica envolve, portanto, a compreensão destes determinantes, de suas manifestações, das particularidades do grupo social atingido, e das conseqüências e outras formas de vulnerabilidade e risco que provoca. Além disso, requer uma enorme vontade política, capaz de gerar uma frente integrada



de políticas e ações intersetoriais, com garantia de fontes seguras e mais amplas de financiamento, na qual se inserem também as políticas de saúde e saúde mental.

No campo particular da saúde mental, é importante lembrar as conseqüências psíquicas mais específicas da violência. Aqui, sem dúvida alguma, a prioridade inequívoca é o número crescente de pessoas acometidas por quadros de estresse pós-traumático, ansiedade, fobias e pânico, particularmente nas grandes cidades. Há alguns estudos de prevalência de transtornos psiquiátricos em locais específicos no Brasil, mas incapazes de fornecer um perfil recente e abrangente para todo o país. Contudo, alguns dos dados existentes são persuasivos para mostrar a gravidade do problema:

a) apenas para as *fobias*, em São Paulo, se estima que 5,4% da população desenvolverá alguma forma de fobia no espaço de um ano;

b) em relação ao *transtorno de estresse pós-traumático*:

- embora não existam estudos empíricos para o Brasil, se estima que 3,8% da população desenvolverá o transtorno no período de um ano;

- tivemos em 2002, em todo o país, 130 mil mortes violentas, e este dado permite estimar que cerca de 800 mil pessoas entraram apenas naquele ano para o rol do que a literatura chama de “vítimas ocultas”, ou seja, os pais e mães, filhos, cônjuges, irmãos e amigos mais próximos, os mais atingidos pela morte violenta de uma pessoa querida, que tendem a apresentar marcas profundas destes eventos. Além destes, um número similar de amigos, vizinhos e conhecidos podem desenvolver também sintomas significativos, embora menos agudas.

No início do processo de Reforma brasileira, tendo em vista a necessidade central da substituição dos serviços quase exclusivamente hospitalares, inclusive para a liberação de recursos para serviços extra-hospitalares, a prioridade foi claramente dada aos adultos com transtornos mentais maiores. Entretanto, esta prevalência alta e crescente na população destas formas de transtornos associados a fatores estressores da vida exige respostas urgentes.

A oportunidade da IV Conferência nos coloca uma enorme responsabilidade de dar respostas adequadas a este desafio. Cabe discutirmos então: como o nosso sistema público de atenção em saúde mental vem assumindo estas necessidades? Os ambulatorios existentes no país apresentam uma estrutura inadequada e provisão



insuficiente, e a rede de atenção psicossocial tem se preparado pouco para abordar estes problemas. Por outro lado, há algumas importantes iniciativas em saúde mental na atenção básica, o que inclui vários dispositivos, entre os quais a terapia comunitária. Apesar de uma relativa precariedade da informação existente sobre a produção e a qualidade dos atuais programas e serviços nesta área, os poucos dados disponíveis nos permitem constatar que os dispositivos hoje ofertados não têm sido suficientes tanto do ponto de vista da quantidade, da cobertura geográfica, como também do nível de complexidade ou do cuidado mais especializado exigido em vários tipos de casos mais desafiadores.

Quais as estratégias e alternativas que temos para lidar com este desafio? Não há dúvidas de que temos que aprofundar e expandir nossos programas e estratégias de saúde mental junto à atenção básica. De forma similar, os serviços ambulatoriais devem ser repensados, não só na sua integração com o restante da rede, particularmente com a atenção básica e com os CAPS, mas também em sua estrutura e oferta interna, antes de partirmos para a necessária expansão de sua rede.

Além disso, que estratégias intersetoriais devem ser mobilizadas para integrar estas intervenções específicas da saúde mental com o conjunto mais amplo de políticas e programas sociais voltados para o enfrentamento da violência e suas múltiplas conseqüências? Que experiências bem sucedidas já existem neste campo? Como podem ser expandidas?



BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE . CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.
Temário Oficial. Ementas dos Eixos e Sub-Eixos Elaborados pela Comissão Organizadora.
Versão preliminar 1. 46p. Fechado em 30 de março de 2010.
