

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Análise de Políticas Públicas

ADRIANA DUTRA GONÇALVES

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS CONFERÊNCIAS E NOS PLANOS NACIONAIS
DE SAÚDE À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL E DA
PROPOSTA DE MARIO TESTA**

FRANCA

2023

ADRIANA DUTRA GONÇALVES

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS CONFERÊNCIAS E NOS PLANOS NACIONAIS
DE SAÚDE À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL DE DA
PROPOSTA DE MARIO TESTA**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Planejamento e Análise de Políticas Públicas junto ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Análise de Políticas Públicas da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Franca.

Linha de pesquisa: Instituições, Cidadania e Políticas Sociais

Orientador: Prof. Dr. Felipe Ziotti Narita

FRANCA

2023

G635p	Gonçalves, Adriana Dutra A participação social nas Conferências e nos Planos Nacionais de Saúde à luz das políticas públicas em saúde mental e da proposta de Mario Testa / Adriana Dutra Gonçalves. -- Franca, 2023 148 p. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca Orientador: Felipe Ziotti Narita 1. política de saúde mental. 2. participação popular. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. neoliberalismo. 5. Conferências Nacionais de Saúde. I. Título.
-------	---

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

REGISTRO DO IMPACTO ESPERADO NA SOCIEDADE

Seção recomendada pela Portaria Unesp 117/2022, de 21 de dezembro de 2022

Para a realização deste trabalho, foram mobilizados conhecimentos interdisciplinares, como as áreas de política pública, saúde pública, saúde mental e planejamento em saúde na América Latina, dentro da temática de Desenvolvimento Social que caracteriza o Programa. Os impactos da pesquisa se englobam no âmbito “Saúde e bem-estar” nos “Objetivos do Desenvolvimento Sustentável para 2023”. A pesquisa tem impactos científicos a curto, médio e longo prazo na geração de novos conhecimentos em políticas públicas de saúde mental. Estes conhecimentos podem ser base para o fomento de soluções para problemas já identificados e problemas futuros no planejamento em saúde, possibilitando um impacto organizacional, bem como aprimorar a qualidade da gestão pública, democracia e a garantia do exercício da cidadania. Ademais, a pesquisa intervém em impactos sociais e tem um impacto sanitário indireto e externo ao ambiente acadêmico. Esperamos que a melhoria do planejamento e a inclusão mais efetiva dos usuários da saúde nas decisões que se referem à resolução de suas demandas impactem indiretamente na qualidade de vida dos mesmos e das coletividades. Desejamos que o trabalho gere consequências políticas, para influenciar no acesso da população às discussões em saúde e nas possibilidades das instâncias de participação instituídas; também é importante destacar as consequências conceituais, como o desenvolvimento da compreensão sobre as definições de “poder” no planejamento em saúde, bem como a transformação do comportamento e da consciência através de práticas democráticas e coletivas. Os estudos históricos das políticas públicas em saúde mental visam justificar a necessidade de frear os retrocessos e as práticas autoritárias e manicomiais que estão ganhando espaço. O trabalho tem um caráter singular devido à escassez de pesquisas sobre as instâncias de participação social e sobre a proposta de Mario Testa. Há também um impacto instrumental direto, que é a proposição de uma cartilha como sugestão intervencionista, que pode ter uma abrangência nacional. Esta proposição tem um impacto real direto aos trabalhadores e usuários da saúde ao sugerir uma estratégia para auxiliar na interpretação da realidade que se pretende modificar. Esperamos superar a realidade aparente da área da saúde e promover a emancipação humana.

REGISTRATION OF THE EXPECTED IMPACT ON SOCIETY

To carry out this work, interdisciplinary knowledge was mobilized, such as the areas of public policy, public health, mental health and health planning in Latin America, within the theme of Social Development that characterizes the Program. The impacts of the research are included in the scope “Health and well-being” in the Sustainable Development Goals for 2023”. The research has scientific impacts in the short, medium and long term in the generation of new knowledge in public mental health policies. This knowledge can be the basis for promoting solutions to problems already identified and future problems in health planning, enabling an organizational impact, as well as improving the quality of public management, democracy and the guarantee of the exercise of citizenship. Furthermore, research intervenes in social impacts and has an indirect and external health impact on the academic environment. We hope that the improvement in planning and the more precise inclusion of health users in decisions regarding the resolution of their demands will indirectly impact the quality of life of individuals and communities. We want the work to generate political consequences, which influence the population's access to health discussions and the effectiveness of the instituted instances of participation; and also conceptual consequences, such as the development of understanding about the definitions of power in health planning, as well as the transformation of behavior and conscience through democratic and collective practices. Historical studies of public policies in mental health aim to justify the need to curb the setbacks and the authoritarian and asylum practices that are gaining ground. The work has a unique character due to the scarcity of research on instances of social participation and on Mario Testa's proposal. There is also a direct instrumental impact, which is the proposition of the booklet as an interventionist suggestion, which can have a national scope. This proposition has a real direct impact on health workers and users by suggesting a strategy to help interpret the reality that is intended to change. We hope to overcome the apparent reality of the health area and promote human emancipation.

ADRIANA DUTRA GONÇALVES

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS CONFERÊNCIAS E NOS PLANOS NACIONAIS
DE SAÚDE À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL E DA
PROPOSTA DE MARIO TESTA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), para obtenção do título de Mestre em Planejamento e Análise de Políticas Públicas. Área de Concentração: Instituições, Cidadania e Políticas Sociais. Data da aprovação: 24 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Presidente:

Prof. Dr. Felipe Ziotti Narita – FCHS-Unesp

Primeiro examinador (titular):

Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa (UnB)

Segundo examinador (titular):

Prof. Dr. Tiago Santos Salgado (PUC-SP)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Edna e Adriano e em especial, à minha irmã, Andreia, pela motivação, encorajamento e suporte, por sempre acreditarem em mim e pelo amor incondicional.

À avó Helena, pelo afeto, cuidado e orações.

À Laura, minha companheira e parceira, por todo o apoio emocional e pelas palavras de conforto nos momentos de angústia durante o desenvolvimento da pesquisa, pela compreensão das minhas ausências e pelos abraços e carinhos.

Ao amigo Taynilo, pelo apoio, por nossas conversas sobre o mundo, que me possibilitaram reflexões críticas e pelos livros emprestados e presenteados.

À Maria Alzira, psicóloga.

Às diversas relações na UFU e em Uberlândia, durante a graduação, que abriram as trilhas para que eu caminhasse com a saúde pública e mental e ampliaram minha consciência política e social.

Ao orientador, Felipe Narita, que acreditou no projeto e oportunizou com profissionalismo o desenvolvimento do tema, entre discussões, leituras do trabalho e correções.

À turma do mestrado, uma turma colaborativa e diversa, de várias partes do Brasil - que o estudo online (em detrimento da pandemia de Covid 19) proporcionou - pelas ricas trocas solidárias e partilhas fraternas.

Aos amigos de longa data e família, que mesmo distantes, oferecem acolhimento.

Aos professores do PPG-PAPP (UNESP), e aos professores Fernanda Nakamura, Tiago Salgado e Maria Olívia Zanetti pelas contribuições no processo e na qualificação.

Em memória do vô Ari, vô Júlio, vó Terezinha e tia Suely pelo colo, aprendizados e amabilidade nas fases da infância e adolescência.

*Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito
como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural
nada deve parecer impossível de mudar.*

Bertolt Brecht

GONÇALVES, Adriana Dutra. **A participação social nas Conferências e nos Planos Nacionais de Saúde à luz das políticas públicas em saúde mental e da proposta de Mario Testa**. 148f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Análise de Políticas Públicas) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2023.

RESUMO

O trabalho traçou um histórico da construção do SUS com ênfase na participação popular nas Conferências de Saúde e de Saúde Mental. Foram encontrados poucos estudos que demonstram que as instâncias instituídas de participação social são efetivas e apontamos o neoliberalismo como principal obstáculo. A partir de pesquisa documental, foi organizado um paralelo histórico entre as CNS, as CNSM, os Planos Nacionais de Saúde e as políticas públicas instituídas nos períodos correlatos às conferências e planos, trazendo à tona os pressupostos ideológicos que permearam a proposição das políticas no desenvolvimento histórico da saúde pública no Brasil. A saúde brasileira e a saúde mental sofreram um desmonte que se acelerou ainda mais no governo do presidente Jair Bolsonaro, processo chamado de contrarreforma psiquiátrica. Antes da confecção dos PNS, as políticas públicas implementadas se relacionavam com as diretrizes propostas nas conferências; porém, a partir de 2011, algumas decisões começaram a ser desrespeitadas e no último PNS (2020-2023) confeccionado até então, nenhuma decisão se baseou nas diretrizes das conferências. A função do aparelho estatal é a dominação da classe economicamente dominante, a fim de garantir que seus interesses se imponham como interesses gerais e pode ser afirmado pela violência, coerção e repressão. Defendemos a importância da participação popular organizada para frear os retrocessos. Por fim, resgatamos a proposta de Planejamento em Saúde de Mario Testa, do final da década de 1980, que ressalta a importância de considerar as diferentes formas do exercício do poder no planejamento em saúde, que almeja a acumulação de poder para as classes dominadas e a transformação do comportamento e da consciência. A luta antimanicomial se atrela fortemente à luta contra a opressão e contra práticas autoritárias. Julgamos ser uma estratégia importante para pensar a superação da realidade aparente em saúde e para promoção da emancipação humana.

Palavras-chave: política de saúde mental; participação popular; Reforma Psiquiátrica; neoliberalismo; Conferências Nacionais de Saúde.

GONÇALVES, Adriana Dutra. **Social Participation in Conferences and in National Health Plans in the light of public policies on mental health and Mario Testa's proposal.** 148f. Dissertation (Master in Planning and Analysis of Public Policy) – School of Humanities and Social Sciences, São Paulo State University, Franca, 2023.

ABSTRACT

The work outlined a history of the construction of the SUS with an emphasis on popular participation in Health and Mental Health Conferences. Few studies were found that demonstrate that the instituted instances of popular participation are effective and we point out neoliberalism as the main obstacle. Based on documentary research, a historical parallel was organized between the CNS, the CNSM, the National Health Plans and the public policies instituted in the periods related to the conferences and plans, bringing to light the ideological assumptions that permeated the proposition of policies in development history of public health in Brazil. Brazilian health and mental health suffered a dismantling that accelerated even more in the government of President Jair Bolsonaro. Before the making of the PNS, the implemented public policies were related to the guidelines proposed in the conferences; however, from 2011, some decisions began to be disrespected and in the last PNS (2020-2023) made so far, no decision was based on conference guidelines. The function of the state apparatus is the domination of the economically dominant class, in order to ensure that their interests are imposed as general interests and can be affirmed by violence, coercion and repression. We defend the importance of organized popular participation to curb setbacks. Finally, we rescue Mario Testa's Health Planning proposal, from the late 1980s, which emphasizes the importance of considering the different forms of exercising power in health planning, which aims at accumulating power for the dominated classes and the transformation of behavior and consciousness. The anti-asylum struggle is strongly linked to the struggle against oppression and authoritarian practices. We believe it is an important strategy to think about overcoming the apparent reality in health and to promote human emancipation.

Keywords: *mental health policy; popular participation; Psychiatric Reform; neoliberalism; National Health Conferences*

SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental
ABRAPSO - Associação Brasileira de Psicologia Social
ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AMB - Associação Médica Brasileira
ASSREV - 1ª Câmara de Coordenação e Revisão da Procuradoria Geral da República
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CFM - Conselho Federal de Medicina
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
CRP - Conselho Regional de Psicologia
ECT - Eletroconvulsoterapia
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FENAM - Federação Nacional de Médicos
MNLA - Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PICS - Práticas Integrativas Complementares
PNS - Plano Nacional de Saúde
PNPS - Política Nacional de Participação Social
PNSM - Política Nacional de Saúde Mental
PNH - Política Nacional de Humanização
PPA - Plano Plurianual de Saúde
PTS - Projeto Terapêutico Singular
PVC - Programa de Volta para Casa
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção à Saúde

RENILA - Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

SBNp - Sociedade Brasileira de Neuropsicologia

SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos

UAA - Unidade de Acolhimento Adulto

UAI - Unidade de Acolhimento Infantil

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo de 1941 a 2022 que contextualiza as Conferências Nacionais de Saúde, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, os Planos Nacionais de Saúde e as mudanças legais no período correlato	18
Figura 2 – Temas debatidos nas Conferências Nacionais de Saúde, nos eventos da 1ª a 7ª.....	35
Figura 3 – Estrutura do Plano Nacional de Saúde e do Plano Plurianual	53
Figura 4 – Linha do tempo com as principais alterações na política de saúde mental brasileira de 2017 a 2019	96
Figura 5 – A relação do PNS com o PPA	99
Figura 6 – A relação do PNS com o PPA	100
Figura 7 – Postulado de Coerência	127

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tentativa de comparação das propostas das Conferências, incidência nos Planos Nacionais de Saúde e alterações legais no período correlato ao PNS (2004-2007)	58
Tabela 2 – Análise dos indicadores do Plano Nacional de Saúde para proposta em saúde mental	63
Tabela 3 – Tentativa de comparação das propostas das Conferências e incidência nos Planos Nacionais de Saúde e alterações legais no período correlato ao PNS 2008/09-2011.....	65
Tabela 4 – Análise das diretrizes e metas do PNS 2012 - 2015	77
Tabela 5 – Tentativa de comparação das propostas das Conferências, incidência nos Planos Nacionais de Saúde e alterações legais no período correlato ao PNS 2012 - 2015	77
Tabela 6 – Análise das metas do 4º PNS 2016 - 2019	81
Tabela 7 – Tentativa de comparação das propostas das Conferências, incidência nos Planos Nacionais de Saúde e alterações legais no período correlato ao PNS 2016 - 2019	88
Tabela 8 – Metas e previsões do PNS 2020 - 2023	103
Tabela 9 – Correlação das propostas da 16ª Conferências e alterações legais no período do PNS 2020-2023	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Temas debatidos na 5ª Conferência Nacional de Saúde	34
Quadro 2 – Temas debatidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde	37
Quadro 3 – Temas debatidos na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental.....	38
Quadro 4 – Temas debatidos na 9ª Conferência Nacional de Saúde	43
Quadro 5 – Temas debatidos na 10ª Conferência Nacional de Saúde	45
Quadro 6 – Temas debatidos na 11ª Conferência Nacional de Saúde.....	48
Quadro 7 – Temas debatidos na 12ª Conferência Nacional de Saúde.....	52
Quadro 8 – Objetivos, diretrizes e metas do PNS 2004 - 2007.....	55
Quadro 9 – Temas debatidos na 13ª Conferência Nacional de Saúde.....	60
Quadro 10 – Temas debatidos na 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental.....	66
Quadro 11 – Temas debatidos na 14ª Conferência Nacional de Saúde.....	71
Quadro 12 – Temas debatidos na 15ª Conferência Nacional de Saúde	79
Quadro 13 – Eixos temáticos do Plano Nacional de Saúde 2016 - 2019.....	80
Quadro 14 – Temas debatidos na 16ª Conferência Nacional de Saúde.....	90
Quadro 15 – Objetivos do PNS 2020 - 2023.....	101

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	20
CAPÍTULO 2 - AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL, OS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE E AS ALTERAÇÕES LEGAIS APLICADAS	33
2.1 8ª Conferência Nacional de Saúde.....	36
2.2 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental	38
2.3 A Reforma Psiquiátrica e a Participação Social	39
2.4 9ª Conferência Nacional de Saúde	43
2.5 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.....	44
2.6 10ª Conferência Nacional de Saúde.....	45
2.7 11ª Conferência Nacional de Saúde	47
2.8 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental.....	49
2.9 A lei 10.216/2001.....	50
2.10 12ª Conferência Nacional de Saúde	51
2.11 Os Planos Nacionais de Saúde	53
2.12 1º Plano Nacional de Saúde (2004-2007).....	55
2.13 13ª Conferência Nacional de Saúde.....	59
2.14 2º Plano Nacional de Saúde (2008/09-2011)	62
2.15 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental	65
2.16 14ª Conferência Nacional de Saúde.....	70
2.17 3º Plano Nacional de Saúde (2012-2015)	74
2.18 15ª Conferência Nacional de Saúde	78
2.19 4º Plano Nacional de Saúde (2016-2019)	80
2.20 16ª Conferência Nacional de Saúde.....	89
2.21 5º Plano Nacional de Saúde (2020-2023).....	99
2.22 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (relatório em desenvolvimento).....	106
CAPÍTULO 3 - ANÁLISE DA PESQUISA.....	107
3.1 A Proposta de Mario Testa.....	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	134
APÊNDICE - “CARTILHA” PROPOSTA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DE MARIO TESTA	145

INTRODUÇÃO

O meu interesse pela saúde mental começou ainda no ensino fundamental, ao ter contato com as obras de Machado de Assis sobre a loucura. Hoje sou psicóloga, formada pela Universidade Federal de Uberlândia e durante a graduação fui me apaixonando pela luta antimanicomial, pela saúde pública e mental. Participei do Diretório Acadêmico de Psicologia e da ocupação da UFU em 2016, espaços de debates, lutas e posturas críticas à ordem vigente, que ampliaram minha consciência social e política.

Estagiei nos CAPS de Uberlândia, com ênfase na psicologia clínica e no Acompanhamento Terapêutico, e por isso tive contato com pacientes em sofrimento mental e que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. O Acompanhamento Terapêutico é uma modalidade de atendimento fora dos espaços tradicionais, podendo acontecer na rua, na casa do usuário, em espaços públicos ou outros lugares a depender da demanda.

Ao final deste período concluí uma iniciação científica que compara o serviço de saúde mental público e privado. O contato próximo com os usuários dos CAPS, inclusive no território e experienciando suas rotinas durante o atendimento, enquanto acompanhante terapêutica, permitiu-me enxergar o preconceito que estes pacientes sofrem, inclusive por profissionais da saúde. Além disso, questões sociais e desigualdades intensificam o processo de adoecimento. Todo sujeito tem direito a liberdade, a viver em sociedade e a receber cuidado sem perder o seu lugar de cidadão.

Durante o mestrado, realizei um curso de verão na Universidade de Lausanne, na Suíça (modalidade remota) sobre saúde pública que suscitou-me reflexões e discussões sobre o fazer saúde nos outros países, com estudantes e profissionais do mundo todo. Atualmente, trabalho como psicóloga no SUS em uma cidade no interior de Minas Gerais e vivo as dificuldades expressas na saúde pública em geral. Essa trajetória somou experiências e aprendizagem em minha bagagem para que o tema do trabalho fosse desenvolvido.

O objetivo da pesquisa foi analisar como a participação social, por meio dos conselhos gestores e conferências, têm impactado no desenvolvimento das políticas públicas em saúde mental através dos Planos Nacionais de Saúde e para concluí-lo, a proposta foi correlacionar os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental com os Planos Nacionais de Saúde e contrapô-los às políticas públicas de saúde mental (Constituição, Códigos, Leis, Estatutos, Medidas Provisórias, Decretos, Pareceres, PECs, atos

institucionais e outras políticas públicas federais que se referem à saúde mental) implementadas entre os anos 1986 e 2022.

A pesquisa justifica-se porque as conquistas obtidas em relação à participação social nas políticas públicas e de saúde no final dos anos 1980 não estão encontrando possibilidades de se desenvolver, sobretudo, em função da ascensão do neoliberalismo, calcado na lógica da acumulação privada do mercado, e da desobrigação do Estado em fornecer serviços básico de bem-estar social. A pesquisa analisa as políticas públicas em saúde mental em relação à qualidade da democracia e da participação social, destacando a intencionalidade do planejamento e da gestão das políticas públicas em saúde mental.

O trabalho estuda os avanços, os desafios e as possibilidades da participação social nas Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental no Brasil, tentando entender de que forma elas têm influenciado os Planos Nacionais de Saúde e a implementação de políticas públicas de saúde mental, considerando o período da 12ª à 16ª CNS - quando iniciou-se a confecção dos PNS - a fim de ilustrar contradições existentes nessas políticas e buscar propostas e possibilidades de atuação crítica que oportunizem a democracia e a emancipação humana. Como produto da dissertação e exigência da conclusão da pesquisa de mestrado do Programa de Planejamento e Análise de Políticas Públicas da UNESP, propomos a confecção de uma cartilha sobre o planejamento em saúde com ênfase em formas de participação social mais efetivas nas políticas públicas em saúde junto ao Sistema Único de Saúde, nos baseando nos fundamentos de Mario Testa, reforçando sua identidade como estrutura fundamental para promoção do bem-estar social.

Com o propósito de orientar o leitor, dividimos a dissertação em quatro partes: 1) resgate histórico sobre a construção do Sistema Único de Saúde; 2) síntese de cada Conferência Nacional de Saúde e de Saúde Mental já realizadas e dos Planos de Saúde já apresentados junto com a análise documental, e as comparações e contrapontos com as políticas de saúde mental implementadas ou suprimidas até então, 3) a análise dos resultados da pesquisa e 4) apresentação da proposta de Mario Testa para o planejamento em saúde. Para a pesquisa documental, busca-se informações em documentos que não receberam tratamento científico, como relatórios, documentos oficiais ou notícias, caracterizando-se como dados originais de fontes primárias (OLIVEIRA, 2007). Foram analisados os seguintes documentos:

a) relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, com maior ênfase da 12ª edição em diante, quando se iniciou a realização do Plano Nacional de Saúde, até a 16ª, a última realizada até então e seu desenvolvimento histórico - esses relatórios resumem as discussões realizadas nas conferências e propõem diretrizes para o PNS;

b) os Planos Nacionais de Saúde, no período de 2004 (ano de implementação desse programa de planejamento) até 2022. O PNS é o instrumento mais consolidado e referência para o planejamento na saúde (RICARDI, 2017);

c) Políticas públicas em saúde mental implementadas ao longo do tempo nas legislações divulgadas pelo Ministério da Saúde (Constituição, Códigos, Leis, Portarias, Estatutos, Medidas Provisórias, Decretos, Pareceres, PECs e atos institucionais) desde 1986, ano em que ocorreu a 8ª CNS, até o cenário atual, por meio de mapeamento histórico.

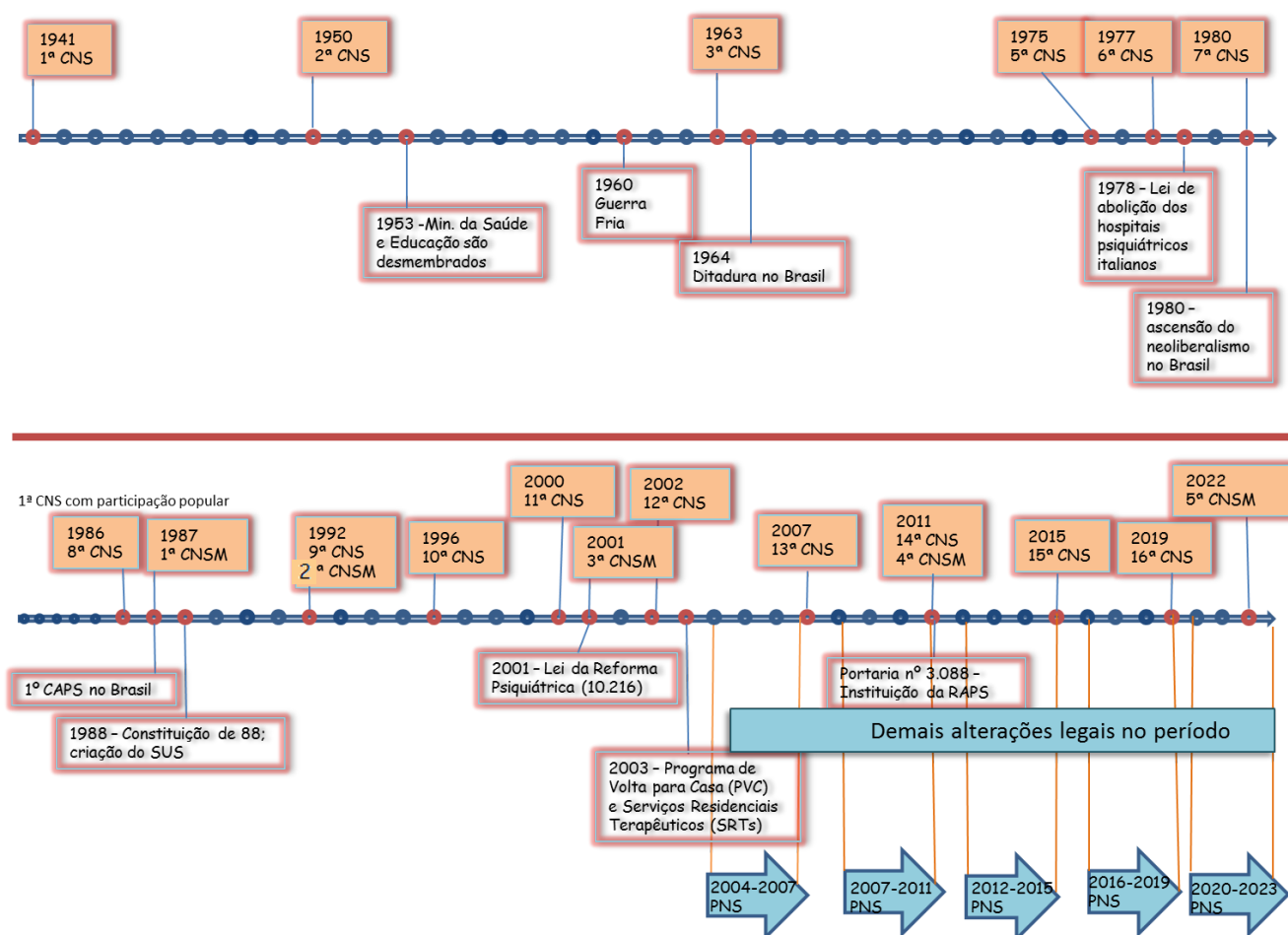
Os relatórios finais foram baixados dos sites oficiais do Ministério da Saúde (<https://bvsmms.saude.gov.br/>) e das Conferências Nacionais de Saúde (<https://conselho.saude.gov.br/16cns/>) e a legislação foi consultada no site oficial do governo (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>).

A análise desses documentos foi realizada da seguinte forma: apuração das discussões e diretrizes propostas na CNS e CNSM de determinado ano; contraposição das mesmas com o PNS; e, por último, listagem das políticas públicas em saúde mental implementadas em determinado ano. Esperávamos que desta forma obtivéssemos elementos para correlacionar os dados e delinear uma discussão por meio de uma perspectiva histórica e crítica sobre palpabilidade da participação social nessas instâncias e as políticas públicas implementadas e que fossem trazidas reflexões para a continuidade do desenvolvimento da Reforma Sanitária, do SUS e seus preceitos.

A escolha dos Relatórios Finais de cada conferência para realizar a pesquisa se justificou porque eles condensam as discussões, os objetivos principais, as ações de curto, médio e longo prazo e oferece orientações para gestores, prestadores, trabalhadores, movimentos sociais, organizações civis, usuários e familiares no campo da saúde e saúde mental (BRASIL, 2002). Por se tratar de metodologia de análise documental, foram analisados integralmente os relatórios finais das conferências nacionais de saúde em sua

origem primária. A presente dissertação, portanto, apresenta os resultados de uma pesquisa que foi encerrada no início de 2023. Desenvolvemos os temas da seguinte linha do tempo:

Figura 1 - Linha do tempo de 1941 até 2022 que contextualiza as Conferências Nacionais de Saúde, as Conferências Nacional de Saúde Mental, os Planos Nacionais de Saúde e as mudanças legais no período correlato



Elaboração própria.

CAPÍTULO 1 - A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Para contextualizar o caminho de construção do SUS é importante voltar ao período de transição da ditadura para a democracia no Brasil, nos anos 1980, pois a conjuntura político-social influenciou as mudanças em relação à saúde no país.

Na década de 1960, no auge da Guerra Fria, o mundo estava dividido entre potências capitalistas e socialistas. Em um cenário instável, vários países da América Latina passaram por golpes de Estado e por governanças autoritárias (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). No Brasil, o golpe ocorreu em 1964. Os governos militares, que permaneceram no poder por mais de 20 anos, tentaram destruir as iniciativas que possuíam caráter socialista ou mesmo social-democrata, visando fortalecer o setor privado. Ainda que houvesse uma nova geração política em formação, com ideais voltados principalmente à saúde, a abertura da economia ao capital estrangeiro e a cassação aos direitos dos opositores marcaram o período que permitiu a desorganização da vida política no país (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O serviço de saúde no Brasil começou com o seguro social, em 1923, a partir da promulgação da Lei Eloy Chaves, nº 4.682, quando foi instituído o sistema de Caixas, Aposentadorias e Pensão (CAPs) - o embrião da previdência social. Esse sistema começou atendendo os ferroviários e depois se estendeu para os marítimos e estivadores. Os objetivos foram a criação de um programa de previdência e o desenvolvimento de ações que pudessem melhorar o quadro da saúde pública por meio do atendimento de uma minoria contributiva. Era um sistema extremamente fragmentado, já que cada órgão dos segmentos profissionais estabelecia seu regulamento e inexistiam regras comuns de funcionamento. Para substituí-lo, foram criados os IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões) em 1926 (SCHECHTMAN et al, 2002).

O sistema de saúde foi dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública, que funcionava da seguinte forma: a medicina previdenciária realizava ações individuais voltadas para os trabalhadores formais e ficava a cargo dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs); já a saúde pública mantinha-se sob responsabilidade do Ministério da Saúde, que exercia ações voltadas para a prevenção de doenças e eram dirigidas às zonas rurais e setores mais pobres da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Naquela conjuntura, os governos militares buscavam a ampliação do setor privado e encontraram algumas estratégias no

campo da saúde, como a compra de serviços pela previdência e incentivos fiscais às empresas “para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 18).

A maior parte dos atendimentos das CAPs e IAPs eram de iniciativa privada e remunerados por procedimento. A população que não trabalhava, ou trabalhava informalmente e não podia contar com esses fundos, era assistida pelas organizações mútuas e filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia e os serviços dos antigos Departamentos de Assistência Social (FONSECA; NARITA, 2019), porém estas não eram suficientes para abarcar a grande demanda popular (RAMOS; GOMES, 2019).

Braga e Paula (1981) citados por Reis (2020) apontam que esses institutos eram pressionados a elevar o gasto com assistência médica e como consequência, a situação de saúde começou a depender basicamente da situação financeira de cada instituto e da força da pressão sindical de cada categoria, portanto a força da organização é que condicionava o acesso à saúde. E desta forma os direitos pela saúde começavam a ser reconhecidos num contexto em que o acesso à saúde era considerado uma “dádiva”. Esta noção foi bastante explorada no Brasil, principalmente pelo varguismo.

Conforme explicamos, para possuir acesso à assistência médica, era necessário estar inscrito em um CAP ou IAP, ou seja, ter um vínculo de trabalho formalmente reconhecido. Sendo assim, Reis (2020) aponta uma contradição, porque de um lado havia a saúde pública que se voltava a população em geral (inclusive a rural), e portanto um bem coletivo público e universal, mas não demandado como um direito já que não surgiu da iniciativa de grupos organizados, mas dos objetivos do poder público para a expansão para o interior do país e afirmação do Estado nacional; e de outro lado havia a medicina previdenciária de caráter segmentado, corporativo e não universal, destinada a quem se inseria no mercado formal de trabalho, porém era reivindicada em forma organizada, e como um direito, mesmo que o regime Vargas conferisse o acesso a saúde como dádiva ou benesse. Esta ocorrência exprime o conceito de “cidadania regulada”.

Quando a população é separada entre cidadãos (que têm direito ao sistema previdenciário) e pré-cidadãos (que não têm direito ao sistema previdenciário), o Estado não reconhece os serviços disponibilizados no escopo da saúde pública como um direito, já que estavam reservados a quem estava formalmente empregado. Por isso, as ações em saúde

pública partiam da iniciativa governamental e não eram negociadas entre a sociedade e o Estado. Não havia reivindicação organizada por saúde e o fato também contribuiu para distanciar a percepção da população sobre o que é considerado direito (FONSECA, 2007 apud REIS, 2020).

Já em relação à assistência médica previdenciária, sua expansão se deu pela segmentação entre os trabalhadores, porque foi vinculada a uma conquista dos grupos de trabalhadores que estavam inseridos formalmente no mercado de trabalho. Portanto, a assistência médica pública não foi constituída por meio de objetivos universalistas e igualitários, mas desenvolveu-se por formas segmentadas variadas e houve uma ausência de solidariedade entre os trabalhadores e de uma consciência que poderia construir a coletividade e a sustentação de uma política pública efetiva para a conquista de um sistema público universal. Essas questões contribuíram para alimentar a noção da saúde como “dádiva” e a desqualificação da noção de direito social como conquista ou reivindicação, ou seja, “a noção de direito e a universalização” se apresentam como “questões independentes” (MENICUCCI, 2007 apud REIS, 2020, p. 262). Estudiosos do tema atribuem à cidadania regulada e ao corporativismo a explicação pela impossibilidade de uma cidadania ampla contemple todos os membros de uma comunidade política.

Décadas mais tarde, houve uma expansão da cobertura da assistência médica e previdenciária estatal às camadas desfavorecidas, com a instituição de algumas medidas: os acidentes de trabalho foram incorporados às ações previdenciárias em 1967; foi criado o Prorural (Programa de Assistência ao Trabalhador Rural) em 1971; a ampliação da cobertura previdenciária às empregadas domésticas em 1972 e aos trabalhadores autônomos em 1973 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os IAPs, que tinham um modelo tripartite de funcionamento, com participação dos empregados e empregadores, foram substituídos pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). O modelo tripartite foi então extinto, favorecendo a exclusão do controle dos beneficiários e o aumento da corrupção (SANTOS apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p18). O número de usuários do INPS foi crescente e a partir de novos acordos com a rede privada, ele se tornou, em 1974, o INAMPS - Instituto Nacional de Aposentadoria, que foi extinto em 1993. Hoje ele é o atual INSS (RAMOS; GOMES, 2019).

O Brasil, que havia passado por crises fiscais graves nos anos 1950 e 1960, conteve a crise com a redução de gastos sociais e permitiu a entrada de grande quantidade de capital estrangeiro, passando a crescer economicamente. Apesar disso, o crescimento alcançado não beneficiou a população.

Ao final da década de 1970, a crise decorrente do aumento do preço do petróleo (em decorrência de guerras entre árabes e israelenses e do conflito Irã-Iraque) atingiu o país e o crescimento econômico acelerado até então, diminuiu. Além do cenário internacional adverso, problemas internos de gestão da política econômica reforçaram os sinais de colapso do modelo econômico gestado pelos militares, afundando o Brasil em um cenário de alta inflacionária e aumento da dívida pública a partir do final dos anos 1970 e início dos anos 1980. Nesse contexto,

No Ocidente capitalista, desfazia-se progressivamente um relativo consenso acerca dos papéis desempenhados pelo Estado como ente produtivo, promotor do desenvolvimento e da solidariedade social e provedor direto de serviços considerados básicos, como a previdência social, a saúde, a educação e a assistência social. A ascensão da doutrina do neoliberalismo, que chegara ao poder na Inglaterra, em 1979, com a eleição de Margareth Thatcher e, em 1980, nos EUA, com Ronald Reagan, marca o auge desse processo (HOBSBAWM; FIORI apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 19).

Em 1978 aconteceu a Conferência de Alma Ata, organizada pela ONU para debater a atenção primária à saúde no mundo, tendo como pontos principais a ênfase nos determinantes sociais de saúde e a crítica ao modelo hospitalocêntrico. Ficou acordado que os governos deveriam “formular políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implementar a APS como parte de um sistema nacional de saúde integral e em coordenação com outros setores para enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, mobilizando vontade política e recursos (...) e visando a redução das desigualdades entre os países centrais e os então chamados países de terceiro mundo.” (GIOVANELLA, 2019).

Porém, a crise das estruturas públicas de bem-estar e a construção do mundo neoliberal, urdido nos anos 1980 e 1990, sinalizaram transformações estruturais na noção do Estado como provedor de serviços públicos básicos. A lógica neoliberal, diferentemente da

tradição liberal construída nos séculos XIX e XX, “não se pergunta mais sobre que tipo de limite dar ao governo político, ao mercado, aos direitos ou ao cálculo da utilidade, mas sim sobre como fazer do mercado tanto o princípio do governo dos homens como do governo de si” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 22). Nesse sentido, o novo paradigma em todos os países da OCDE determina que o Estado seja mais flexível, reativo, fundamentado no mercado e orientado para o consumidor” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 270). A sociedade passa a ser concebida como uma gestão de empresas, de modo que os processos de privatização e reforma gerencial (típicos das reformas políticas na América Latina nos anos 1990) ocorreram paralelamente a arrochos no orçamento público (MORELOCK; NARITA, 2021), colocando em xeque a capacidade do Estado de fornecer serviços de bem-estar social aos cidadãos, mitigando as desigualdades produzidas pelo mercado (HARVEY, 2008). No limite, a identidade cidadão-consumidor afirma uma lógica privatista que estruturou não apenas a globalização (NARITA, 2018), mas precarizou o papel do Estado na coordenação de políticas públicas diante das pressões das forças privadas.

A partir dos anos 1980, aliás, desenhava-se um quadro sanitário preocupante decorrente de doenças determinadas pela pobreza e com baixa cobertura assistencial. Portanto, as formas de enfrentamento adotadas foram o planejamento e avaliação de ações, gestão adequada de estatísticas vitais e sanitárias apoiada por pesquisas epidemiológicas, coordenação dos serviços de saúde com articulação local e nacional, articulação da prevenção com a assistência curativa e formação e capacitação dos recursos humanos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). A necessidade de um sistema público, portanto, corroborava o provimento de serviços públicos para inclusão no campo da cidadania. A construção do SUS, paralelamente ao discurso da cidadania e da participação política aberto com a redemocratização e a constituição de 1988, sinalizou uma das mais amplas reformas sociais conduzidas em regimes democráticos (CECCIM, 2005). Nesse sentido, entendemos o lugar político do SUS como complemento à afirmação dos deveres do Estado em promover o bem-estar social, um dos pilares da constituição de 1988, de modo que,

Sob este preceito constitucional, defendeu-se a assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e sua gestão descentralizada. Com isso se estabelecia algo fundamental: que as ações de saúde deveriam estar submetidas ao Executivo com representação paritária entre usuários e

demais representantes (do governo, nas suas diversas instâncias, dos profissionais da saúde e do setor privado), além de se determinarem os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, participação e descentralização (KOIFMAN, 2006).

Este momento atestou as críticas feitas à medicina tradicional, centrada no cuidado hospitalar, e inaugurou uma nova forma de pensar saúde, não mais pautada na medicina curativa, mas na medicina preventiva e em práticas integrais. Os movimentos foram protagonizados principalmente pelo movimento sanitário brasileiro. Eles surgiram apoiados pela Igreja católica, pela militância de esquerda em bairros periféricos das grandes cidades e por médicos críticos aos serviços que lutavam por direitos trabalhistas e exigiam melhorias nas condições de saúde e de vida. Trata-se de uma conjuntura marcada pela abertura política, na esteira da derrocada da ditadura militar, contando com diversos movimentos sociais que reivindicavam participação política (PENSE SUS, 2016).

O momento colaborou para que a árdua luta pela democracia começasse a dar seus primeiros frutos, de forma lenta e gradual, por meio de mudanças no governo militar, quando foi lançado o 2º Plano Nacional de Desenvolvimento, que levou para a agenda do planejamento estatal prioridades sociais como educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos. No decorrer das tentativas de planejamento, tendo em vista a criação de programas e estratégias para atender às demandas epidemiológicas da população, a forma para se construir um sistema de saúde eficiente e democrático necessitaria da derrocada da governança autoritária e da abertura das políticas de saúde aos horizontes de participação social. Evidenciou-se a importância de se aumentar a cobertura da saúde, principalmente em áreas rurais, regionalizar a atenção da assistência médica de forma descentralizada e hierarquizada e capacitar pessoal para a saúde.

Esta mobilização encabeçou a Reforma Sanitária Brasileira e garantiu que a população participasse do debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi um marco na história do país. Antes disso, eram debatidos no congresso alguns planos e projetos de organização do sistema de saúde, entre eles as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), “reconhecidos como estratégia-ponte para o SUS” (PAIM, 2009) mas a 8ª CNS regimentou a implantação do SUS com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e a regulamentação da participação dos usuários do SUS na gestão, através do controle social com a Lei nº 8.142/1990.

Conforme o discurso inaugural do sanitarista Sérgio Arouca (1986), proferido nesta Conferência, o projeto do SUS, encampado nos anos 1980, era uma contraparte da redemocratização, estendendo a noção de bem-estar social e de cidadania ao campo da saúde. Nesse sentido, cabia ao poder público prover dignidade à população por meio da assistência médica multiprofissional, abarcando também a saúde mental, por meio de financiamento tripartite (municípios, estados e federação), conforme níveis de atenção à saúde (PENSE SUS, 2016).

O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira surgiu também por influência da Reforma Psiquiátrica na Itália e junto com o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, protagonizaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que objetiva buscar um novo lugar social para a loucura, empenhando novas possibilidades no cuidado em saúde mental. A base ideopolítica de redemocratização em que o país se encontrava possibilitou a aglutinação de diversas lutas. Essa união objetivou fortalecer a democratização do país e da sociedade civil, ocupando espaços públicos de poder e tomada de decisão. Sendo assim, a transformação da organização da atenção à saúde e a mudança de paradigma da saúde mental no país tem relação direta com a luta popular (LIRA, 2022).

A reforma sanitária foi um processo de transformação da consciência sanitária e das instituições de saúde que visava resgatar a autonomia e o direito à saúde (TEIXEIRA apud TEIXEIRA, 2009, p. 475). Por meio das lutas de diversos segmentos populares, a Reforma Sanitária possibilitou que fossem organizadas diferentes formulações para a consolidação de um objetivo comum, como a proposta do SUS (FLEURY, 2009). Criaram-se modelos de gestão pública que levariam em conta a participação da sociedade civil por meio de conferências e conselhos. As Conferências de Saúde previstas no SUS são realizadas, no máximo, a cada quatro anos e devem ter 50% de participação social em sua formalização. Esta configuração foi definida na 9ª CNS. Elas são organizadas em etapas, sendo realizadas primeiro a nível municipal, seguindo para o nível estadual e depois, a nível federal, que faz uso dos relatórios e monitoramentos dos primeiros níveis para se orientar (GUIZARDI, 2004).

Nesse contexto, vale destacar a importância da Conferência Nacional de Saúde (CNS) – o próximo capítulo é dedicado a elas. Atualmente, o objetivo dessas Conferências é avaliar a situação de saúde do país e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão. Isso significa dizer que as deliberações das Conferências devem servir para

orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional (BRASIL, 1990a). Apesar de terem sido criadas em 1941, só em 1986, na realização da oitava edição, instituiu-se uma participação ampliada dos diversos segmentos populacionais. Esta edição foi histórica, porque a partir dela criou-se o capítulo, na Constituição de 1988, sobre as leis orgânicas de saúde que fundamentam o SUS (GUIZARDI, 2004).

As Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990 salientam que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e deve se efetivar por meio de políticas públicas que objetivem a redução do risco de doenças. O acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde deve ser universal e igualitário. Essas leis também defendem fundamentalmente a participação social em sua construção. Estão aí estabelecidos os alicerces do Sistema Único de Saúde, o SUS (BRASIL, 1990).

Apesar do otimismo decorrente dessas conquistas, uma crise econômica, no governo Sarney, a disputa de interesses de diversos grupos organizados, as diferenças regionais de um país extenso como o Brasil e a influência do neoliberalismo, na esteira das reformas de mercado conduzidas na Europa, nos EUA e no Chile, preconizando uma retração na intervenção do Estado na regulação da vida social e em estruturas públicas de bem-estar, dificultaram as implementações do SUS (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Na década de 1990, iniciou-se uma reforma gerencial no Brasil, coordenada por Luiz Carlos Bresser-Pereira, ministro no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, paralelamente ao avanço das reformas neoliberais de mercado, que buscou terceirizar áreas de apoio, privatizar setores produtivos estatais e investir em políticas focais destinadas aos pobres (TÓFANI; CARPINTERO, 2012). A intenção de Bresser Pereira, ao propor a reforma gerencial, foi a de “fazer mais com menos”, ao considerar que o Estado não era capaz de arcar com os custos para garantir todos os direitos dos cidadãos. Conforme o diagnóstico de Bresser-Pereira (1996, p. 15), a reforma gerencial era uma resposta ao endividamento público, indicando a incapacidade estatal de prover os serviços de bem-estar desenvolvidos no pós-guerra:

Na década de 80, logo depois da eclosão da crise de endividamento internacional, o tema que prendeu a atenção de políticos e economistas em

todo o mundo foi o ajuste estrutural ou, em termos mais analíticos, o ajuste fiscal e as reformas orientadas para o mercado. Nos anos 90, embora o ajuste estrutural permaneça entre os principais objetivos, a ênfase deslocou-se para a reforma do Estado, particularmente para a reforma administrativa. A questão central hoje é como reconstruir o Estado — como redefinir o novo Estado que está surgindo em um mundo globalizado.

O princípio da reforma afetava diretamente a capacidade do Estado na gestão de políticas públicas, uma vez que, conforme a agenda reformista (BRESSER-PEREIRA, 1996), o colapso econômico herdado do final do regime militar, nos anos 1980, indicava crise fiscal do Estado, crise das estratégias de intervenção (políticas públicas) e crise da forma burocrática do serviço público. Acompanhada pelas reformas fiscal e da previdência, a perspectiva realçava a adaptação dos serviços públicos à lógica da competição de um capitalismo financeirizado, inserindo na lógica pública os princípios de mercado. A ideia de uma reforma do Estado consistia em otimizar a gestão pública conforme Paiva e Teixeira (2014, p. 12):

A onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos vários países repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado. O SUS encontraria, nesse contexto, seu estrutural cenário de crise.

Em decorrência disso, o SUS tem enfrentado diversas dificuldades no financiamento, na gestão e na modelagem assistencial (TÓFANI; CARPINTERO, 2012). As políticas públicas implementadas neste modelo neoliberal têm um caráter assistencialista, moralista e autoritário (YAZBEK, 2012). Não se trata de um projeto de desenvolvimento social pautado em políticas redistributivas ou em substancial aporte do orçamento público aos serviços básicos, mas de subfinanciamento de diversos campos do atendimento à saúde. Além disso, a alta demanda, as longas filas, a diminuição do tempo das consultas e a canalização recursos públicos em prol de benefícios privados contribuem para fortalecer uma lógica iatrogênica, ou seja, a produção de patologia no paciente no decorrer do processo de tratamento

(VECCHIA, 2009) e que não reflete concretamente nas determinações sociais da saúde. Por esse motivo, não há garantias de que esses espaços de participação gerem processos comunicativos e deliberativos na construção de políticas (FLEURY, 2009).

O produto do trabalho da saúde pública é improdutivo para o capital, visto que não gera lucro, mas é indispensável para a reprodução das condições não materiais necessárias à produção capitalista (SOUZA, 1984). A cada crise do capital, injustiças e desigualdades, que por vezes são naturalizadas pela sociedade, tornam-se mais evidentes (YAZBEK, 2012).

Apesar disso, algumas conquistas puderam ser observadas desde a criação do Sistema Único de Saúde. Além do grande número de procedimentos que o SUS realiza anualmente, como internações, consultas, partos, cirurgias das mais diversas, terapias renais substitutivas, tomografias, transplantes, imunizações, exames, ações odontológicas, de fisioterapia e de vigilância sanitária, há também os programas, como a criação da Estratégia de Saúde da Família que tem levado atenção multiprofissional para mais perto da residência do usuário; a Política Nacional de Atenção Básica (2006) que resultou na redução da mortalidade infantil e de menores de 5 anos; a redução das hospitalizações, em detrimento de cuidados na atenção primária; o Programa Mais Médicos, que ampliou o acesso à atenção médica em mais cidades; o Programa Nacional de Imunização (PNI) que é uma das mais bem consolidadas estratégias de vacinação reconhecidas pela OMS; a Política Nacional de Medicamentos; o tratamento para AIDS e DSTs; a lei dos Transplantes de órgãos e tecidos, o desenvolvimento dos Sistemas de Informação e de pesquisas epidemiológicas; os programas para viabilizar a Reforma Psiquiátrica - que vamos analisar aqui; porém passa por diversas dificuldades para atingir seus objetivos, principalmente, em relação a equidade e integralidade, em decorrência do SUS ficar refém do setor privado. Apesar do seu potencial de regulação há uma deficiente organização da atenção básica que acaba por sobrecarregar a média e alta complexidade; pouco esforço para qualificar e criar planos de carreira para os trabalhadores do SUS e ainda impasses decorrentes da gestão e gerência atreladas a interesses partidários e clientelismos, que comprometem a legitimidade do sistema (PAIM, 2009).

Portanto, cada vez mais tem-se discutido a intencionalidade do capital no sistema de saúde brasileiro e a que(m) as políticas públicas servem. Atores do movimento da reforma sanitária empenham-se em lutas pela máxima “Saúde não é mercadoria!” contra a lógica da mercantilização da saúde. Bravo e Correia (2012) demonstram que os aparelhos de repressão

e uso da violência física contra os manifestantes criminalizam os movimentos sociais que lutam por direitos.

Fleury (2009) afirma que o modelo igualitário defendido pelo SUS não se concretizou e continua reproduzindo as desigualdades que estruturam a sociedade brasileira. Para tanto, exige-se uma profunda mudança política e institucional capaz de transformar a saúde em bem público. Capitalismo e democracia se contrapõem já que não superam a concentração de renda e de poder trazida pelo modelo econômico. A partir da análise da autora sobre essas contradições, evidencia-se a necessidade de dar continuidade à reforma sanitária, um processo ainda inconcluso.

Para dar conta da Reforma Psiquiátrica foi criada a Política Nacional de Saúde Mental que compreende as estratégias e diretrizes que o governo adota para organizar a assistência às pessoas que necessitam de tratamento e cuidados específicos em saúde mental como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas), e busca estimular a autonomia e o protagonismo dos cidadãos e promover uma maior participação social (BRASIL, 2020e).

A condição da saúde no país, segundo os dados do PNS (2020-2023) expõe que 11,2 milhões de pessoas (7,6%) com 18 anos ou mais receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, tendo sido mais recorrente na área urbana (8%) do que na área rural (5,6%). As regiões Sul (12,6%) e Sudeste (8,4%) tiveram maiores percentuais de pessoas diagnosticadas com depressão e há uma prevalência maior nas pessoas do sexo feminino (10,9%) do que no sexo masculino (3,9%). Pessoas entre 60 e 64 anos de idade também tiveram a maior taxa de diagnóstico (11,1%) e pessoas entre 18 e 29 anos (3,9%) foram menos diagnosticadas com depressão. Foi observada uma maior prevalência do diagnóstico em pessoas com nível superior completo (8,7%) e também com fundamental incompleto (8,6%). Em relação a cor da pele, há uma maior prevalência de diagnóstico em pessoas brancas (9%) do que em pessoas pardas (6,7%) e pretas (5,4%). Já os transtornos decorrentes do consumo de substâncias (álcool e outras drogas) são considerados problemas de saúde pública e em 2018 foi verificado que 17,9% da população adulta no Brasil fazia uso abusivo de álcool, e que esta taxa foi 14,7% maior do que em 2006 (entre as mulheres, passou de 7,7% para 11% e entre os homens passou de 24,8% para 26%). O uso abusivo entre os

homens é mais frequente na faixa etária de 25 a 34 anos (34,2%) e entre as mulheres, na faixa etária de 18 a 24 anos (18%) (BRASIL, 2020e).

Ao trazer estes dados, objetivamos ressaltar a importância da Política de Saúde Mental no Brasil. Porém, Souza e Lima (2019) destacam que os últimos ataques sofridos pela saúde, que integram o desmonte do SUS e da rede de atenção à saúde mental, vem se tornando mais críticos desde 2011, principalmente, durante a gestão do presidente Jair Bolsonaro, iniciada em 2019, com o apoio do Ministério da Economia, chefiado pelo ministro Paulo Guedes - defensor no pensamento econômico liberal. Trata-se de um governo que, além de incapaz de gerenciar adequadamente a pandemia do coronavírus, baseando suas políticas em medidas ineficazes e no negacionismo, explicitou problemas estruturais de logística no campo da saúde.

A gestão prega condutas que prejudicam a participação social, corroboram a lógica biomédica e hospitalocêntrica na prestação de serviços de saúde, validam medidas de fragilização da saúde, - como os retrocessos na saúde mental e o corte do Programa Mais Médicos - e mostram apoio às privatizações de unidades de saúde públicas alicerçadas pela indústria farmacêutica e médico-hospitalar, ameaçando rudemente os direitos já conquistados (SOUZA; LIMA, 2019). O estudo das Conferências Nacionais de Saúde e dos Planos Nacionais de Saúde, portanto, pode oferecer pistas para que o desenho de políticas de assistência à saúde possa ser mapeado e avaliado no contexto de instituição do SUS.

Foi realizada uma comparação entre os relatórios da 12ª a 15ª Conferências Nacionais de Saúde com os relatórios dos Planos Nacionais de Saúde. Foram encontradas várias similaridades entre seus eixos e temáticas, porém, por mais que esta confrontação tenha havido incidências paralelas entre dois documentos, não foi permitido fazer inferências de causa e efeito e depreender se elas originaram mudanças concretas na legislação. Portanto, analisar as possibilidades das instâncias de participação é relevante. Não há pesquisas científicas que relacionem diretamente as CNS ao processo de planejamento na gestão federal, mesmo que o objetivo desta seja a proposição de diretrizes para a política de saúde no PNS e no PPA (RICARDI et al, 2017). A autora ainda deixa algumas perguntas a serem consideradas, dentre elas:

Será que só estamos propondo reformas/pequenas melhorias num sistema que está posto, sem ir a fundo no problema, que é o Estado burguês? E como fazer a discussão de participação social nas políticas públicas numa perspectiva revolucionária e de emancipação humana em Marx e com possibilidade de concretude? (RICARDI, 2017, p. 197).

Motivados por essa pergunta, compreender a dinâmica contraditória desse processo social de transformação representa a possibilidade de revisitar os conceitos e marcos teóricos que permitiram o avanço de um projeto de tal envergadura, mas que hoje carece de uma compreensão analítica que permita fazê-lo avançar criticamente (TEIXEIRA, 2009). O estado brasileiro se ausentou hegemonicamente das políticas de saúde mental, ora relegando a responsabilidade às iniciativas privadas, ora operando-as pela lógica manicomial. A partir destas reflexões, o propósito deste estudo foi correlacionar as diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental - que possuem um caráter participativo, os Planos Nacionais de Saúde e as políticas públicas implementadas que dizem respeito à saúde mental ao longo da realização das conferências e do planejamento adotado no decorrer dos anos.

CAPÍTULO 2 - AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL, OS PLANOS NACIONAIS DE SAÚDE E AS ALTERAÇÕES LEGAIS APLICADAS

Este capítulo pretende oferecer um painel temático e cronológico das Conferências Nacionais de Saúde, Conferências Nacionais de Saúde Mental e Planos Nacionais de Saúde e do conjunto de leis aplicadas a cada ano. Trata-se de uma perspectiva que sintetiza alguns marcos fundamentais expressos nos documentos, situando a pesquisa junto ao aporte documental selecionado.

Em 1941 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde, durante o Estado Novo de Vargas (1937-1945), de modo que até 2022 foram realizados dezesseis encontros. Os eventos foram instituídos em 1937, quando se reorganizou o Ministério da Saúde e Educação, pela Lei nº 378, com o objetivo de orientar a execução dos serviços locais em relação à saúde e à educação (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005). O objetivo era debater a organização sanitária municipal e estadual, organizar campanhas contra lepra e tuberculose e propiciar o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e proteção à maternidade, infância e adolescência (BRASIL, 1987).

A 2ª Conferência foi realizada em 1950, no final do governo Dutra, porém não possui registros formais ou relatório final (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005). A temática debatida foi “Pontos de vista dominantes entre os Sanitaristas”, abarcando uma compreensão entre os gestores estaduais e federais. Os temas discutidos foram malária, segurança do trabalho, condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes (BRASIL, 2009a).

Em 1953, o Ministério da Saúde foi desmembrado do Ministério da Educação e institui-se o Código Nacional de Saúde em uma primeira tentativa de organizar um sistema de saúde nacional. Ele foi subsidiado pela Lei nº 2312, com a definição das “Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde”. Ao passo que o Estado Novo foi caracterizado pela busca da consolidação do poder central e a organização de um serviço público padronizado, no período subsequente (1946-1964), treze anos após a realização da 2ª Conferência, iniciaram-se experiências mais democráticas e descentralizantes entre união, estados e municípios, quando foi realizada a 3ª CNS, apesar de esta não ter possibilitado grandes mudanças no sistema de saúde.

A ditadura militar interrompeu este processo de abertura por 20 anos, quando foram realizadas as 4ª, 5ª, 6ª e 7ª CNS. No entanto, os espaços de discussão pela Reforma Sanitária foram mantidos e ocorreram diversas tentativas de modelos de descentralização pelos acadêmicos e organismos internacionais, enquanto os modelos de medicina curativa e individual resistiam. Essas edições contaram com a participação de especialistas nos temas.

O tema da 4ª CNS, realizada em 1967, foi “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, indicando a necessidade de capacitar instituições de ensino superior para o desenvolvimento da política de saúde e o debate de experiências sanitárias na Venezuela e Colômbia (BRASIL, 2009a).

A 5ª CNS foi realizada em 1975 e contou com membros do Conselho de Desenvolvimento Social, com representação de todos os ministérios da área social existentes e do Planejamento e Fazenda, além das autoridades e técnicos setoriais (BRASIL, 1975). Foram debatidos cinco temas fundamentais:

Quadro 1 - Temas debatidos na 5ª Conferência Nacional de Saúde

a) criação do Sistema Nacional de Saúde
b) a implementação de Programas de Saúde Materno-Infantil
c) Programa de Controle de Grandes Endemias
d) Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais
e) implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 1975

A principal contribuição desta conferência foi a criação do sistema nacional de saúde, já que foram distribuídas atribuições entre o Ministério da Saúde (que realizava ações

coletivas) e o sistema de assistência médico previdenciário (que ficava a cargo de ações individuais de assistência à saúde).

Dois anos depois, em 1977, foi realizada a 6ª CNS, em que continuaram os debates de avaliação e análise de estratégias e a implementação de programas governamentais. Uma novidade foi a inserção de um debate sobre a Política Nacional de Saúde, com reconhecimento pelo poder público e legitimado pela população, ou seja, se iniciava a discussão sobre a democratização dos processos decisórios. Destacamos a frase do ministro Paulo de Almeida Machado no relatório final da 6ª CNS: “saúde pública se faz com o povo e para o povo” (BRASIL, 1977).

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, a última realizada durante o regime militar, em 1980, reuniu 402 participantes, em sua maioria representantes de órgãos públicos, distribuídos em 16 grupos de debate. O tema desta CNS foi “A extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos” e a principal contribuição foi a formulação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde com a proposta da criação de uma rede básica de saúde e cobertura universal, e a criação de um seguro-saúde pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) - uma contribuição previdenciária adicional para financiar esta instituição (BRASIL, 1980).

Diversos grupos sociais não participaram desta edição, mas foi um consenso entre os participantes que estes deveriam ser incorporados nas próximas decisões, principalmente porque para alcançar a finalidade do programa era necessário envolver a população. Essas mudanças só se concretizaram com a redemocratização do país. Em 1983, as discussões realizadas nessas conferências resultaram na implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), a primeira tentativa de descentralização do sistema de saúde. (PINHEIRO, WESTPHAL, AKERMAN, 2005). O quadro abaixo expõe, em síntese, os temas debatidos até a 7ª CNS:

Figura 2 - Temas debatidos nas Conferências Nacionais de Saúde, nos eventos da 1ª a 7ª**Quadro 2: Conferências nacionais de saúde até o SUS – temas**

Conferência	Ano	Temas
1ª	1941	1. Organização sanitária estadual e municipal. 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2ª	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
3ª	1963	1. Situação sanitária da população brasileira. 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.
4ª	1967	Recursos humanos para as atividades de saúde.
5ª	1975	1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde. 2. Programa de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. 4. Programa de Controle das Grandes Endemias. 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª	1977	1. Situação atual do controle das grandes endemias. 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde. 3. Interiorização dos serviços de saúde. 4. Política Nacional de Saúde.
7ª	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.

Fonte: Relatórios da 1ª a 7ª conferência.

Fonte: PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005.

2.1 8ª Conferência Nacional de Saúde

Em 1986 foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para subsidiar a construção da nova Constituição, promulgada em 1988. Ela foi organizada e presidida por Sérgio Arouca, uma das principais lideranças da Reforma Sanitária, e era composta pelos temas:

Quadro 2 - Temas debatidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde

a) Saúde como direito
b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde
c) Financiamento do setor

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 1986.

Nela foram apresentadas propostas decorrentes de mais de 20 anos de construção pelo Movimento Sanitário e houve participação ampliada dos diversos segmentos populacionais. Esta edição foi histórica, porque a partir dela criou-se um capítulo na Constituição de 1988 sobre as leis orgânicas de saúde que fundamentam o SUS, explicitando que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (GUIZARDI et. al, 2004).

Outro grande marco, além da nova Constituição, foi a criação de um canal de participação social da gestão do SUS. Foram criados modelos de gestão pública que levariam em conta a participação da sociedade civil por meio de conferências e conselhos. A participação social foi apresentada como uma condição para a garantia do direito à saúde, ou seja, dependente do controle das políticas estatais. Guizardi e colaboradores (2004) ressaltam que o termo “participação social” é mais amplo do que o termo “controle social”, porque envolve todo o processo, da formulação à concretização (gestão e avaliação), sendo a população o agente que a determina, enquanto o “controle social” é apenas um de seus aspectos.

Conforme já apresentado no primeiro capítulo, atualmente, as Conferências de Saúde previstas no SUS são realizadas no máximo a cada quatro anos e devem ter 50% de participação social em sua formalização. As Conferências são organizadas em etapas, sendo realizadas primeiro a nível municipal, seguindo para o nível estadual e depois a nível federal, que utiliza os relatórios e monitoramentos dos primeiros níveis para se orientar (GUIZARDI et. al, 2004).

Mais um desdobramento da 8ª CNS foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental em que foi discutida a reorganização da assistência à saúde mental no país, que será destrinchada adiante. As próximas CNS já alcançaram um número expressivo de participantes da sociedade civil, entre delegados, participantes credenciados, observadores nacionais e internacionais. Na 11ª participaram 2500 pessoas, entre “homens e mulheres de diferentes classes sociais, credos, idades, raças e etnias de todas as regiões do país” (BRASIL, 1986).

Para participar desses eventos, todo e qualquer participante da Conferência de Saúde, que represente instituições de governo, entidades de trabalhadores de saúde e entidades e movimentos sociais de usuários, pode se candidatar a delegado e, se eleito, representar o seu segmento na etapa subsequente da Conferência. O que significa dizer que os delegados eleitos, de forma paritária na etapa municipal participam da etapa estadual e os delegados eleitos na etapa estadual participam da etapa nacional.

2.2 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Como dito anteriormente, a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, em 1987 - um ano após a realização da 8ª CNS -, foi um desdobramento da desta conferência, o que representou um marco para a história da saúde mental brasileira, que entendeu que a política de saúde mental deveria estar integrada às outras ações e políticas do governo. Ela contou com discussões sobre os seguintes temas:

Quadro 3 - Temas debatidos na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental

a) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental
b) Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental
c) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 1987.

O resultado desta conferência foi o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, nº 3.657/1989 (BRASIL, 1987). Este projeto possuía três artigos que versavam sobre o

impedimento da construção de novos hospitais psiquiátricos, o financiamento da saúde mental direcionado para programas e recursos não-manicomial e a obrigação da internação compulsória ser comunicada às autoridades judiciais. Levou um tempo para que o projeto fosse aprovado e passou por diversas alterações. Doze anos mais tarde, se transformou na lei nº 10.216/2001 (REBOLI; KRÜGER, 2013). Discutiremos esta lei mais adiante.

Neste mesmo ano da Conferência tivemos o 2º Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental e foi lançado o *Manifesto de Bauru* - um documento contra a mercantilização da doença e que marca a luta pela reforma sanitária e psiquiátrica. Este *Manifesto* reforça a ideia de que

O Estado que gerencia tais serviços [de saúde mental] é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada” (MANIFESTO DE BAURU, 1987, p. 1)

Também, neste ano, tivemos a criação do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo. Em 1989 iniciou-se um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico de Santos - SP, a Casa de Saúde Anchieta, local em que havia maus-tratos e mortes de pacientes (BRASIL, 2005). Além disso, houve outras ações populares como a primeira manifestação brasileira pública pelo fim dos manicômios; a criação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial; o estabelecimento de 18 de maio como Dia Nacional de Luta Antimanicomial e a inclusão dos usuários do serviço e familiares nas discussões sobre saúde mental.” (AMARANTE, 1998 apud SANTO; ARAÚJO, 2019). Portanto, foi um período de forte mobilização social e os princípios da luta antimanicomial tiveram grande alcance.

Lira (2022) e Santo e Araújo (2019) ressaltam que a narrativa fomentada pela luta social naquele momento era de radicalização e efervescência política e foi essa radicalidade que possibilitou esses avanços. Lira (2022, p. 76-77) expressa que

o explicitado no Manifesto de Bauru (...) precisa ser colocado em evidência para demonstrar que existe a oportunidade de subverter aquilo que está sendo tolhido de existência. A radicalidade na luta por uma sociedade sem manicômios está pautada na não discriminação e não exclusão, bem como na ruptura total dos manicômios nas suas várias dimensões.

Em 1988 a Constituição foi lançada. Em 1990 foram publicadas as leis nº 8.080 que funda o SUS e nº 8.142 que versa sobre participação social na construção do SUS, já apresentadas na introdução do trabalho. Bem como em 1990, o Brasil firmou um

compromisso internacional por meio da assinatura na *Declaração de Caracas* - um documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas (BRASIL, 2005).

2.3 A Reforma Psiquiátrica e a Participação Social

A Luta Antimanicomial foi um movimento de contestação aos tratamentos recebidos pelos indivíduos considerados “loucos”, uma vez que eram comumente isolados em asilos com péssimas condições de higiene. O resultado deste movimento foi a Reforma Psiquiátrica. Nise da Silveira, no Brasil, foi pioneira ao manifestar que o modelo de tratamento da época (nos anos 1940 e 1950) era insuficiente para compreender a loucura. A psiquiatria apropriava-se dessa população, julgada improdutiva, para legitimar sua exclusão. Como instituição social, a psiquiatria colocou-se a favor do Estado e serviu também como instrumento de controle social (FOUCAULT, 1977).

Além do poder, havia uma dimensão econômica subjacente ao antigo modelo psiquiátrico. A transformação da loucura em doença transformou o doente mental em fonte de lucro, deixando em segundo plano a recuperação da saúde psíquica do indivíduo (PRANDONI; PADILHA, 2004). A saúde mental se tornou a “indústria da loucura”:

Os empresários do setor privado viam na psiquiatria uma área de serviço de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou pessoal qualificado (AMARANTE apud PAULIN; TURATO, 2004, p. 247).

Nos anos 1950 a 1960, o movimento da antipsiquiatria ganhou força. Na Inglaterra, Alemanha e EUA surgiram comunidades terapêuticas, que se embasavam na construção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes psiquiátricos (essas comunidades terapêuticas tinham um fundamento diferentes das chamadas comunidades terapêuticas que temos no Brasil hoje, que se baseiam em práticas religiosas, trabalho forçado, privação de liberdade e tem a abstinência do uso de drogas como única forma de cuidado). Na França surgiram a psiquiatria setorializada e a Análise Institucional. Na Itália, em 1971, Basaglia propôs de forma radical que a loucura é um produto social e criou leis que acabavam com os manicômios. A partir daí, ficou comprovado que é possível produzir

cuidados e restituir a sociabilidade e subjetividade daqueles que necessitam de assistência psiquiátrica (BERGER; MORETTIN; NETO, 1991).

Com o fortalecimento e o incremento dos movimentos sociais, entre o fim dos anos 1970 e durante os anos 1980, as denúncias contra as péssimas condições dos hospícios, violência, maus tratos e mortes não esclarecidas tornaram-se mais frequentes. Os trabalhadores da saúde mental se uniram ao Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e iniciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira (SILVA et al., 2002). O momento colaborou para que a árdua luta pela democracia começasse a dar seus primeiros frutos, de forma lenta e gradual, por meio de mudanças nos governos militares, quando foi lançado o 2º Plano Nacional de Desenvolvimento, que levou para a agenda do planejamento estatal prioridades sociais como educação, saúde e infraestrutura de serviços urbanos.

No decorrer das tentativas de planejamento, criação de programas e estratégias para atender às demandas epidemiológicas da população, a forma para se construir um sistema de saúde eficiente e democrático necessitaria da derrocada dos governos autoritários. Evidenciou-se a importância de se aumentar a cobertura da saúde, principalmente em áreas rurais, regionalizar a atenção da assistência médica de forma descentralizada e hierarquizada e formar e capacitar pessoal para a saúde.

Sendo assim, o caráter de movimento social que assumiu uma dimensão política, tanto da Luta Antimanicomial quanto do Movimento Sanitário Brasileiro, foi um passo essencial para que se ampliasse a noção de direito da população e demandar que o Estado atuasse em função da sociedade e que fosse responsável por políticas sociais e de saúde. Por meio dos fundamentos de descentralização, universalização, democratização do acesso e dos princípios de integralidade, equidade e participação social, foi possível também pensar de forma coletiva e solidária na qualidade dos serviços de saúde mental e questionar as políticas de assistência psiquiátrica vigentes (TRABUCO; SANTOS, 2015).

Essas reivindicações foram feitas não só pelos trabalhadores da saúde mental, como também por associações dos próprios usuários dos serviços, ou seja, eles passaram a participar da construção do planejamento, execução e avaliação dos serviços e propuseram alguns objetivos, dentre eles:

- a) não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e/ou necessário;
- b) regionalização das ações em saúde mental integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais especiais com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referências;
- c) controle de internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados;
- d) expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogas e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
- e) humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais. (VASCONCELOS, 2010, p. 24-25)

O lema da luta antimanicomial, inspirada no movimento italiano, é “Por uma sociedade sem manicômios”, ou seja, a luta pela desinstitucionalização através do questionamento e a busca por uma transformação radical da sociedade, que se expressa, se reproduz e se sustenta neles e por eles. Portanto, para além da substituição do hospital por uma rede de cuidados externos e pessoal capacitado, é preciso que haja um deslocamento das práticas psiquiátricas por práticas de cuidado realizadas na comunidade. Desta forma, os movimentos pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica se tornam um processo de caráter permanente e em curso e as lutas sociais têm relevância significativa, já que se posicionaram e conquistaram este espaço (TRABUCO; SANTOS, 2015). Articulado à luz da expansão de estruturas de assistência à saúde mental, como o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos anos 1990 e 2000, podemos considerar que

Sendo uma proposição de mudança paradigmática - e não apenas mais uma proposta de modelo assistencial -, a Reforma Psiquiátrica se desdobra em vários planos, situados em diversos campos. No plano assistencial, trata-se de pensar não apenas formas inovadoras de organização da atenção, mas também modelos de cuidado e intervenção adequados aos novos dispositivos - muito diferentes tanto dos ambientes hospitalares quanto dos espaços ambulatoriais tradicionais, e aos novos objetivos - mais abrangentes que os da clínica individual tradicional. Além disso, num país como o Brasil, de dimensões continentais e enorme diversidade cultural, não é possível construir um modelo assistencial que sirva igualmente para as megalópoles e as pequenas cidades do interior, para grandes concentrações populacionais e regiões de população escassa, como em certas áreas amazônicas. As noções de rede e território, por exemplo, que são centrais às proposições da Reforma, não podem ser pensadas de forma idêntica em contextos socioculturais tão diferentes como os pequenos municípios do interior do Nordeste e os imensos bairros de São Paulo ou Belo Horizonte (BEZARRA JR., 2007, p. 244).

2.4 9ª Conferência Nacional de Saúde

A 9ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1992, seis anos depois da 8ª, e não quatro anos conforme período de intervalo definido pela Lei 8.142/1990. Houve sucessivas tentativas de cancelamento e adiamento quando o Ministério da Saúde identificou contradições entre suas propostas e aquelas que vinham dos estados e municípios.

Quem governava o Brasil era Fernando Collor de Mello, que defendia a diminuição das responsabilidades públicas em relação à saúde, inclusive com propostas de revisão constitucional. O presidente fez ainda vários vetos à lei nº 8080, a maioria deles relacionados ao princípio da “participação da comunidade” (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005). Após pressão cerrada de movimentos organizados, o Conselho Nacional de Saúde exigiu a realização da Conferência:

Este foi um trabalho exemplar de complementaridade de ações e compromissos de diferentes setores com a causa da Reforma Sanitária em nosso país. Este foi um exemplo marcante de expressão de uma vontade coletiva de transformação, marcada pela solidariedade entre indivíduos, instituições e entidades (BRASIL, 1993, p. 5).

O tema da 9ª CNS foi "Saúde: Municipalização é o Caminho", dividido em quatro tópicos, sendo eles:

Quadro 4 - Temas debatidos na 9ª Conferência Nacional de Saúde

Sociedade, governo e saúde
Seguridade Social
Implementação do SUS
Controle Social

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 1993.

A conferência demonstrou uma grande capacidade de articulação e organização nas etapas municipal e estadual. Outro resultado desta conferência foi a “Carta da IX CNS à sociedade brasileira” que se posicionou contra o governo Collor e a violação de direitos da

qual estava à frente, conquistados com a Nova Constituição, como uma política econômica recessiva, privatizante, de concentração de renda e de características neoliberais, já que objetivavam destruir a seguridade social e o SUS por meio de uma reforma constitucional e fiscal.

Nesta conferência evidenciou-se também a precariedade dos indicadores de saúde: baixa expectativa de vida, alta mortalidade infantil, alta mortalidade materna, desnutrição infantil, elevado número de acidentes de trabalho; desigualdades regionais e a presença de doenças que já poderiam ter sido evitadas - que escancarou a precariedade do saneamento básico. Ou seja, revelou-se um distanciamento entre os princípios, diretrizes e normas e a forma como o SUS estava sendo implantado. O governo federal se negava a aplicar o que estava na lei (BRASIL, 1993).

Em relação à participação social na Conferência, também foram apontados diversos problemas, como

(...) a indicação de representantes dos usuários pelo Poder Executivo, transformação do Secretário de Saúde em presidente nato do Conselho; não implantação dos Conselhos, ou então sua criação sem lhes atribuir caráter deliberativo; depósito dos recursos alocados aos fundos em contas correntes de denominação indicada pela prefeitura; ausência de divulgação das ações realizadas pelos conselhos; desvinculação dos conselhos das Conferências de Saúde; desrespeito ao princípio da paridade entre usuários e demais segmentos (BRASIL, 1993, p. 33).

Sendo assim, as discussões giraram em torno de fortalecer o controle social por meio de propostas de caráter operacional. Então, foi definido que os Conselhos de Saúde seriam compostos de forma paritária, sendo formados por 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de governos e prestadores de serviço (BRASIL, 1993). Este foi o principal ganho desta conferência.

No tópico “Implementação do SUS” há uma categoria relacionada à saúde mental. A proposta apresentada intencionou retomar princípios da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de fazer a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por uma rede de diversos dispositivos qualificados para tal, reorientando a verba para o modelo antimanicomial. Foi recomendada também a criação de Conselhos Estaduais e Municipais e a proibição da internação compulsória em respeito à cidadania da pessoa em sofrimento mental.

2.5 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Em 1992, além da realização da 9ª CNS em agosto, também foi realizada a 2ª CNSM, em dezembro, e foram trabalhados os seguintes temas: a) rede de atenção em saúde mental; b) transformação e cumprimento de leis; c) direito à atenção e direito à cidadania. Os resultados dessa conferência tornaram-se diretrizes oficiais para a reestruturação do cuidado em saúde mental, que rompe com o modelo hospitalocêntrico e valoriza uma rede de serviços diversificada, qualificada e com participação da família. Outras decisões foram as de garantia do cumprimento da lei nº 8.080/90 na questão do financiamento; as propostas de municipalização da saúde; a criação dos conselhos paritários; a capacitação dos profissionais, além de trazer à tona o conceito de territorialidade e respeito às diferenças regionais. Já a questão das drogas começa a ser entendida como uma área do campo da saúde, e não somente como questão de segurança pública (BRASIL, 1992).

2.6 10ª Conferência Nacional de Saúde

A 10ª CNS foi realizada no ano de 1996 e precedida por 27 conferências estaduais e mais de 3.000 conferências municipais, ou seja, estava com o mecanismo de participação mais consolidado e com constituição paritária. As deliberações desta CNS giraram em torno dos temas:

Quadro 5 - Temas debatidos na 10ª Conferência Nacional de Saúde

Gestão e Organização dos serviços de Saúde
Saúde, Cidadania e Políticas Públicas
Controle Social na Saúde
Financiamento da Saúde

Recursos Humanos para a Saúde
Atenção Integral à Saúde

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 1998.

As discussões tiveram um posicionamento de embate direto contra as políticas de cunho neoliberal, que defendem “estado mínimo” para as políticas sociais e “estado máximo” para o grande capital financeiro nacional e internacional e que transfere para órgãos privados a responsabilidade de atender aos direitos de cidadania, disfarçado de “modernização” pela Reforma Administrativa (BRASIL, 1998).

Neste relatório não há uma análise da implantação do SUS ou uma conceituação do termo “controle social” e é um documento de caráter predominantemente propositivo, mas pelo teor das propostas é possível fisgar os posicionamentos e fundamentações dos conteúdos. Algumas determinações reforçam que as deliberações sejam cumpridas, mas não há a garantia da inserção delas no processo de decisão das políticas, como defendido na 8ª CNS. Conforme a tendência iniciada na 9ª CNS, o controle social fica centrado nas alternativas institucionais legalizadas (GUIZARDI et. al, 2004).

No documento, pela primeira vez fala-se em “gestão participativa”, com o objetivo de fomentar a participação dos usuários no planejamento e na gestão e democratizar o processo. Assim, o sentido da participação da comunidade no SUS começa a se transformar. Há ainda proposições que trazem a necessidade de capacitação dos conselheiros de saúde, o que indica a falta de preparo dos mesmos, considerando a complexidade do SUS.

No subitem “Atenção Integral à Saúde”, frisou-se que a saúde deve romper com o modelo de assistência individual, curativa, fragmentada e hospitalocêntrica. Na seção específica sobre saúde mental, a discussão se baseou na noção de que esta rede de atenção deve ter caráter humanitário e ético, através do atendimento interdisciplinar, substituindo o modelo manicomial por atendimento em outros dispositivos de saúde e proibindo a ampliação e construção de hospitais psiquiátricos e a internação compulsória. Ademais, há também a discussão sobre ações específicas para população usuária de álcool e outras drogas, a fim de melhorar a prevenção e recuperação da mesma, utilizando-se de leitos em hospitais gerais, quando necessário (BRASIL, 1998).

Dois anos depois da realização da 10ª CNS, em 1998 foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) que objetivava indicar os principais problemas na qualidade da assistência a fim de melhorá-la e uniformizar os parâmetros de análise para todos os hospitais do país, inclusive os hospitais psiquiátricos, a partir da aplicação de formulários divididos em avaliação técnica e avaliação dos usuários. A implantação desse programa vai de encontro com as proposições da CNS considerando que o objetivo deste era a vistoria da totalidade dos hospitais psiquiátricos do país, leitos e unidades psiquiátricas em hospital geral e foi desencadeador da reorganização da assistência em saúde mental em vários municípios (SILVA et al, 2001).

Em fevereiro de 2000 foi instituída a Portaria nº 106, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), uma estratégia de desinstitucionalização e reinserção social, que visa acolher pessoas egressas de longas internações psiquiátricas que não possuem laços sociais ou familiares. São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (BRASIL, 2000).

Os SRTs constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Isso implica que a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para o SRT haja redução de igual número de leitos no hospital de origem (BRASIL, 2004).

Em setembro de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional número 29 (EC-29) em uma tentativa de melhorar o investimento na área da saúde. Esta emenda dispõe sobre a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde. Em outras palavras, ela estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A União deverá aplicar na saúde o valor empenhado no ano anterior, acrescida da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Já os estados e o Distrito Federal deverão investir 12% de sua receita, enquanto os municípios devem investir 15% (BRASIL, 2000b). Porém ela só foi sancionada em 2012 pela presidente Dilma. Esta emenda foi um importante ganho para a saúde, pois previa que 30% do orçamento da seguridade social fosse destinada ao SUS, a fim de diminuir a instabilidade do financiamento que esta política enfrentava desde a criação da Constituição Federal em 1988, mas isso não aconteceu (MARQUES; FERREIRA, 2009 apud DUARTE; GARCIA, 2013).

2.7 11ª Conferência Nacional de Saúde

A 11ª CNS foi realizada em dezembro de 2000 na cidade de Brasília - quatro anos após a realização da 10ª CNS -, cujo tema foi “O Brasil falando como quer ser tratado - efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde com Controle Social”. A conferência discutiu questões relacionadas à consolidação do SUS e ao controle social, considerando a descentralização e a regionalização do sistema. O relatório faz uma análise conjuntural por meio de articulação e elaboração discursiva das propostas e a temática da participação social e controle social são elementos de destaque. Os temas buscaram debater o cenário da época em relação à:

Quadro 6 - Temas debatidos na 11ª Conferência Nacional de Saúde

1. Controle social
2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil
3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2000.

O documento aponta avanços em relação ao controle social instituído e comemora a conquista da EC-29, ressaltando que ela foi possível graças à mobilização social não instituída, conforme apontam Guizardi e colaboradores (2004, p. 31-32)

[essas mudanças] são fruto da mobilização e pressão política sobre os poderes Executivo e Legislativo nacional. Em outras palavras, são avanços que provêm da movimentação social e não dos mecanismos federativos instituídos que respondem pelo controle do processo decisório no âmbito das políticas públicas.

Há muitas menções e destaque às mobilizações e lutas sociais como agentes e instrumentos de transformação para a concretização da reforma sanitária e não como conquistas constitucionais ou ações institucionais, demonstrando também um avanço no entendimento sobre controle social, em que “a participação dos diversos atores e segmentos é

tratada como fundamental para concretizar as suas diretrizes” ou seja, a noção de participação vai além “da sua vinculação com os espaços dos conselhos e conferências de saúde” mas deve abarcar tanto aspectos de formulação, quanto os pertinentes a fiscalização do SUS (GUIZARDI et. al, 2004).

Dentre as dificuldades expostas no documento em relação à participação social, foram apontados o caráter não deliberativo dos conselhos, a composição não paritária e a falta de respeito às suas decisões (BRASIL, 2000). Guizardi e colaboradores (2004) demonstraram que há uma distinção da definição entre os termos “apreciação” e “deliberação”, tendo diferenciação entre as ações conforme os significados dados pela 9ª e pela 10ª CNS. Além disso, os autores apontaram a interferência da cultura política nas possibilidades dos conselhos (autoritarismo, práticas clientelistas e a ausência de cultura de participação e controle social na sociedade).

Outros problemas citados são a necessidade de democratização, regularização das atividades e da composição dos conselhos; a falta de legitimidade de alguns conselhos municipais; irregularidades em sua composição; falta de articulação de alguns conselhos com outros conselhos e outras instâncias implicadas no controle social, e enfatiza-se novamente sobre a incompatibilidade do projeto SUS com o modelo econômico vigente (BRASIL, 2000c).

Em relação à saúde mental, as recomendações propostas apontaram a necessidade de reorientação do modelo assistencial em busca de direitos e cidadania, humanização do atendimento e o fim dos manicômios.

2.8 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental

A 3ª CNSM aconteceu em 2001 - um ano após a realização da 11ª CNS - cujo tema foi “Cuidar, sim”. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Os sub temas debatidos foram financiamento; recursos humanos; controle social, acessibilidade; direitos e cidadania. Um dos resultados dessa Conferência foi a lei nº 10.216/2001 e mais 591 deliberações.

Nesta CNSM foi reafirmada a importância do controle social e fiscalização na construção de políticas de saúde por meio da participação nos Conselhos. Em seis meses, desde a convocação desta conferência, realizaram-se 163 Conferências Municipais e 173

microrregionais e regionais. Em locais onde não foi possível realizá-las, foram feitas plenárias, nas quais foram estimadas a presença de 30 mil pessoas nestas etapas. Na segunda etapa, nas conferências estaduais, estimou-se 20 mil participantes. A etapa federal contou com a presença de 1700 participantes, além de convidados internacionais especiais da Itália, Espanha, Estados Unidos, Portugal, Suíça e de representantes da OPS e da OMS (BRASIL, 2002).

Em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas, foi pactuada a formulação, execução e avaliação de uma política pública que rompa com o tratamento que se baseie unicamente na abstinência como objetivo a ser alcançado (BRASIL, 2002).

2.9 A lei 10.216/2001

Neste contexto de redemocratização, compreendendo a união de forças sociais e a contestação aos tratamentos que os loucos recebiam por meio de discussões populares nas conferências, em 1989 foi proposta a lei nº 10.216/2001 pelo deputado Paulo Delgado. O objetivo era eliminar os manicômios, substituí-los por uma rede de serviços comunitários e regulamentar a internação involuntária. Ela só foi aprovada em 2001 mas já começou a ter influência nas práticas em saúde mental desde que foi proposta.

Esta lei alterou drasticamente as políticas públicas de saúde mental no Brasil, bem como o papel da família do paciente psiquiátrico e dos trabalhadores da área. Este novo modelo de cuidado deixou de priorizar unicamente os sintomas e passou a buscar a recuperação funcional, focada na autonomia, independência, reinserção social e qualidade de vida do paciente (CARDOSO; DELGADO; et al; THORNICROFT; TANSELLA apud por PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Ela

(...) estabelece que a atenção em saúde, nesse campo específico, deve ser feita prioritariamente em serviços abertos e comunitários, inseridos nos territórios de moradia dos usuários, facilitando o acesso e a livre circulação das pessoas que ali são atendidas. A lógica do cuidado, por muitos anos hospitalocêntrica, começa gradativamente a mudar para uma atenção descentralizada, ou seja, baseada no pressuposto de que o cuidado deve ser realizado próximo ao contexto de vida das pessoas (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, p. 4, 2017).

Um ano depois, em 2002, a Portaria nº 336 veio para regulamentar as tipologias do NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), criando os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) - CAPS I, II, III, CAPSi II e CAPSad II - divididos por cobertura populacional, tipo da demanda e faixa etária. A partir dessa portaria, ganham forma os investimentos em CAPSi (infanto-juvenil) tendo sido implantados 32 em 2002 (BRASIL, 2011) e chegou a 274 em 2020 (BRASIL, 2021). Ainda em 2002 as internações voluntárias e compulsórias foram regulamentadas pela portaria nº 2.391 e o CAPSad (álcool e outras drogas) foi regulamentado pela portaria nº 816.

Em julho de 2003 foi instituída a lei nº 10.708 que faz parte do Programa de Volta Para Casa (PVC), cuja proposta é ressocializar e promover a autonomia dos egressos de longas internações psiquiátricas - de período igual ou superior a dois anos. Ela dispõe sobre a concessão de um auxílio em dinheiro para esses pacientes (BRASIL, 2003). Desde sua criação até junho de 2019, 6.908 pessoas já foram beneficiadas por esse programa e, atualmente, 4.485 beneficiários recebem este auxílio (BRASIL, 2021). Estas alterações legais vão de encontro ao que foi discutido na III CNSM.

Outras portarias instituídas no período correlato que se referem à redução de leitos psiquiátricos entre 2002 e 2003 são sistematizadas por Duarte e Garcia (2013) e estão relacionadas abaixo:

- a) Portaria nº 251/2002: Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências;
- b) Portaria nº 2077/2003: Incentiva a reabilitação fora da unidade hospitalar.

2.10 12ª Conferência Nacional de Saúde

A 12ª CNS estava programada para acontecer em 2004 mas foi antecipada pelo Conselho Nacional de Saúde e foi realizada em 2003, tendo sido batizada de Sérgio Arouca - como uma forma de homenageá-lo, pois faleceu pouco antes do evento acontecer - e contou com a presença de 4.000 cidadãos. Todo o processo, contando com as etapas municipais e estaduais envolveu cerca de 100 mil pessoas, e 71% dos delegados participaram pela primeira vez de uma conferência nacional.

Dentre as dificuldades elencadas, já no prefácio do relatório, estão o processo complexo de realização da 12ª CNS; a quantidade de abordagens a serem debatidas; a (i)maturidade dos delegados; temas polêmicos e posições divergentes e limitação temporal para as votações no plenário. Para contornar a última dificuldade citada, o Conselho se serviu de algumas inovações tecnológicas para agrupar as propostas e o grande volume de informações, revisou todas as proposições posteriormente à realização do evento e enviou aos delegados para uma nova votação, a fim de esclarecer com exatidão o que foi discutido (BRASIL, 2004b). Foram separados 10 eixos temáticos para esquematizar os temas debatidos:

Quadro 7 - Temas debatidos na 12ª Conferência Nacional de Saúde

I. Direito à Saúde
II. A Seguridade Social e a Saúde *as diretrizes objetivam retomar a fusão de políticas de Saúde e da Seguridade Social, para garantir cuidado do nascimento ao fim da vida
III. A intersetorialidade das ações de saúde
IV. As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS *as diretrizes buscam promover a cooperação entre as três esferas de governo e firmar bases jurídicas sólidas; definir as responsabilidades comuns e específicas de cada ente; aprimorar o processo de pactuação entre os gestores bi e tripartite; efetivar a descentralização e regionalização do SUS, além de capacitar os gestores do SUS.
V. A Organização da Atenção à Saúde *as diretrizes se posicionam contra as reformas neoliberais e das restrições financeiras a fim de defender os princípios norteadores do SUS, e promover políticas de saúde para populações específicas em relação à gênero, raça, etnia, idade e trabalho.

VI. Controle Social e Gestão Participativa
VII. O Trabalho na Saúde *as propostas buscaram alinhar diretrizes para melhorar as condições de trabalho dos profissionais da saúde.
VIII. Ciência e Tecnologia e a Saúde *as diretrizes buscaram fortalecer as pesquisas em saúde.
IX. O Financiamento da Saúde
X. Comunicação e Informação em Saúde

Elaboração própria. Fonte: BRASIL 2004b.

Em relação à saúde mental, foram propostas diretrizes baseadas nos princípios da reforma psiquiátrica e a retomada de portarias que criaram a rede de cuidados substitutiva, que são os CAPS, SRTs, serviços de urgência e emergência, unidades de saúde mental em hospitais gerais, participação de usuários, familiares, população em geral e controle social, e a abrangência do cuidado com a família, resgate à prática de redução de danos e a garantia do financiamento deste processo.

Foi exigido que não se fechassem os leitos psiquiátricos sem que a rede substitutiva fosse implementada nos municípios, que se ampliassem os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e que os recursos vindos do fechamento dos hospitais fossem mantidos na rede substitutiva de atenção à saúde mental. Aponta-se mais uma vez a política macroeconômica como um impedimento para a efetivação do SUS (BRASIL, 2004).

Foi sinalizada a falta de sintonia entre a legislação, o que o judiciário assegura e o que o executivo tem condições de cumprir. Por isso, as primeiras diretrizes giram em torno de exigir que o governo federal e as três esferas de governo e o Ministério Público cumprissem seu papel de assegurar que as necessidades básicas da população sejam atendidas, e depois estabeleceram algumas medidas para fiscalização do funcionamento dos conselhos.

2.11 Os Planos Nacionais de Saúde

A elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) está prevista na lei nº 8.080/90, sendo atribuição comum à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Esta elaboração deve ser feita em consonância com o respectivo Plano Plurianual (PPA), de forma a manter coerência entre ambos os instrumentos (BRASIL, 2016). Conforme definição da lei, o PNS é a “base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (BRASIL, 1990b).

Na definição do próprio documento, frisa-se que ele deve ser elaborado a cada quatro anos e deve ser composto, na esfera federal, pela análise situacional, objetivos, metas e indicadores e deve ainda considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde, sendo submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde. O PNS vem para apresentar as intenções e resultados a serem buscados em detrimento das necessidades da condição de saúde da população e peculiaridades de cada esfera, no período correlato, garantindo a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2016).

Já o PPA é o “instrumento de governo que estabelece metas e considera as fontes de financiamento da política, bem como as diretrizes recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).” O PNS e o PPA, atualmente, relacionam-se conforme mostra o diagrama abaixo:

Figura 3 - Estrutura do Plano Nacional de Saúde e do Plano Plurianual

Figura 01. Estrutura do Plano Nacional de Saúde e do Plano Plurianual



Fonte: CGPL/SPO/SE/MS

Fonte: BRASIL, 2019.

2.12 1º Plano Nacional de Saúde (2004-2007)

Há dois documentos do PNS (2004-2007) no site do Ministério da Saúde. O primeiro é a versão completa e o segundo é uma versão sintetizada.

A construção do Plano Nacional de Saúde – PNS teve início em 2003, após a conclusão do Plano Plurianual de Saúde (2004-2007). Os participantes da elaboração deste PNS foram dirigentes e técnicos do Ministério da Saúde, membros do Conselho Nacional de Saúde, representantes do CONASS e do CONASEMS, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e de outros setores do Governo Federal.

Com base na mobilização da 12ª CNS foi realizada uma pesquisa junto aos participantes visando explorar as opiniões e sugestões de prioridades a serem colocadas no PNS. Também foram consultadas as deliberações da 12ª CNS, o Projeto Saúde 2004 (que foi um levantamento e análise de problemas relacionados ao acesso às ações e serviços de saúde com diferentes atores sociais) e o PPA 2004-2007.

Os objetivos, diretrizes e metas são apresentados com base nos temas a seguir:

Quadro 8 - Objetivos, diretrizes e metas do PNS 2004 - 2007

(i) linhas de atenção à saúde (organização das ações e serviços de assistência);
(ii) condições de saúde da população (agravos e doenças, segmentos populacionais mais vulneráveis e intervenções específicas)
(iii) setor saúde (em especial, iniciativas de saúde que envolvem outros setores)
(iv) gestão em saúde
(v) investimento em saúde

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2005b.

As diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas e a partir delas são apresentados os conjuntos de metas a serem alcançadas. Apesar disso, grande parte das metas são baseadas nos sistemas de informação do SUS, porém há diferenças regionais na cobertura e na qualidade dessas informações.

Destaca-se grande avanço na utilização do PNS como ferramenta de gestão e apoio do controle social para a saúde. Foram apresentadas metas que podem impactar indiretamente na saúde mental e também metas mais diretas em relação a Reforma Psiquiátrica e a substituição do modelo manicomial no período de 2004-2007, como por exemplo:

- a) Expandir a rede de serviços extra-hospitalares para transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em 1.700 novos serviços (entre os seguintes dispositivos: Caps, SRTs, unidades psiquiátricas em hospital geral).
- b) Conceder auxílio reabilitação psicossocial a 10.000 egressos de longas internações psiquiátricas no SUS (“De volta para casa”) (BRASIL, 2005b, p .17)

Essas metas estão amparadas pela lei 10.216/2001 e pelas deliberações III CNSM e são apresentadas porque os elaboradores do PNS entendem que se não há a redução gradual e planejada de leitos não se executa a Reforma Psiquiátrica. O Programa de Volta para Casa é fundamental para o tratamento extra-hospitalar e colabora na ressocialização de pacientes que passaram longos períodos institucionalizados ou que estejam numa situação de grave dependência institucional.

No relatório do PNS expandido, ressalta-se a importância de construir uma política dirigida à saúde mental de crianças e adolescentes, tendo necessariamente o estabelecimento de parcerias com as outras áreas das políticas públicas, embora não estejam abordadas nas metas em saúde mental.

Em 2004 tivemos a publicação da Portaria nº 2.197, que “redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas” como a adoção da lógica da redução de danos pelos trabalhadores da saúde e o incentivo de que o cuidado a usuários de álcool e drogas seja feita no CAPSad (BRASIL 2004c), e em 2005 a Portaria nº 245 que destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências (BRASIL, 2005c).

Em 2006 foi proposto o Pacto pela Saúde (Portaria nº 399) como uma estratégia de consolidação do SUS a partir de três eixos: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. As estratégias propostas neste programa impactam indiretamente e positivamente na construção das políticas de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2006).

Também em 2006 foi publicada a Portaria nº 678 que foi uma estratégia de avaliação dos CAPS e de apoiar e supervisionar e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS. Consideramos essas portarias estratégias de fortalecimento e expansão da rede de saúde mental do SUS e que vão de encontro a Reforma Psiquiátrica.

Outras portarias instituídas no período correlato que se referem à redução de leitos psiquiátricos entre 2004 e 2005 são sistematizadas por Duarte e Garcia (2013) e estão relacionadas abaixo:

- a) Portaria nº 52/2004: Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004;
- b) Portaria nº 53/2004: Estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos, prevista no Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004, instituído pela Portaria n.GM/MS 52/04;
- c) Portaria nº 1.102/2004: Prorroga, por 60 (sessenta) dias, o prazo de que trata o item 5 do anexo da Portaria nº 52 de 20 de janeiro de 2004, para a assinatura do termo de compromisso e ajustamento, em que devem constar tanto as reduções de leitos da etapa de retificações/ajustes de leitos, quanto as reduções de módulos de 40 leitos, a ser realizadas até julho de 2005, conforme diretrizes do programa.

- d) Portaria nº 1628/2004: Prorroga o prazo para assinatura de termo de Compromisso e Ajustamento e retificação de ajuste de leitos.
- e) Portaria nº 304/2005: Reclassifica os hospitais descritos no anexo desta Portaria, depois de cumprida a segunda etapa de redução de leitos, de acordo com o estabelecido na Portaria nº 52/GM, de 20 de janeiro de 2004;
- f) Portaria 395/2005: Determina que os hospitais psiquiátricos dos grupos II a IV, que não aderiram ao Programa de reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS-2004, voltem a ser remunerados conforme valores definidos na Portaria SAS n.77, de primeiro de fevereiro de 2002.
- g) Portaria nº 1612/2005: Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

Em relação à participação social, no relatório do PNS em questão, é destacado que o caráter deliberativo dos conselhos ainda não é exercido na maior parte dos municípios e estados e a ausência de outras formas de participação é uma lacuna. Outro ponto ressaltado é que a representatividade dos conselheiros, para ser legítima, deve estar em constante troca de informações com a comunidade representada. Caso não seja assim, temos uma representatividade prejudicada. Além disso, aponta-se a falta de infra-estrutura e operacional dos Conselhos que impede uma maior articulação entre os mesmos.

Ao confrontar as metas com os dados oficiais, até o final de 2007 foram implementados 1.155 CAPS e 487 SRTs. No período compreendido entre 2004 e 2007 foram construídos 328 dispositivos, entre CAPS e SRTs, número distante da meta que era de 1.700 novos dispositivos. Em relação aos leitos psiquiátricos disponíveis, o número caiu de 72.514 em 1996 para 37.988. Outra meta proposta foi a concessão do auxílio do Programa de Volta para Casa para 10.000 pessoas, porém foram concedidos apenas 2.868 auxílios neste período (BRASIL, 2021).

Tentamos sintetizar e relacionar as propostas da 12ª CNS que se referem a saúde mental com as metas do 1º PNS e as mudanças legais no período, na tabela abaixo:

Tabela 1 - Tentativa de comparação das propostas das Conferências, incidência nos Planos Nacionais de Saúde e alterações legais no período correlato ao PNS (2004-2007)

Tentativa de comparação das propostas das Conferências e incidência nos Planos Nacionais de Saúde e alterações legais no período correlato ao Plano

Teor dos debates sobre saúde mental na 12ª CNS (2003)	Meta PNS 2004-2007	Análise das metas	Portarias implementadas
Resgate dos princípios da reforma psiquiátrica; implementação da política nacional de saúde mental e rede de cuidados; implementação de CAPS; integração de profissionais; atendimento aos familiares; perspectiva da redução de danos; ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; redirecionamento dos investimentos para rede substitutiva em saúde mental	1) Expandir a rede de serviços extra-hospitalares para transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em 1.700 novos serviços (entre os seguintes dispositivos: Caps, SRTs, unidades psiquiátricas em hospital geral). 2) Conceder auxílio reabilitação psicossocial a 10.000 egressos de longas internações psiquiátricas no SUS ("De volta para casa")	Foram implementados 328 dispositivos e concedidos 2868 auxílios do PVC.	2004: Portarias nº 52; 53; 2197; 1102; 1628. 2005: Portarias nº 1612; 304; 395; 245 2006: Portarias nº 399; 678.

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2011a; Legislação Brasileira.

A discussão da 12ª CNS em relação às políticas em saúde mental se transformou em apenas duas metas no 1º PNS e não foram cumpridas. Além disso, o relatório da CNS não menciona o Programa de Volta para Casa, mas ele aparece no PNS. Apesar deste Plano ressaltar a importância da ampliação da política de saúde mental para crianças e adolescentes, não há metas relacionadas neste sentido. As portarias instituídas, no entanto, apesar de não se relacionarem às metas do PNS, apresentaram avanços em relação a implementação da política para usuários de álcool e outras drogas, redução de leitos psiquiátricos, fiscalização e fechamento de hospitais psiquiátricos, destinação de recursos financeiros para a rede extra-hospitalar e estratégias para a avaliação destes serviços.

2.13 A 13ª Conferência Nacional de Saúde

A 13ª CNS foi realizada no final de 2007, quatro anos após a realização da 12ª. Dentre os municípios brasileiros, 77% realizaram suas conferências municipais, e pela primeira vez uma Conferência foi coordenada pelo presidente eleito do CNS. As discussões também foram divididas em eixos temáticos:

Quadro 9 - Temas debatidos na 13ª Conferência Nacional de Saúde

Eixo I. Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento
Eixo II. Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde
Eixo III. A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2008.

Os assuntos em relação à saúde mental aparecem nos três eixos. No primeiro aparecem as propostas de revisão do valor do auxílio do Programa de Volta para Casa - que era de R\$240,00 e a partir de 2021 passou a ser R\$ 500,00 (BRASIL, 2021); a garantia do incentivo a contratação de pessoas com transtornos psíquicos a fim de potencializar a política efetiva de reabilitação psicossocial; a garantia de um estado laico para que as políticas públicas não sejam guiadas por normas religiosas; a garantia de um atendimento digno e humanizado; a divulgação em rede nacional da Política Nacional de Saúde Mental e seus dispositivos; a garantia da estratégia da redução de danos para tratar todas as deliberações da conferência que se referem ao uso de álcool e outras drogas; que a função de agente redutor de danos seja regulamentada; que o suicídio seja tratado como uma questão de saúde pública, dentre outras (BRASIL, 2008).

No segundo eixo, as propostas que se referiram à saúde mental foram a exigência de que haja mais investimentos para os municípios para fortalecer a saúde mental; o reforço do uso da política de redução de danos considerando as peculiaridades locais e regionais; a distribuição dos recursos dos impostos de forma equânime; a arrecadação dos impostos das drogas lícitas para financiamento das organizações que trabalham com a prevenção, tratamento e recuperação de dependentes químicos; ampliação do quadro de profissionais dos CAPS; a criação de instrumentos de avaliação dos serviços em saúde mental; revisão da proposta de assistência à saúde de crianças e adolescentes; a garantia de que a verba proveniente da desativação de leitos psiquiátricos seja aplicada na manutenção e ampliação da rede substitutiva em saúde mental; a garantia de que os CAPS atendam dentro da lógica da territorialização, evitando internações ou reinternações em hospitais psiquiátricos; a priorização de atividades de prevenção e atendimento aos familiares, incentivo à participação

social na saúde mental, regulamentação e implementação da Política Nacional de Redução de Danos; a promoção do controle sanitário na veiculação de propagandas de bebidas alcoólicas na mídia; a revisão dos parâmetros populacionais para a liberação de recursos para a rede substitutiva de saúde mental ampliando a oferta de acesso aos CAPS em municípios de menor porte populacional, com a inclusão de municípios com menos de 20 mil habitantes e o atendimento em saúde mental em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2008).

Ainda no eixo 2, há exigências de que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem definir o papel das três esferas de governo nas políticas de Saúde Mental quanto ao financiamento, à ampliação dos valores de repasse e referência, à definição do incentivo estadual para a implantação e a manutenção de ações de saúde mental nos municípios; a garantia nos Termos de Compromisso dos mecanismos de promoção, reavaliação, ampliação e flexibilização dos critérios para a implantação dos CAPS, a reformulação do Sistema de Informações da Atenção Básica com envolvimento do controle social, garantia de que 5% dos orçamentos da saúde das três esferas de governo sejam destinados às ações de saúde mental, conforme indicação da Organização Mundial da Saúde e que as políticas sejam articuladas intersetorialmente (BRASIL, 2008).

No eixo 3, que se refere à participação da sociedade, é proposto que os conselhos de saúde se articulem aos ministérios públicos a fim de implementar ações relativas à garantia do cumprimento das deliberações e apoio aos usuários, além de apoio e incentivo à participação social no movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial que incorpore usuários, familiares e profissionais de saúde, que haja conferências temáticas e intersetoriais, principalmente as Conferências de Saúde Mental, com a participação de movimentos populares, associações de usuários e ONGs; a garantia da participação efetiva dos gestores nas reuniões dos conselhos de saúde e o aperfeiçoamento da participação social por meio de avaliações do processo do controle social no SUS, inovando as estratégias, conscientização dos usuários sobre seus direitos através da divulgação da Cartilha dos Usuários do SUS (BRASIL, 2008).

O relatório da 13ª CNS termina com as moções. Destacamos em especial uma moção de repúdio a infra-estrutura do evento que não respeitou algumas especificidades para pessoas com deficiência e uma moção de apoio à avaliação pelo CNS das metodologias utilizadas nas últimas conferência no sentido de priorizar os momentos de debate e construção coletiva nos

grupos de nas plenárias para uma discussão mais integrada das propostas. Como veremos adiante, nos próximos eventos, são observados avanços nessas questões.

2.14 2ª Plano Nacional de Saúde (2008/09-2011)

O 2º PNS foi elaborado com base em diversos documentos, tais como: Relatório Final da 13ª Conferência de Saúde; Pacto pela Saúde e nas políticas, orientações e regulamentações subsequentes; compromissos e prioridades do Ministério da Saúde para esta gestão, expressos no discurso de posse do Ministro da Saúde, em 2007; Programa Mais Saúde; PPA 2004-2007; avaliação do PNS 2004-2007; Objetivos do Milênio (ODM) para 2015 em detrimento dos objetivos firmados pelo Brasil e por outros Estados-membros das Nações Unidas; informações e análises do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e dos cadernos ações de saúde, para cada Unidade Federada (2007) e enfim, planos estaduais e municipais.

São propostos quatro objetivos e 12 diretrizes que envolvem 71 metas. Foi realizada uma análise situacional das condições de saúde da população brasileira e em relação à saúde mental, apontou-se a grande demanda de cuidados relacionados à saúde mental leves ou graves e a exigência de uma política pública necessariamente intersetorial, com uma rede de cuidados de base comunitária, densa, diversificada, efetiva e que promova intervenções na cultura” (BRASIL, 2010).

As diretrizes relacionadas à saúde mental concentram-se na consolidação do modelo de atenção integral de base comunitária e territorial, em conformidade com a política nacional adotada. Além disso, intenciona “ampliar e qualificar os leitos em hospitais gerais para a atenção em saúde mental, assim como garantir uma rede extra-hospitalar efetiva, com a melhoria da articulação urgência-emergência e da regulação de leitos específicos”. Outra medida reforça a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial em municípios com baixa cobertura assistencial e o fomento à expansão das outras tipologias dos CAPS nas grandes cidades e a aceleração da desinstitucionalização de pacientes longamente internados (BRASIL, 2010).

Apesar de incluírem estas intenções no relatório, o indicador escolhido para medir os efeitos das ações em saúde mental se resumiu em ampliar o número de CAPS para 1841 até 2011. Confrontando com dados oficiais, até o final de 2011 foram implantados 1.742 CAPS.

Tabela 2. Análise dos indicadores do Plano Nacional de Saúde para proposta em saúde mental

Indicador do 2º PNS (2008/09 - 2011) para proposta em saúde mental	2007	2011	Análise
Ampliar o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) META: 1841 até 2011	1.155	1.742	Foram construídos 587 CAPS e faltaram a construção 99 CAPS para que a meta fosse atingida

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2010.

Como aponta Oliveira (2017), a ação de aperfeiçoar o serviço em saúde mental deveria abarcar todos os elementos da rede, bem como a articulação intersetorial para responder às complexas demandas em saúde mental. Foram discutidos diversos temas e propostas na 13ª CNS conforme o exposto, e até foi discutido no PNS a consolidação do modelo de base comunitária e territorial, a expansão dos CAPS e a qualificação de leitos em hospitais gerais, mas o indicador escolhido por esse Plano para a saúde mental, que se resumiu apenas na averiguação da construção de novos CAPS, é insuficiente para fazer inferências em relação à qualidade das ações executadas. Já em relação à participação social foram apontados os mesmos problemas que o PNS anterior apontou. As alterações legais no período do plano serão descritas à seguir.

Em 2008 foram criados os NASFs (Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Esse dispositivo permitiu a inserção de várias áreas profissionais como psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, psiquiatra entre outros no apoio às equipes de saúde da família no território. Esta inserção é considerada um ganho para a saúde mental e para a reforma psiquiátrica porque é possível trabalhar na prevenção e promoção de forma mais próxima do usuário, além da possibilidade de se haver um cuidado longitudinal e multiprofissional.

Ainda em 2008 foi registrada a portaria nº 1.899 que instituiu o “Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais” com o objetivo de aprimorar a implantação de

leitos para internação psiquiátrica em hospitais gerais através de reuniões intersetoriais, com a inclusão de gestores e associações profissionais de saúde (BRASIL, 2008b).

No ano seguinte, em 2009, a portaria nº 2.629 reajustou os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em hospitais gerais incentivando as internações de curta duração, que não ultrapassassem 20 dias (BRASIL, 2009b). Além disso, a portaria nº 2.644 reagrupa as classes para hospitais psiquiátricos de acordo com o número de leitos e também cria incentivos para internações de curta duração nos hospitais psiquiátricos, por exemplo, diminuindo o valor das internações nos hospitais que possuíam mais leitos (BRASIL, 2009c). E a portaria nº 404 (BRASIL, 2009d) reclassificou os hospitais existentes e a partir dela foram descredenciados 10 hospitais psiquiátricos pela portaria de nº 426 (BRASIL, 2009e).

Em 2010 foram divulgadas a portaria nº 2.841 que criou o CAPSad III - 24 horas, com funcionamento inclusive em finais de semana e feriados para oferecer uma atenção integral à pessoas que fazem uso de crack e outras drogas e ofereceu incentivos financeiros (BRASIL, 2010b) e a portaria de nº 2.842 “que aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas”. A partir desta portaria, os hospitais que têm interesse em se habilitar como de referência para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seus respectivos âmbitos de atuação, deverão adotar as medidas necessárias à organização e habilitação das unidades” (DUARTE; GARCIA, 2013).

Outra portaria divulgada neste ano foi a nº 2.843, que cria os NASF na modalidade III. Estes são estabelecimentos que visam promover a atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica para Municípios com porte populacional menor que 20.000 habitantes (BRASIL, 2010c)

A tabela abaixo apresenta uma tentativa de correlacionar a síntese dos debates em saúde mental na 13ª CNS, as diretrizes e metas propostas pelo 2º PNS confeccionado e as portarias implementadas no período determinado:

Tabela 3 - Tentativa de comparação das propostas das Conferências, incidência nos Planos Nacionais de Saúde e alterações legais no período correlato ao PNS 2008/09-2011

Tentativa de comparação das propostas das Conferências e incidência nos Planos Nacionais de

Saúde e alterações legais no período correlato ao Plano				
Síntese dos debates sobre saúde mental na 13ª CNS (2007)	Diretrizes 2º PNS 2008/09-2011	Meta 2º PNS 2008/09-2011	Análise	Portarias implementadas
Melhorias no Programa de Volta para Casa e dos CAPS, garantia de um estado laico, atendimento humanizado, política de redução de danos, inversão de gastos de políticas hospitalares e asilares se para políticas extra-hospitalares e territoriais, realização da 4ª CNSM, dentre outras.	Políticas de base comunitária e territorial, garantia de implementação e manutenção da rede extra-hospitalar, expansão dos CAPS	Ampliar o número de CAPS para 1841 até 2011	Foram implementados 1742 CAPS até 2011. Faltou a implementação de 99 CAPS para que a meta fosse atingida	2008: Portaria nº 1899 2009: Portarias nº 2629; 2644, 426; 404 2010: Portarias nº 2841; 2842 2843

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2008; BRASIL, 2010d; BRASIL, 2011a; Legislação brasileira.

As diretrizes discutidas no 2º PNS estão em consonância com os temas debatidos na 13ª CNS, porém a meta elencada é insuficiente para fazer a análise. Apesar disso, as portarias implementadas também estão em consonância com as propostas da 13ª CNS, já que dispõem sobre o aprimoramento da ampliação de leitos para internação em hospitais gerais, incentivos para internação de curta duração, o descredenciamento de hospitais psiquiátricos, a criação do NASF e NASF III e do CAPSad III 24 horas, reforçando a base extra-hospitalar. No ano seguinte foi realizada a 4ª CNSM conforme proposto na 13ª CNS.

2.15 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental

A 4ª CNSM aconteceu em Brasília, em 2010 - nove anos após a realização da 3ª CNSM, um tempo considerável sem esta conferência temática, levando em conta a conjuntura e todas as mudanças que estavam sendo feitas na área de saúde mental. Teve como tema “**Saúde Mental** direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Foi realizada a Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, em 2009, em defesa da realização desta CNSM já que o período era de desestimulação das conferências temáticas e além disso, o corporativismo, principalmente na área da psiquiatria, estava ganhando mais espaço. Por isso, o processo de organização e as discussões tiveram um nível maior de conflito e tensão (BRASIL, 2010d). Esta edição teve como eixos discutidos:

Quadro 10 - Temas debatidos na 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental

a) políticas sociais e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais
b) consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais
c) Direitos Humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2010d.

O relatório final vem para reafirmar medidas já debatidas anteriormente nas outras Conferências que não foram efetivadas. É um relatório de caráter predominantemente propositivo e elenca outras 1.021 propostas. Estima-se que participaram cerca de 46.000 pessoas desde os níveis municipais até o federal. Houve propostas relacionadas à temática de participação na política pública: a) Gestão e institucionalidade da participação; b) Reabilitação psicossocial e participação; c) Intersetorialidade e interdisciplinaridade no controle social.

A quantidade de propostas evidencia a fragmentação dos sujeitos envolvidos no processo, apesar de reconhecer também a diversidade de fatores que atravessam a saúde. Uma inovação proposta foi a capacitação para a participação e controle social em parceria com as universidades e incentivo para que usuários e familiares conheçam seus direitos. Esta edição se destacou também ter sido a primeira intersetorial, ou seja, teve a participação de trabalhadores e usuários da saúde de outros setores. Foram identificados avanços em relação à 3ª CNSM, porém, também lacunas e desafios do campo da saúde mental. (BRASIL, 2010d)

Cohen (2001) citado por Moreira e Escorel (2009) salienta que as deliberações não devem objetivar a diminuição da diversidade de interesses mas buscar por decisões coletivas, já que a democratização ocorre “à medida que a autorização para o exercício do poder estatal é conferida pela decisão coletiva daqueles que por este poder serão regidos” (p. 797). Portanto, a conformação da metodologia das discussões e proposições da CNSM devem ser revistas.

Em relação à participação social, o relatório elenca as seguintes dificuldades:

o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infraestrutura; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados (BRASIL, 2010d).

Para lidar com estes obstáculos, são sugeridos a qualificação do controle social, a melhoria dos mecanismos de escuta, o fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores e as instituições, a produção de indicadores de saúde, inclusive sobre a qualidade do atendimento prestado, e a necessidade de facilitar o acesso aos sistemas de informação para possibilitar a fiscalização e controle pelos movimentos populares e sindicais.

As alterações legais no ano seguinte à realização da 4ª CNSM estão descritas a seguir (BRASIL, 2011b):

- a) A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, depois de um período de formulações regulamentares, substituiu a Rede de Saúde Mental e instituiu a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) com a incorporação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), o Programa de Volta para Casa, e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Essas ações, como já apresentado, objetivam a desospitalização, desinstitucionalização, devolução da autonomia e dignidade para egressos de longas internações, e ampliação do conceito de saúde mental e do processo saúde-doença para questões sociais. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços que objetivam oferecer

cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização ou do frágil modelo ambulatorial (que consistia em consultas esparsas de renovação de receitas, ou de tímida oferta psicoterápica). Uma função alternativa ou intermediária ao modelo hospitalar predominante naquele período (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071).

A RAPS rapidamente passa a ter visibilidade e outros dispositivos substitutivos são criados por meio de portarias, a fim de oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar, como os hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, dentre outros. Este crescimento revela a riqueza e a criatividade dos atores da Reforma Psiquiátrica no âmbito do SUS (AMARANTE; NUNES, 2018).

- b) O Decreto nº 7.508 publicado em 2011 regulamentou a lei nº 8.080/90, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência

à saúde e a articulação interfederativa para fazer valer a operacionalização dos serviços de forma regionalizada e hierarquizada. O dispositivo definiu as Regiões de Saúde, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação, infraestrutura e transportes compartilhados.

Este decreto também criou os Mapas da Saúde (regional, estadual e nacional) a fim de verificar as necessidades de cada região, aprimorar o planejamento setorial e o estabelecimento de metas. Definiu-se também a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. Além disso, o acordo firmado entre as regiões e mapas de saúde deve ser firmado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). Estas inovações também subsidiaram a reorganização da política em saúde mental do Brasil já que a Região de Saúde conta com um rol de ações e serviços mínimos com abrangência, incluindo a atenção psicossocial e também servem de referência para a transferência dos recursos interfederativos (BRASIL, 2011c). Porém, segundo Lira (2022), a própria Portaria nº 3.088/2011 que traz ganhos para a Reforma Psiquiátrica, também favorece a entrada das Comunidades Terapêuticas na rede de atenção psicossocial.

Além desta portaria, foi criado o programa “Plano Crack, é possível vencer”. Segundo o site do governo federal, houve um investimento de 4 bilhões de reais com o objetivo de ofertar atenção aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar as atividades de prevenção até 2014 (BRASIL, 2015b).

Este programa apresentou uma possibilidade de ascensão das Comunidades Terapêuticas na RAPS. As comunidades terapêuticas “são alvo recorrente de denúncias por violação de direitos, conversão religiosa compulsória e trabalho forçado análogo ao trabalho escravizado” (OKA; COSTA, 2022, p. 15) além de “corroborar com a falácia da epidemia das drogas, reforçando um lugar de marginalização, punição e centralidade do “cuidado” em abstinência” e favorecer as internações compulsórias, o projeto privatista e a psiquiatria tradicional (LIRA, 2022, p. 118).

Expressamos também

c) a Resolução nº 29, de 30 de junho de 2011 que dispõe sobre a regulamentação das Comunidades Terapêuticas

É uma decisão que traz mais retrocessos para a Reforma Psiquiátrica, já que regulamentar a Comunidade Terapêutica como política promove um desfinanciamento dos serviços substitutivos e uma valorização dos serviços asilares-manicomiais, como este (LIRA, 2022). O modelo de tratamento defendido pelas CTs está baseado no isolamento como imprescindível para que o sujeito retome ao seu cotidiano, combinado com trabalho e religião e vê a droga como um impeditivo de vida (PASSOS et al., 2020 apud LIRA, 2022).

Em sequência, foram instituídas diversas portarias, listadas abaixo:

- a) Portaria nº 122 de 25/01/2011- Consultório na Rua: definiu-se as equipes do Consultório na Rua, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica em relação à composição da equipe e o embasamento do trabalho junto a população em situação de rua calcado na Redução de Danos. Esta teve um complemento através da portaria nº 123/2012 que definiu o cálculo para o Consultório na Rua.
- b) Portaria nº 121 de 25/01/2012 - Unidade de Acolhimento: acrescentou como componente da RAPS a Unidade de Acolhimento (adulto e infantil) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, com funcionamento de 24 horas e de caráter residencial transitório.
- c) Portaria nº 130 de 26/01/2012 - CAPS ad III 24 horas: esta portaria autoriza o atendimento de crianças e adolescentes em conjunto com adultos e define a estrutura, horários e composição profissional do serviço.
- d) Portaria nº 131 de 26/01/2012 - Incentivo Serviços de Atenção em Regime Residencial: incentiva financeiramente as Comunidades Terapêuticas.
- e) Portaria nº 132 de 26/01/2012 - Componente Reabilitação Psicossocial: incentiva iniciativas de geração de trabalho e renda.
- f) Portaria nº 148 de 31/01/2012 - Serviço Hospitalar de Referência: Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência e autoriza internações de curta duração.

Ressalta-se que, além do campo normativo, o ano de 2011 marca o início do Governo Dilma, que já carregava as consequências de avanços dos governos anteriores, mas também das concessões ao grande capital. Nessa abertura, os mandatos dos governos da então presidenta sentiram os efeitos, passando a sofrer várias pressões de setores políticos, desencadeando um fortalecimento de ideias conservadoras e neoliberais (sobretudo em seu

segundo mandato), adotando medidas que se tornaram conflitantes e polêmicas e que se fazem de suma importância para essa análise (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

“O neoliberalismo se dispõe a usar o sofrimento como máquina do sucesso” segundo Lira (2022, p. 84), no entanto, compreende-se esse modelo atual como aquele que gera e gerencia o sofrimento psíquico (SAFATLE; DA SILVA JUNIOR; DUNKER, 2021 citados por LIRA, 2022).

Lira (2022) rememora que durante a aplicação dessas portarias, em 2012, ocorreu o III Congresso Brasileiro de Saúde Mental, que teve a participação da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME)¹ e estiveram engajados na incumbência de fazer resistência frente aos ataques sofridos na política de saúde mental, como as internações compulsórias, proliferação das comunidades terapêuticas e a mortalidade nos hospitais psiquiátricos.

2.16 14ª Conferência Nacional de Saúde

A 14ª CNS aconteceu em 2011 - quatro anos após a realização da 13ª, conforme previsto e no mesmo ano da instituição da Portaria nº 3.088. O evento teve como tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”. Entre as etapas municipais e estaduais, 78% foram realizadas. Estados e municípios se basearam e elaboraram as propostas num “processo ascendente que inovou o sistema de controle social desenvolvido pelo SUS” (BRASIL, 2011d), que permitiu que o relatório fosse elaborado com quinze diretrizes, listadas a seguir:

Quadro 11 - Temas debatidos na 14ª Conferência Nacional de Saúde

1. Em defesa do SUS - Pelo direito à saúde e à seguridade social
--

¹ A ABRASME é uma ONG que se apoia na associação de usuários e familiares, conselhos de profissionais e movimentos sociais, centros de treinamento, ensino, pesquisa e serviços de saúde mental com o objetivo de fortalecer as entidades-membro e a ampliar o diálogo entre as comunidades técnica e científica com serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil para contribuir na superação do modelo asilar de tratamento da loucura através de mobilização social permanente

2. Gestão participativa e controle social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS
3. Vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS
4. O Sistema de saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde
5. Gestão pública para saúde pública
6. Por uma política nacional que valorize os trabalhadores
7. Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços
8. Ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família
9. Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde
10. Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral
11. Por um sistema que respeite as diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis
12. Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS
13. Consolidar e ampliar as políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência química

14. Integrar e ampliar as políticas e estratégias para assegurar a atenção e vigilância à saúde do trabalhador
--

15. Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses (as) usuários (as)

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2011d.

As propostas que se referiram à participação social e à saúde mental também estão elencadas e são discutidas em vários dos eixos, como na CNS anterior.

Pela primeira vez há propostas que versam sobre a garantia de que as deliberações aprovadas nas conferências sejam utilizadas como subsídios para aprimorar os planos municipais, com acompanhamento dos conselhos, fiscalizando e cobrando a sua execução, e que estas sejam articuladas com o controle social dos municípios, estados e DF. Apesar de este ser o objetivo das conferências desde a 8ª CNS, o teor dessas propostas já mostra que ele não tem sido cumprido (BRASIL, 2011d).

Há propostas que resgatam as leis orgânicas do SUS, a fim de restringir a participação da iniciativa privada no SUS ao seu caráter complementar, e que seja garantido o investimento necessário para a redução progressiva e continuada da contratação de serviços na rede privada até que o SUS seja provido por sua rede própria, novamente se posicionando contra o arranjo econômico neoliberal brasileiro.

Em relação à seção específica sobre saúde mental, há propostas para a ampliação ao número de trabalhadores da saúde mental, mediante contratação por serviço público; reconhecimento da terapia integrativa como política pública prioritária nacional, se baseando no relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental; mais uma proposta que se refere à revisão do quantitativo populacional, principalmente em municípios de pequeno porte, para a implantação de serviços de saúde e saúde mental; a garantia da estruturação da rede substitutiva aos manicômios e implantação dos serviços de acordo com a lei 10.216 e a Reforma Psiquiátrica Brasileira; a garantia de que o governo federal realize campanhas publicitárias a fim de esclarecer a população sobre questões de saúde mental para combater o preconceito; o uso da redução de danos na política sobre o uso de drogas; e outras propostas

alinhadas aos preceitos da Reforma Psiquiátrica antimanicomial brasileira e que são coerentes com as deliberações da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2011d).

Em relação à participação social, na carta da 14ª CNS aparece a preocupação relacionada à incompreensão de alguns gestores sobre a participação da comunidade garantida na Constituição de 88 e o papel deliberativo dos conselhos traduzidos na lei nº 8.142/90 e ressalta a necessidade de superar este desafio.

Ao final são apresentadas as moções de apoio, apelo, aplauso, solidariedade e repúdio aprovadas pela conferência. Seleccionamos algumas moções de repúdio que demonstram que houve um retrocesso promovido pelo CNS que atingiu negativamente os conselhos municipais e estaduais de saúde, causando ataque nos avanços do controle social do SUS, já que o presidente do conselho deve ser eleito democraticamente e ser independente da gestão do SUS. Esta moção explicita que

A falta de independência fica clara no silêncio comprometedor do Conselho Nacional de Saúde, quanto: 1) Ao avanço do privado em detrimento do público e as diversas formas de privatização do SUS; 2) Ao Decreto no 7.508/2011, que afronta diretamente os princípios da integralidade, universalidade e controle social, ao atribuir aos conselhos de saúde prerrogativas consultivas; 3) Ao não cumprimento, por parte do Governo Federal, dos mínimos constitucionais mesmo já regulamentados pelo próprio Conselho Nacional de Saúde, o que são ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2011d, p. 136).

e outras moções que reprovam os ataques do governo em direção a Reforma Psiquiátrica Brasileira, - como por exemplo, propostas de financiamento para as Comunidades Terapêuticas contidas no Plano Plurianual (PPA 2012-2015) e que vão contra as deliberações da 4ª CNSM - , e favorece a privatização do SUS.

No final do documento há o regulamento da conferência, divulgado pela primeira vez em um relatório final, juntamente com os decretos, modo de funcionamento, seleção dos participantes, a relação da população de cada estado e a porcentagem de aprovação de cada proposta. Foi uma conferência com mais organização técnica em relação à divisão dos temas, reuniões e grupos de trabalho e há considerações e sugestões para o aperfeiçoamento da coordenação para a próxima conferência.

2.17 3º Plano Nacional de Saúde (2012-2015)

Há dois documentos do PNS 2012-2015 no site do Ministério da Saúde para download. O primeiro arquivo é o documento propriamente dito, publicado em 2011 e o segundo se trata de uma revisão de metas e indicadores publicada em 2014. Esta revisão vem para intensificar o processo de qualificação da gestão e os instrumentos de monitoramento e avaliação do Plano e para reajustar tática e operacionalmente as metas a fim de conciliar com o Plano Anual de Saúde e criar bases para um sistema mais efetivo e preparado para lidar com as demandas.

Este plano está estruturado em 14 diretrizes, que compreendem as ações estratégicas e os compromissos para o setor, tendo sido discutido e aprovado no Conselho Nacional de Saúde (CNS), incorporando 2 diretrizes transversais que fazem interface com o Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2011e).

Ele inicia-se fazendo a análise situacional das condições de saúde, com dados demográficos, doenças, vacinas, taxas de mortalidade, morbidade. Em seguida faz um apanhado geral sobre os determinantes e condicionantes da saúde (aspectos socioeconômicos, condições de vida, trabalho, ambiente, hábitos e estilos de vida, etc) e por fim, faz uma avaliação sobre o acesso a ações e serviços em saúde.

Em relação à saúde mental, destaca um avanço na superação do modelo hospitalocêntrico, com a expansão dos serviços substitutivos, territoriais e comunitários, a ampliação dos recursos assistenciais existentes e a diminuição de 5.235 leitos psiquiátricos. Esta expansão permitiu que a população continuasse assistida mesmo com a retirada dos leitos psiquiátricos que não se adequaram às exigências mínimas. É possível perceber curvas inversamente proporcionais do financiamento dos componentes extra-hospitalares (em ascensão) e hospitalares (em queda) (BRASIL, 2011e).

Há que se observar que em decorrência das diferenças regionais, lacunas na coberturas de serviços em saúde mental em algumas regiões do país são apontadas, mas observa-se que houve um aumento geral do número de CAPS e consequentemente da cobertura desses serviços, além do aumento das SRTs e dos beneficiários do PVC. Foram também inseridos mais profissionais especializados em saúde mental no NASF para complementar o trabalho na ESF (BRASIL, 2011e).

O consumo de drogas, como o crack, foi incluído como prioridade, sob a justificativa do aumento do uso dessa substância pela população nos últimos anos, que potencializou a implantação dos CAPSad e sua diversificação com o CAPSad 24 horas, casas de acolhimento transitórias, leitos em hospitais gerais, criação de consultórios de ruas, leitos hospitalares e estratégias de articulação intersetorial, a implantação de escolas de redução de danos. Porém, além disso, houve uma marginalização das drogas no escopo da saúde mental que abriu brechas para a remanicomialização do campo, e neste contexto também ganhou força o fomento no apoio a comunidades terapêuticas, internações compulsórias e outras medidas higienistas que, novamente destacamos, não vão de encontro aos princípios da desinstitucionalização e da Redução de Danos.

Em relação à participação e controle social houve melhora com o Programa de Inclusão Digital (PID) a fim de ampliar as ações de educação permanente dos conselheiros e ampliar o acesso a telefone, internet e sede física, que era uma das preocupações dos gestores quanto ao efetivo funcionamento desse espaço. Dados no PNS apontam que 15.290 conselheiros de saúde foram capacitados entre 2003 e 2007, e a partir de 2007, com o repasse fundo a fundo para as secretarias estaduais de saúde, essas ações ganharam caráter contínuo e institucional. No período de 2008 a 2011 foram capacitados 15.895 conselheiros, em 21 estados. Os desafios apontados continuam sendo a sustentabilidade financeira e estrutural, além do fortalecimento da cultura democrática e da gestão participativa (BRASIL, 2011e).

Para fortalecer a rede, o PNS divulga duas estratégias principais envolvendo a ampliação do acesso e a diversificação do tratamento a usuários dependentes de álcool e outras drogas, bem como o atendimento de seus familiares (BRASIL, 2011e):

- a) o acolhimento dos usuários com oferta de cuidados básicos em saúde mental, bem como a mobilização da rede social de cuidado;
- b) a expansão dos consultórios de rua, com equipe multidisciplinar volante para atendimento às pessoas em situação de rua, com desenvolvimento de ações de prevenção, redução de danos, promoção e cuidados básicos em saúde.

A tabela abaixo mostra uma tentativa de sintetizar e relacionar as diretrizes, metas e indicadores do Plano Nacional de Saúde, além de verificar se elas foram cumpridas.

Tabela 4 - Análise das diretrizes e metas do PNS 2012 - 2015

Diretrizes PNS	Metas do PNS	2011	2015	Análise da meta
Expansão dos consultórios de rua	Implantar e implementar 179 Consultórios na Rua, com atendimentos direcionados à população em situação de rua, até 2015	0	144	Faltou a implantação de 35 dispositivos para que a meta fosse atingida
Ampliação do número de CAPS	Implantar e implementar 640 CAPS (entre suas tipologias) passando de 1650 em 2011 para 2290 até 2015	1601	2350	Foram construídos 60 dispositivos além da meta
Implantar unidades de acolhimento	Implantar e implementar 641 unidades de acolhimento até 2015	sem informação	48	Faltou a implantação de 593 unidades
Aumentar o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para retaguarda aos atendimentos de urgência e emergência em saúde mental	Implantar e implementar 3600 leitos de atenção integral de saúde mental em hospitais gerais até 2015	sem informação	1061	Faltou a implementação de 1999 leitos para que a meta fosse atingida
Diretriz não correlacionada	Ampliar em 2400 o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa, passando de 3.786 em 2011 para 6.186 em 2015	3961	4394	Faltou a concessão de 1.792 benefícios para que a meta fosse atingida

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2011e; DESINSTITUTE, 2021.

Outros planos divulgados que não foram relacionados a indicadores são o aperfeiçoamento dos protocolos de atendimento, implantação de telessaúde nas unidades, fomento de ações de formação e educação permanente para a rede, realização de campanhas de comunicação e prevenção da dependência de drogas, principalmente para a população jovem, ações intersetoriais para geração de renda, e moradia (BRASIL, 2011e). Propostas em relação ao PVC e as unidades de acolhimento não são mencionados no relatório da 14ª CNS mas ainda sim, estão sendo incluídas no Plano.

Entre as alterações legais no período, em 2014 tivemos a Portaria nº 2.840, que cria o Programa de Desinstitucionalização como integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do SUS que

assegura recursos financeiros a egressos de internações psiquiátricas e articula ações intra e extra hospitalares para que o usuário receba o apoio na rede, e o Decreto nº 8.243 que instituiu a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil - que foi revogada mais tarde, em 2019 pelo decreto nº 9.759; e no ano seguinte, em 2015, a Portaria nº 1.646 (CNES) que foi alterada em 2016 e será exposta depois da apresentação do 4º PNS.

Tentamos, na tabela abaixo, sintetizar as diretrizes da 4ª CNSM e os debates da 14ª CNS e as alterações legais no período. As metas do 3º PNS foram sintetizadas anteriormente na tabela exposta acima.

Tabela 5 - Tentativa de comparação das propostas das Conferências, incidência nos Planos Nacionais de Saúde e alterações legais no período correlato ao PNS 2012 - 2015

Tentativa de comparação das propostas das Conferências e incidência nos Planos Nacionais de Saúde e alterações legais no período correlato ao Plano			
Síntese das diretrizes propostas na 4ª CNSM (2010)	Síntese dos debates sobre saúde mental na 14ª CNS (2011)	Metas do 3º PNS 2012/2015	Alterações legais
Ampliação e financiamento dos serviços substitutivos; posicionamento contra a terceirização destes serviços; ampliação de ações intersetoriais (políticas de habitação, assistência social, direitos humanos, educação); fortalecimento de estratégias de matriciamento; fortalecimento da participação da sociedade organizada; atenção humanizada à população de rua, crianças e adolescentes e ao usuário de álcool e outras drogas com ênfase na política de redução de danos; inclusão das Práticas Integrativas na saúde; qualificação do trabalhador; apoio à assistência farmacêutica; formação de parcerias com a universidade; aperfeiçoamento dos sistemas de informação; revisão do quantitativo populacional para a implementação de CAPS; enfrentamento das desigualdades; que os Conselhos aprovelem somente planos de atenção multiprofissional e de base territorial,	Propostas que pedem a garantia de que as deliberações aprovadas nas CNS sejam subsídios para aprimorar os PNS, ampliação do número de trabalhadores, reconhecimento das práticas integrativas, revisão do quantitativo populacional para a implementação de dispositivos extra-hospitalares em municípios de pequeno porte, campanhas para combate do preconceito ao usuário da saúde mental e ênfase na política de redução de danos	As metas foram sintetizadas na tabela acima e apenas uma foi cumprida.	2011: Portarias nº 3.088 e 122; Decreto nº 7.508; Programa Crack, é possível vencer; Resolução nº 29. 2012: Portarias nº 121, 130, 131, 132 e 148 2014: Portaria nº 2840; Decreto nº 8243; 2015:

sempre reforçando os princípios da Reforma Psiquiátrica; entre outras.			Portaria nº 1646;
--	--	--	-------------------

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2010d; BRASIL, 2011d; Legislação brasileira.

A 4ª CNSM demonstra que os objetivos da inversão dos gastos em hospitais psiquiátricos para a rede extra-hospitalar estavam acontecendo, porém a conjuntura começou a mudar e o corporativismo psiquiátrico foi ganhando força. Por isso houve a pressão em demonstrar a necessidade da realização da mesma. Em relação ao PNS, as metas construídas tiveram mais parâmetros de análise, que não foram resumidos apenas à verificação do número de CAPS construídos, mas na verificação de alguns outros dispositivos extra hospitalares, diminuição de leitos psiquiátricos e no PVC. Contudo, apenas uma meta foi cumprida, que pode demonstrar falhas no processo de planejamento e também revela a intencionalidade do gestor em não seguir as diretrizes propostas nas conferências.

Em relação às alterações legais propostas, foram determinadas medidas conflitantes, que favoreceram o fortalecimento de ideais conservadores e neoliberais e que não respeitaram as deliberações da CNSM e CNS. A proposta por algumas medidas foi a de reestruturação e conexão dos programas e dispositivos em rede, como os CAPS, SRT, PVC, Consultórios de Rua, iniciativas de geração de trabalho e renda e Unidades de Acolhimento. A ideia da proposição das regiões de saúde, do RENASES e do RENAME, do Programa de Desinstitucionalização e da Política Nacional de Participação Social também. Porém a imposição do programa “Crack, é possível vencer”, dos incentivos financeiros a Comunidades Terapêuticas e a autorização das internações de curto prazo caminham no sentido contrário aos debates conferenciais.

2.18 15ª Conferência Nacional de Saúde

A 15ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi realizada em 2015 com o tema central “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. O relatório final não foi divulgado, portanto, o documento utilizado para a análise foi a resolução do Plenário do Conselho Nacional de Saúde que conta com as propostas, diretrizes e moções aprovadas “com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final”, porém, não houve a consolidação do mesmo (BRASIL, 2016d, p.1).

As propostas foram separadas por eixos e as que tiveram 70% de votos favoráveis ou mais nos Grupos de Trabalho foram aprovadas automaticamente; as propostas que tiveram entre 50% e 70% dos votos foram apresentadas e votadas na plenária final e as propostas com menos de 50% dos votos foram rejeitadas. Os eixos debatidos estão expostos a seguir:

Quadro 12 - Temas debatidos na 15ª Conferência Nacional de Saúde

Eixo 1 - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade
Eixo 2 - Participação Social
Eixo 3 - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde
Eixo 4 - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado
Eixo 5 - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde
Eixo 6 - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS
Eixo 7 - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS
Eixo 8 - Reformas Democráticas e Populares do Estado.

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2016d.

Em relação à saúde mental, foi proposto a efetivação da Reforma Psiquiátrica, o fortalecimento da RAPS e os serviços de base comunitária como ESF, NASF, CAPS, Consultórios na Rua, Centros de Convivência e Residências Terapêutica evitando o encaminhamento de pacientes para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas; a viabilização do passe livre para garantir o acesso aos usuários de saúde mental; a garantia da implantação do CAPS e CAPSad nos municípios, independente dos critérios por base populacional nos Planos Municipais e Estaduais; a implantação e fortalecimento dos projetos terapêuticos singulares para atendimento da demanda de saúde mental e estímulo às Práticas Integrativas e Complementares (PICs); a formação de mais equipes de consultório de rua e de redução de danos; a garantia do co-financiamento tripartite para os CAPS e outros serviços substitutivos; a expansão da Atenção Primária em Saúde e cobertura de 100% da ESF; acesso

aos leitos psiquiátricos em hospitais gerais; o fomento de pesquisas em relação à saúde mental e outras propostas nesse sentido (BRASIL, 2016d).

Em relação à participação social há propostas no intuito de fortalecer a participação social em todas as políticas públicas ampliando canais de interação com a população, a garantia de haver espaços de discussão das políticas públicas, aprimoração e divulgação da ouvidoria do SUS como mecanismo de controle social, utilizando a internet e canais de interação com o usuário, o aumento das políticas de comunicação, a garantia da eleição direta e livre para a mesa diretora ou a coordenação nos Conselhos de Saúde, a fim de impedir que estes postos sejam assumidos pelo gestor, ocupante de cargo em comissão ou funções gratificadas; a garantia da execução, pelo gestor, das deliberações aprovadas pelos CNSs, a capacitação dos conselheiros e atividades de educação permanente e a instituição o conselho de comunicação social, de caráter deliberativo, nos níveis municipal, estadual e nacional (BRASIL, 2016d).

2.19 4º Plano Nacional de Saúde 2016-2019

O Conselho Nacional de Saúde dividiu as diretrizes por eixos temáticos expostos na tabela abaixo e segue a mesma configuração dos PNS anteriores. Ele inicia-se com a análise situacional e faz algumas considerações em relação aos condicionantes e determinantes da saúde.

Quadro 13 - Eixos temáticos do Plano Nacional de Saúde 2016 - 2019

Participação e Controle Social
Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde
Financiamento do SUS e Relação Público-Privado
Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde
Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS

Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2016.

As metas relacionadas à rede de atenção psicossocial constam no segundo objetivo, que está aglutinado com metas para políticas de outras áreas:

Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2016, p. 56)

O plano reforça os objetivos da RAPS de garantir atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais em liberdade e de reorganizar a rede substitutiva como os CAPS, SRTs, Centros de Convivência e Cultura e leitos de saúde mental em hospitais gerais e nos CAPS III, a fim de reduzir as internações em hospitais psiquiátricos. Além disso, declara que haverá priorização da capacidade de cuidados com usuários de crack, álcool e outras drogas e ações de prevenção voltadas para crianças e familiares (BRASIL, 2016).

O Plano está em acordo com as discussões da CNS do período correlato. A tabela abaixo faz uma tentativa de sintetizar as metas do Plano e conferir o cumprimento das mesmas:

Tabela 6 - Análise das metas do 4º PNS 2016 - 2019

METAS 4º PNS (2016-2019)	Número de dispositivos ou benefícios concedidos antes da realização da 15ª CNS	Números em 2015, quando a meta foi proposta	Números em 2018 para verificação das metas	Cumprimento da meta
Ampliar em 2.400 o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa - PVC, passando para 6.764.	3961 (2011)	4394	4458	não, faltaram 2306
Apoiar a implantação de 200 equipes de Consultório na Rua	54 (2012)	144	181	não
Apoiar a implantação de 37 Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil - UAI.	1 (2012)	20	22	não
Apoiar a implantação de 28 unidades de acolhimento adulto	9 (2012)	28	39	sim

Incentivar a implantação de 480 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - passando para 2830	1742 (2011)	2350	2613	não, faltaram 217
Apoiar a construção de 160 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS III - 24 horas.	63 (2011)	86	98	não
Apoiar a implantação de 162 novos CAPS-AD e CAPS-AD III	CAPSad/2011: 272 CAPSad III/2011: 5	CAPSad: 345 CAPS ad III: 68	CAPSad: 366 CAPSad III: 91	não
Apoiar a implantação de 502 leitos de saúde mental em hospitais gerais - passando para 1569	747 (2013)	1067	1550	não, faltaram 19
Apoiar a implantação de 300 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	625 (*em 2011, ainda não habilitados)	360 (já habilitados)	609	não, faltaram 51

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2016; DESINSTITUTE (2021).

O relatório da 15ª CNS não faz menção ao Programa de Volta para Casa ou à implantação de unidades de acolhimento infanto-juvenil, mas metas como essa estão incluídas no 4º PNS. Na checagem dos indicadores, apenas uma meta foi cumprida.

Na seção do relatório da 15ª CNS dedicada às moções, destacamos as que pedem melhoria da Ouvidoria do SUS e que defendem este espaço para a manifestação das pessoas não organizadas e não representadas e que permite ao cidadão opinar e fiscalizar através das solicitações, reclamações e elogios, sendo possível otimizar a gestão do SUS. Outra moção se relaciona ao reconhecimento da necessidade da confecção de Relatórios de Gestão, aprimoramento dos processos de trabalho, fomento à transparência e controle social e outras moções se posicionam contra o impeachment da presidente Dilma.

É importante ressaltar que o coordenador geral da saúde mental era Roberto Tykanori desde 2011 e foi substituído no final de 2015, afrontosamente, por Valencius Wurch Duarte Filho - ex-diretor do maior manicômio da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras, que foi fechada em decorrência das violações de direitos que aconteciam em seu interior e declaradamente contra a Reforma Psiquiátrica (LIRA, 2022).

A mobilização popular expressa nas moções se deve ao fato de em 2016 ter sido instaurado um processo maquinado de impeachment contra a presidente Dilma Rousseff e o seu vice, Michel Temer assumiu. Esta mudança de governo veio em decorrência tardia da crise de 2008, que por sua vez acelerou a ofensiva neoliberal - iniciada com o governo Collor em 1990, contrariando os pressupostos da Constituição de 88 - e aumentou com intensidade

os retrocessos nas políticas públicas, incluindo a saúde mental. Este processo se intensificou continuamente, no mandato seguinte, de Jair Bolsonaro, através da publicação de diversas portarias que desconfiguraram a RAPS e interrompeu o processo de extinção dos hospitais psiquiátricos (OKA; COSTA, 2022). A partir do golpe, o documento do Desinstitute (2021) citado por Oka e Costa (2022, p.72) aponta

um aumento significativo de comunidades terapêuticas, canais de interlocução com o governo federal são fechados e as decisões sobre as principais mudanças na política pública passam a ocorrer de maneira unilateral, desrespeitando as deliberações consolidadas nas CNS e conferências temáticas.

Amarante (2016) citado por Lira (2022) demonstra que a nomeação deste sujeito, seguida pelo golpe, não foi mera coincidência e revela o caráter privatista destes interesses econômicos, financeiros e de perpetuação do poder, já que a maioria dos leitos psiquiátricos são privados, porém financiados pelo SUS.

Entre as alterações legais no período, encontramos as descritas a seguir.

Em 2015 foi instituída a Portaria nº 1.646, que institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Esta portaria busca sistematizar as informações sobre os estabelecimentos de saúde oficiais do SUS (BRASIL, 2015). Em 2016 ela é alterada pela portaria nº 1.482, que inclui as Comunidades Terapêuticas como estabelecimentos de saúde, habilitando-as para receberem recursos públicos (BRASIL 2016c).

Em resposta a instituição da Portaria nº 1.482, o CNS publicou a Recomendação nº 43 exigindo a retirada da menção à comunidades terapêuticas e esclarecendo que “estas não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde nem tampouco incluídas no cadastro do CNES” (BRASIL, 2017 apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Em 2016 também foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, encaminhada pelo governo de Michel Temer, que congelou o teto de gastos públicos por 20 anos através da instituição do Novo Regime Fiscal, que implica diretamente no financiamento da saúde (BRASIL, 2016d).

No ano seguinte, em 2017, as normas do SUS foram organizadas em Portarias de Consolidação, a fim de sistematizá-las e foram separadas em seis grandes áreas temáticas. Nos atentaremos às Portarias de Consolidação de nº 3 (BRASIL, 2017), que diz sobre as redes do SUS e reafirma as Comunidades Terapêuticas como componente da Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS), e a de nº 6 (BRASIL, 2017b) que diz sobre o financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde e também incluem as Comunidades Terapêuticas.

Em dezembro de 2017 a resolução nº 32 que “Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2017c) e a Portaria nº 3588 (BRASIL, 2017d) que alterou as Portarias de Consolidação 3 e 6, aumentaram o valor de diária de internações em hospitais psiquiátricos, fortaleceram a parceria intersetorial em relação às Comunidades Terapêuticas, reinseriram ainda o Hospital Psiquiátrico como parte da RAPS, criou o CAPS de tipologia IV e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) dos tipos 1, 2 e 3, quando há uma descaracterização do caráter antimanicomial da política, como aponta Oka e Costa (2022, p. 15):

(...) o destaque dado a essas duas instituições (CTs e HPs) como pontos-chave de atenção à saúde na RAPS intensifica o processo de reinstitucionalização das lógicas hospitalocêntrica e asilar-manicomial. Inclusive, não há mais serviços substitutivos, afinal, o serviço ao qual substituíam foi reinserido na rede.

Em resposta à Resolução nº 32, o Conselho Regional de Psicologia denuncia, através de uma nota de repúdio, a falta de participação dos órgãos de controle social das políticas públicas de saúde nesta decisão e relembra que o presidente do CNS e o presidente de honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) tiveram seus pedidos de fala negados nesta ocasião. A mesma nota aponta que também não foram considerados os movimentos sociais de trabalhadores, usuários e familiares da saúde mental na construção dessa nova política e que também indica um rompimento com o compromisso do cuidado descentralizante através do retorno aos atendimentos ambulatoriais reduzidos a nichos profissionais e não integrados com outros saberes (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP, 2019).

Já em resposta à Portaria nº 3.588, o Conselho Nacional de Saúde publicou uma recomendação de revogação da mesma, justificando que ela desrespeita as leis nº 8.142 e nº 10.216 e foi publicada sem consulta ou debate com a sociedade e com o próprio CNS (CRUZ, GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Ao final de 2017 instalou-se a Portaria nº 2.992 que encerrou o financiamento do Ministério da Saúde para fins específicos e realocou todo o orçamento nos chamados “Bloco

de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde” e “Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde” (BRASIL, 2017) permitindo aos gestores locais alocarem as verbas conforme considerarem mais conveniente. Portanto, a título de exemplo, os recursos que obrigatoriamente eram destinados à serviços de base comunitária poderiam ser transferidos para hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas. Até mesmo os recursos destinados à saúde mental poderiam ser realocados em outras áreas da saúde, ou seja, as mudanças apontam uma ameaça considerável do desfinanciamento de serviços como os CAPS (CRUZ, GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Em 2018 também tivemos uma série de portarias e uma resolução impostas que contrariam os preceitos da Reforma Psiquiátrica e representam mais retrocessos em relação às conquistas que tínhamos nas políticas desinstitucionalizantes. A portaria nº 544 discute as diretrizes do cadastro do CAPS AD tipo IV e as eMAESM no CNES e propõe incentivo financeiro para instituições em que a taxa de ocupação dos leitos seja acima de 80%, ou seja, pode incentivar demasiadamente as indicações para internação (OKA; COSTA, 2022)

Segundo Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) e Lira (2022), essa “nova” tipologia do CAPS fortalece e subsidia o modelo hospitalocêntrico e asilar, descaracteriza um serviço já existente, como o CAPS III, desconsidera o trabalho do Consultório de Rua - que atua no território com base na política de redução de danos -, podendo servir como porta de entrada para internações compulsórias em comunidades terapêuticas, se convertendo em um serviço assistencial à urgências e emergências e não se apoia nos projetos terapêuticos individualizados e de base comunitária.

Lira (2022) questiona o objetivo da criação deste “novo” serviço, neste contexto de retrocessos, já que sua finalidade não é atuar de maneira articulada com os outros dispositivos da rede no cuidado a usuários de álcool e outras drogas e acaba por desconsiderar os outros dispositivos já existentes, sendo que estes já executam a função de cuidado no território. O documento do Desinstitute (2021), citado por Lira (2022) ressalta que há uma demanda de aprimoramento dos serviços já existentes, desconsidera a necessidade da criação do CAPS IV e pondera se este serviço seria uma espécie de mediação das internações em instituições asilares.

Já em relação às eMAESM, Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) consideram que essas equipes remetem ao modelo de tratamento psiquiátrico ambulatorial, não possuem estrutura

própria e sequer parâmetros populacionais de referência para cobertura, além de terem baixa resolutividade. Em contraponto, os autores discutem que um CAPS I em municípios de até 70 mil habitantes, com estrutura própria e funcionando diariamente com 9 profissionais recebe menos de 30 mil reais enquanto as eMAESM vêm com um orçamento previsto de 12 a 30 mil reais (BRASIL, 2002; 2011 apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Outra portaria colocada em prática em 2018, foi a de nº 2.434 que aumenta o financiamento das diárias de internações hospitalares que se estendem por mais de 90 dias, ou seja, favorece a institucionalização e ações hospitalares e/ou asilares, fazendo uma reversão do investimento nos serviços de base territorial e de ações extra hospitalares (BRASIL, 2018).

No final de janeiro de 2018 a Comissão Intergestores Tripartite publicou as resoluções de nº 35 e 36 sobre a devolução ou bloqueio de recursos destinados a unidades que não estavam apresentando faturamento corretamente. Esta resolução justificou a portaria nº 3.659 de 14 de novembro de 2018 que suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de CAPS por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Temos então um desfinanciamento dos serviços comunitários e aumento das verbas e repasses para os serviços asilares/hospitalares, tendo sido “o ano com maior gasto em reais dispensado às Comunidades Terapêuticas” (CRUZ, GONÇALVES; DELGADO, 2020; DESINSTITUTE 2021). Oito dias depois publica-se a portaria nº 3.718 com uma lista de 1.164 dispositivos que compõem a RAPS, que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes (BRASIL, 2018b)

Cruz, Delgado e Gonçalves (2020) apontam que não foram verificadas as causas da falta de registros dos procedimentos antes de suspenderem a destinação de recursos desses dispositivos e que não significa que a ausência de faturamento seja sinônimo de ausência de serviços não prestados. Os autores ressaltam que desde 2012 a forma de registrar os faturamentos se alterou e muitos CAPS tiveram dificuldades de adaptação, já que tinham que contar com computadores de maior capacidade e um funcionário específico para realizar tal serviço.

E para finalizar as alterações legais no ano de 2018, houve ainda um desordenamento em relação à política sobre drogas, que se relaciona intrinsecamente com a política de saúde

mental, através da Resolução nº 1/2018 do Conselho Nacional de Política Sobre Drogas (CONAD) que propõe um “realinhamento” da política nacional sobre drogas, se posiciona contra a legalização das drogas, promove o tratamento pela abstinência, fortalece o tratamento em comunidades terapêuticas e altera os documentos legais de orientação da política nacional sobre drogas, atualiza o posicionamento do governo nos organismos internacionais e busca adequar as ações, projetos e programas com base nesta lógica (BRASIL, 2018c).

Constatando a ameaça em curso, organizações como Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) organizaram o “Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas” que descrevem a violação de direitos dentro dessas instituições e apontam o caráter asilar desses estabelecimentos; uso de internações involuntárias e compulsórias; práticas institucionais (violação à liberdade religiosa, “laborterapia” e internações sem prazo de término, entre outros aspectos); equipes de trabalho; cotidiano e práticas de uso de força; internação de adolescentes; os chamados “novos usos” para as comunidades terapêuticas; infraestrutura; controle e fiscalização; assim como a origem dos recursos para o financiamento (CFP; MNPCT; MPF, 2018).

Portanto, ao sincronizar as decisões da CNS, o PNS e analisar o que foi imposto pelas portarias divulgadas, há um desrespeito à lei 10.216/2001. A inversão de gastos hospitalares para gastos extra hospitalares que se deu entre 2005 e 2013 é deslocada através dessas normativas em 2017, revelando o caráter contraditório das políticas sociais. As portarias contribuem para o desmonte do SUS e a valorização de um projeto privatista manicomial, evidenciando-se um processo contrarreformista em curso, como argumenta Lira (2022, p. 157)

Aquilo que se dedica a retirar investimentos do Fundo Público para alocar em serviços privados ganha centralidade e faz parte do ideal que se tem para a política. Os segmentos conservadores criam sua seara e conseguem dissipar o seu projeto de poder por meio das normativas, do financiamento, do saber e dos discursos que se direcionam ao caminho de enxugamento de acesso ao serviço antimanicomial.

A tabela abaixo intenta sintetizar as principais discussões da 15ª CNS e analisar o que foi proposto legalmente no período compreendido entre 2015 e 2018: As propostas do 4º PNS foram verificadas anteriormente, na tabela acima.

Tabela 7 - Tentativa de comparação das propostas das Conferências, incidência nos Planos Nacionais de Saúde e alterações legais no período correlato ao PNS 2016 - 2019

Tentativa de comparação das propostas das Conferências e incidência nos Planos Nacionais de Saúde e alterações legais no período correlato ao Plano		
Síntese das discussões da 15ª CNS (2015)	Metas do 4º PNS (2016-2019)	Alterações legais
Propostas relacionadas à garantia do acesso aos usuários de saúde mental pela viabilização do Passe Livre; Implantação e fortalecimento dos PTS; estímulo à organização das PICs; garantia o fortalecimento da RAPS e seus dispositivos; efetivação da PNH; eliminação do encaminhamento para hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas; garantia do financiamento da AB, NASF, etc; pautamento das políticas sobre drogas na lógica de redução de danos.	Sintetizadas na tabela da página 71. De nove metas, apenas uma foi cumprida.	2015: nomeação de Valencius para a coordenação geral de saúde mental 2016: impeachment da presidente Dilma; Portaria nº 1482; Emenda Constitucional 95; 2017: Portaria de Consolidação nº 3 e nº 6; Resolução nº 32, Portarias nº 3588 e nº 3992; 2018: Portarias nº 544, nº 2434; nº 3659 nº 3718; Resoluções nº 35 e 36 da CIT; Resolução nº 1 (CONAD)

Fonte: BRASIL, 2016; BRASIL, 2016d. Legislação brasileira.

As propostas elencadas nas metas do 4ª PNS estão em consonância ao que foi discutido na 15ª CNS. São nove metas que tem conteúdos mais palpáveis do que as construídas nos planos anteriores, que priorizam a implantação de dispositivos de CAPS, Consultórios na Rua, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos de saúde mental em hospital geral e concessão de benefícios do PVC. Houve avanços na construção de dispositivos, porém apenas uma das metas foi cumprida, quantitativamente, no período.

Contudo, a conjuntura marcada pela nomeação de Valencius para a coordenadoria geral de saúde mental e pelo impeachment da presidente Dilma Rousseff limpavam ainda mais o caminho para que políticas neoliberais prosperassem. Em 2017 uma série de medidas

foram tomadas na contramão de todo o avanço que havia sido conquistado até então em relação às políticas de saúde e de saúde mental, ignorando ou menosprezando ainda mais as Conferências e os Planos de Saúde. As Comunidades Terapêuticas e os Hospitais Psiquiátricos ganharam muita força, os custeios de saúde e da rede de cuidados extra hospitalares foram ameaçados e a política sobre drogas foi desordenada. Nenhuma alteração legal neste período esteve em acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, ou com as Conferências e Planos, pelo contrário, desconfigurou a RAPS totalmente.

2.20 16ª Conferência Nacional de Saúde

A 16ª Conferência Nacional de Saúde foi chamada de (8ª+8) com o intuito de resgatar os princípios da 8ª CNS (1986) que originou as bases para a construção do SUS. Foi realizada em Brasília em 2019, quatro anos após a realização da CNS anterior.

O relatório inicia-se com uma síntese sobre a forma como foram realizadas as etapas municipais e estaduais. Estas foram subsidiadas por um documento orientador disponibilizado pela comissão do evento e contou com a participação direta e indireta de mais de 1 milhão de pessoas em mais de 4600 conferências.

É o relatório mais completo e complexo até então e contou com uma pesquisa sobre o perfil dos participantes: a relação de participantes por região e por cidade em que foram realizadas cada conferência, idade, profissão, renda, sexo, orientação sexual, etc. Houve também uma seção dedicada à exposição de aspectos subjetivos em relação ao sentimento dos usuários, trabalhadores e gestores por estarem participando da 16ª CNS, através da descrição de seus discursos (BRASIL, 2019).

Esta CNS foi presidida pela realização de várias conferências livres e organizadas por diversas entidades, organizações, conselhos de profissões, conferências municipais de saúde específicas como saúde mental, saúde bucal, etc. Ao final do relatório há um guia de acessibilidade por QR code, que também foi uma inovação desta CNS.

As diretrizes e propostas giraram em torno de quatro eixos:

Quadro 14 - Temas debatidos na 16ª Conferência Nacional de Saúde

Eixo Transversal: Saúde e Democracia
Eixo I – Saúde como Direito
Eixo II – Consolidação dos Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)
Eixo III – Financiamento adequado e suficiente para o Sistema Único de Saúde (SUS)

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2019.

Neste relatório houve um diferencial, que foi uma seção dedicada às Diretrizes e Propostas Destacadas Para O Plano Plurianual (PPA) 2020-2023, para já estarem contidas automaticamente no plano, como consta na resolução nº 568/2017 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2019, p. 369):

Art. 4º. As deliberações aprovadas na Etapa Nacional da 16ª CNS (8ª+8) deverão subsidiar a estruturação da proposta do Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual de 2020-2023

Ao final do relatório foram destacadas 56 moções que marcaram o posicionamento do evento. Além disso, o regimento da 16ª Conferência acrescentou “Atividades Preparatórias”, de caráter formativo e sem caráter deliberativo, para anteceder as etapas Municipal, Estadual/Distrito Federal e Nacional, que são

(...) Plenárias Populares, com a participação de conselheiras e conselheiros municipais, estaduais e nacionais, entidades e movimentos sociais, populares e 4 sindicais, Conferências livres, compreendidas como os Debates, Encontros e Plenárias para promover a participação nas etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e Nacional (BRASIL, 2019, p. 375).

Há o registro do discurso de abertura de Fernando Pigatto, eleito presidente pela segunda CNS seguida. Ele relembra as conquistas desde a 8ª CNS como a aprovação do SUS na Constituição Federal de 88; a reconstrução do CNS com participação da sociedade civil; a aprovação das leis nº 8.080 e nº 8.142; a política de sangue sob o domínio do estado; a reforma psiquiátrica a fim de inverter o investimento em hospitais psiquiátricos para uma

rede de base comunitária e substitutiva como a criação dos CAPS, a lei de medicamentos genéricos, entre outras (BRASIL, 2019).

Também registra-se a “Conferência Magna: democracia e saúde” que debateu, em três mesas, os temas: “Saúde como direito”, “Consolidação dos princípios do SUS” e “Financiamento adequado e suficiente para o SUS” e iniciaram cada uma com discursos que reafirmam o compromisso do SUS com os trabalhadores, a defesa do SUS como uma política de Estado e não de governo e a não entrega do sistema de saúde para empresas privadas. Também exigiram que o relatório final da 16ª CNS fosse referência para o próximo PNS. (BRASIL, 2019).

Os ex-ministros da saúde, em carta publicada no relatório final (BRASIL, 2019), reconhecem os avanços

na atenção primária como a ESF, a Política Nacional de Imunização (PNI), a redução expressiva da mortalidade infantil, além de avanços na Vigilância Epidemiológica e Sanitária, na política de Assistência Farmacêutica, de transplantes de órgãos, no SAMU, na política de Aids/Hepatites, na Reforma Psiquiátrica, no combate ao uso de tabaco, na política do sangue, entre outras políticas públicas exitosas.

Houve uma seção dedicada à Tribuna Livre, uma inovação incorporada a 16ª CNS a fim de garantir a escuta, diálogo e exercício de democracia participativa, que consiste numa sessão não deliberativa, de livres manifestações das delegadas, delegados, convidadas, convidados, participantes por credenciamento livre e outros participantes nas atividades não deliberativas, com direito à voz e resultou

em aprendizado, trocas de saberes e vivências estratégicas para qualificação da capacidade propositiva dos que constroem a militância em defesa do SUS. Cada participante em sua singularidade contribuiu e enriqueceu com o momento (BRASIL, 2019, p. 88).

Além da Tribuna Livre, aconteceram também atividades na Tenda de Educação Popular em Saúde, denominada de “SUS em cena” e no Espaço de Cuidados denominado “Neide Rodrigues”, contando com atividades autogestionadas, organizadas pelas mais diversas organizações participantes.

As proposições relacionadas à participação social se referem à garantia de condições de funcionamento e fortalecimento do CNS como órgão deliberativo de fiscalização, com autonomia e independência política de gestão, o fortalecimento das estruturas dos conselhos a fim de aprimorar o controle social e o processo de planejamento e gestão participativos e a

garantia de realização da CNSM nas três esferas de governo. Também exigem a efetivação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde nas instâncias de controle social, movimentos sociais e lideranças comunitárias e a revogação do Decreto Federal nº 9759/2019 que extingue e estabelece limites para colegiados da administração pública (BRASIL, 2019).

O referido decreto revoga o decreto nº 8.243/2014 (BRASIL, 2014), já citado anteriormente, que se refere à instituição da Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS). Como mencionado, seu objetivo era de

fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil ou seja, introduziu a participação social como direito, empenhou-se em equilibrar os mecanismos de democracia representativa e direta, cidadania ativa, transparência e controle social na formulação e fiscalização das políticas públicas (BRASIL, 2019h, p. 2)

Deste modo, a representatividade popular se fragiliza, já que

parece sobressair uma aparente intenção governamental de se diminuir ou dificultar a participação popular direta nas discussões e deliberações que geram a atuação estatal, o que seria criticável logo de início e por definição (...) Além disso, o governo intenciona estabelecer uma exclusividade do exercício da democracia via representatividade formal pelo Poder Legislativo (BRASIL, 2019h, p. 2)

Portanto, a nota técnica nº 2/2019 da ASSREV conclui que com a extinção dos colegiados de participação social no exato momento que o governo vai elaborar no Plano Plurianual 2020-2021 e o Plano Nacional de Saúde, possivelmente haverá uma diminuição da participação social nas fases de formulação, um afastamento da realidade a ser enfrentada e as metas e indicadores adotados serão cada vez mais subjetivos na elaboração do PPA e do orçamento. Os formuladores de políticas públicas que não intentam expressar definições específicas se utilizam deste artifício de preferir termos genéricos para manter abertas as escolhas orçamentárias, ou seja, formulam orçamentos mais “flexíveis” para que os gestores se disponham de uma margem maior na hora de decidir onde alocar os recursos públicos e encaixar suas intenções nestes termos genéricos (o caso das emendas parlamentares, por exemplo). Daí a importância do incentivo para a consolidação destes espaços de participação e não o contrário (BRASIL, 2019h).

As proposições relacionadas à saúde mental se relacionam ao fortalecimento da RAPS e da Atenção Básica, a implantação de novos CAPS, privilegiando o cuidado integral e intersetorial das pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas,

pautadas pela política de redução de danos e de caráter não asilar, priorizando tratamento em dispositivos de meio aberto, direcionamento da totalidade dos recursos do SUS para a saúde mental na rede de atenção psicossocial, se posiciona contra a política de internações de longa permanência, e pedem a revogação da Nota Técnica nº 11/2019 e do Decreto nº 9.761/2019, que vão contra a Lei 10216. Estas serão detalhadas mais adiante.

Em seguida, são apresentadas as moções e destacamos especialmente esta que resgata a urgente necessidade da convocação da 5º CNSM, que não acontece há 11 anos, sob a justificativa de resistir “aos retrocessos da “nova política de saúde mental”, que vai contra os avanços da Reforma psiquiátrica.

Este relatório foi aprovado em tempo recorde porque foi utilizado o novo sistema de informação e de votação eletrônica, o Sisconferência. E então há uma seção inédita neste relatório que, já que

A Recomendação do CNS nº 41, de 13 de setembro de 2019, materializou, pela primeira vez, a competência legal de uma Conferência de incidir sobre o PPA no quadriênio subsequente e representa uma iniciativa que fortalece o controle social e o caráter deliberativo e democrático que a Constituição Brasileira define às políticas públicas e aos órgãos do Estado (BRASIL, 2019)

A diretriz e proposta destacada para o Plano Plurianual (PPA 2020-2023) relacionada à saúde mental tem conformidade ao que foi debatido na CNS, e se refere ao fortalecimento e ampliação da RAPS e das unidades de CAPS (I, II, III 24h, CAPSi, CAPSad), Centros de Convivência, Consultórios de Rua, UAA, e UAI, garantia de equipes multiprofissionais, estruturas físicas e equipamentos adequados, atenção qualificada aos usuários na Estratégia de Saúde da Família (ESF) com atuação integrada aos CAPS e o desenvolvimento de ações que visem a reinserção social. Apesar disso, as metas escolhidas ainda são subjetivas e há dificuldades para fazer uma avaliação completa, em relação à integralidade das políticas públicas em saúde mental, conforme apontou a nota técnica nº 2/2019 da ASSREV (BRASIL, 2019h).

Houve também uma inovação em relação a eleição dos delegados para a conferência, a fim de aprimorar a participação social. Ela será composta por duas vias: a via ascendente e a via horizontal. A eleição por via ascendente é regida pelos processos eleitorais tradicionais das Conferências de Saúde (escolhida entre os participantes municipais e depois pelos participantes estaduais nas respectivas etapas). Por esta via serão eleitos, no mínimo, 70% do

número total de delegados. Já a eleição pela via horizontal, uma parcela de no máximo 30% da delegação estadual poderá ser eleita entre os representantes das entidades e movimentos sociais que, comprovadamente, atuaram na organização, mobilização social e nos debates públicos das atividades preparatórias para a 16ª CNS (BRASIL, 2019).

Dahl (1997), citado por Moreira e Escorel (2009, p. 796), defende que ao partir de um regime em que o Estado e o poder decisório são controlados por uma hegemonia fechada, existem três caminhos a serem buscados:

(i) o da ampliação das possibilidades de participação de novos atores (inclusividade) em um cenário no qual as instituições que a viabilizariam não existem ou não são legitimadas pelos governantes, transformando o regime em uma hegemonia inclusiva, em que novos atores participam do processo decisório, mas detêm pouco poder; (ii) o da consolidação e da ampliação das instituições que viabilizam a participação e a contestação pública (liberalização) em um cenário de inclusividade restrita, o que gera uma oligarquia competitiva, na qual as instituições viabilizam a expressão das contradições intestinas das oligarquias que controlam o Estado e o poder decisório e (iii) o da ampliação mais ou menos concomitante da inclusividade e da liberalização, em que novos atores podem participar efetivamente do processo decisório porque há instituições autônomas e organizadas que funcionam bem, independentemente de quem ocupa o governo.

Até o ano de 2011 as Conferências Nacionais de Saúde estavam no caminho ii de Dahl, e depois disso, passou a caminhar no i. Portanto, inovações em relação ao aumento da participação social ou mudança na forma de eleição dos conselheiros para as CNS podem não representar muita coisa, porque por outro lado há tentativas de obstrução do governo, por exemplo, pelo decreto nº 9759/2019 que objetivou restringir esta participação.

Entre as alterações legais no ano de 2019, num período em que houve a nomeação de Quirino Cordeiro Júnior para coordenação geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde - seguidor da psiquiatria tradicional -, encontramos a Nota Técnica nº 11/2019 do CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019b); os decretos nº 9.759 (BRASIL, 2019c), nº 9.761 (BRASIL, 2019d) e nº 9.926 (BRASIL, 2019e); a lei nº 13.840 (BRASIL, 2019f); a portaria nº 2.979 (BRASIL, 2019g) que serão descritas a seguir.

Em 2019, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas publicou a Nota Técnica 11/2019, intitulada “Nova Reforma”. Notas técnicas são informações emitidas quando há a necessidade de fundamentação formal sobre a área responsável pela matéria e oferece alternativas para a tomada de decisão. A referida Nota Técnica reforça a Resolução nº 32/2017 e a Portaria nº 3.588/2017 supracitadas, incluindo as Unidades Ambulatoriais Especializadas, as Comunidades Terapêuticas e o Hospital Psiquiátrico como partes da RAPS, serviços que não são extra-hospitais e ainda afirmam que “não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum serviço substitui outro” (2019b, p.4), contrariando o âmago da lei 10.216 e retrocedendo os avanços já conquistados e as discussões e decisões debatidas nas conferências.

Esta nota também afirma que o Ministério da Saúde vai voltar a incentivar, inclusive financeiramente a abertura e fortalecimento de tais serviços (2019b) e que a “desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (2019b, p.4) e autorizam ainda a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes e as SRTs a abrigarem não apenas os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos mas outros pacientes com transtornos mentais, descaracterizando o serviço totalmente.

Lira (2022) afirma que esta nota é um movimento de contrarreforma psiquiátrica e retrocede em mais de 30 anos as conquistas da Reforma Psiquiátrica e retoma o modelo manicomial de oferta de saúde, além de ressaltar que ela nega que

os transtornos considerados comuns na psiquiatria, e aqueles que têm crescido em incidência são, na verdade, parte de um mal-estar social, reflexo, das políticas de austeridade, da falta de oportunidades de trabalho, da baixa qualidade de vida, das múltiplas intolerâncias e violências, e, inclusive, traumas associados a acidentes que poderiam ser evitados (Lira, 2022, p. 13)

Costa, Maior e Silva (2020) citados por Lira (2022) também concordam em afirmar que o objetivo desta nota é a remanicomialização em maior velocidade do que as mudanças que já haviam sendo feitas há alguns anos e indicam que esta é uma medida neoconservadora do presidente Jair Bolsonaro, que beneficia o privado em detrimento do público e “revela a brutalidade do capital em criar possibilidades desumanizantes” (LIRA, 2022, p. 93).

Em 2019 também há a publicação do decreto nº 9.761 intitulado “Política Nacional Sobre Drogas”, que busca instaurar uma “nova” política sobre drogas, proibindo o uso de drogas lícitas e ilícitas e pautando o tratamento na abstinência e fortalecendo as Comunidades Terapêuticas, desconsiderando a política de redução de danos e os serviços substitutivos como os CAPS (BRASIL, 2019d).

E com apoio do decreto nº 9.926, o governo de Bolsonaro institui o Conselho Nacional de Política sobre Drogas que extinguiu a participação da sociedade civil no CONAD. Esta perda foi mais um retrocesso no campo da saúde mental, álcool e outras drogas que demarca o caráter antidemocrático do governo e que pretende dar mais visibilidade às pautas conservadoras que compactuam com a política repressora (LIRA, 2022).

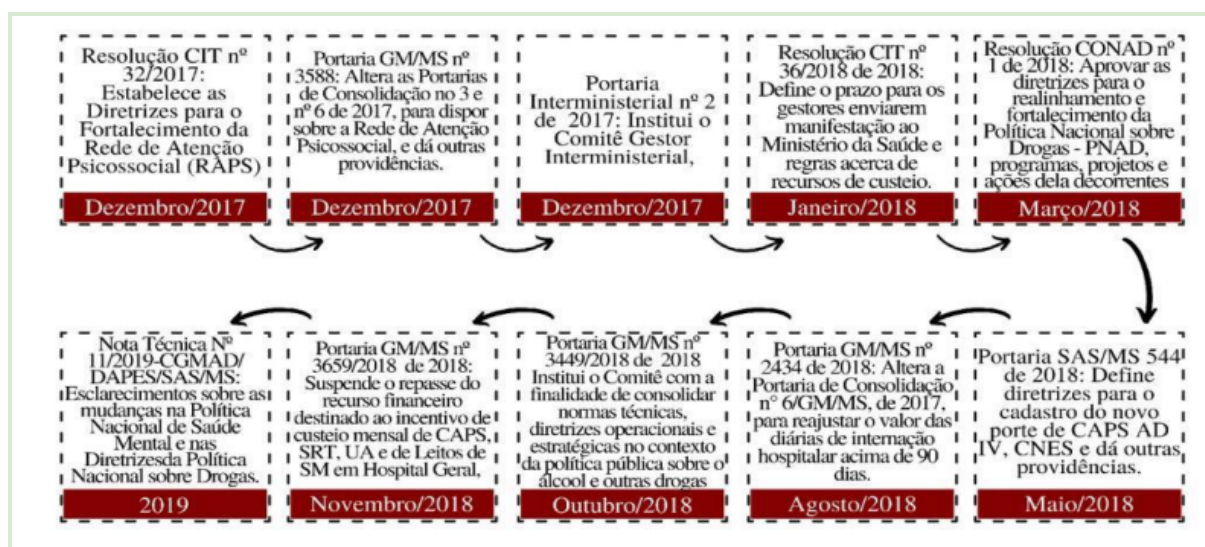
Houve ainda a portaria nº 2.979/2019 que propôs que o gestor local é que determinaria, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a destinação dos recursos (BRASIL, 2019g). É uma consequência negativa para a Atenção Primária já que o gestor não seria estimulado a investir nos NASF e Consultórios de Rua, dispositivos fundamentais na atuação em saúde mental.

Em 2019 é criada a lei nº 13.840 intitulada “Nova Lei de Drogas” que alterou dezessete leis, instituídas entre 1943 a 2006 e dispôs o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento destas políticas (BRASIL, 2019f). Ela autoriza e reforça as internações compulsórias involuntárias caso haja um pedido da família ou do médico e trata as drogas como “males” em si, dispensando uma análise crítica e realista em relação ao uso de drogas e não faz uma interpretação sistêmica da relação pessoa-substância (PRUDENCIO; SENNA, 2018 apud OKA; COSTA, 2022).

Esse conjunto de alterações, iniciado em 2016 e que teve maior ênfase entre 2017 e 2019 passaram a ser chamadas de “Nova Política de Saúde Mental”, e os recursos que poderiam ser empregados em serviços territoriais são destinados para serviços asilares manicomiais, desconsiderando novamente todo o debate construído pela Luta Antimanicomial em relação aos hospitais psiquiátricos (LIRA, 2022) e suas problemáticas de violência como mostra o último relatório de inspeção dos hospitais psiquiátricos divulgado (CFP, 2019, apud LIRA, 2022).

Dentre as propostas da 16ª Conferência Nacional de Saúde, duas delas se referem à revogação da Nota Técnica nº 11/2019 e três delas se referem à revogação do Decreto 9.761/2019 (BRASIL, 2019). Lira (2022) citando Coutinho (2010) ressalta que a partir do neoliberalismo, a contrarreforma se transformou em uma disputa ideológica e o que é chamado de “reforma” na verdade, são discursos falaciosos e caçam aos direitos da classe trabalhadora. A autora ressalta que os caminhos, decretos, leis, normativas e desfinanciamentos são caminhos para dar vida à contrarreforma e materializar o sucateamento dos serviços públicos. Ela apresenta um esquema com as principais alterações em relação à nova política de saúde mental, de 2017 a 2019:

Figura 4 - Linha do tempo com as principais alterações na política de saúde mental brasileira de 2017 a 2019



Fonte: LIRA, 2022.

Para dar sequência às alterações legais, no ano seguinte também foram observadas outras alterações que influenciaram a política de saúde mental. Em 2020, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)², juntamente com a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Federação Nacional de Médicos (FENAM) e a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp) publicaram as “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil” como uma proposta para os níveis de atenção

² A ABP é uma organização do campo conservador que vem apresentando contribuições para a manutenção do saber hegemônico da psiquiatria, defende a possibilidade de humanização dos manicômios e se posiciona nitidamente contra a perspectiva antimanicomial por meio de notas e entrevistas. Portanto, é um dos maiores alicerces que apoiam a Contrarreforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995, citado por LIRA, 2022)

à saúde primário, secundário e terciário, nos programas de proteção social e nos programas específicos de saúde mental (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRA, 2020).

Este documento afirma que é coerente com a lei 10.216, ou seja, segue uma lógica antimanicomial, contudo, no decorrer da leitura pode-se perceber que há orientações manicomiais, como por exemplo que os SRTs abriguem pacientes que não estiveram internados em hospitais psiquiátricos, descaracterizando a prática de desinstitucionalização da SRT enquanto autoriza a institucionalização de outros pacientes. Consta também no documento, a defesa da criação de um serviço voltado para o abrigo transitório de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e a recomendação de inclusão da eletroconvulsoterapia (ECT) nas listas de procedimentos do SUS, porém essa é uma “prática médica cujo uso não possui congruência na comunidade científica e que, historicamente, foi vinculado práticas de tortura indiscriminadas” (LUSSI et al (2020) apud OKA; COSTA, 2022, p. 17).

As propostas trazidas pelo documento são colocadas como a melhor opção para o tratamento em saúde mental na atualidade, contudo a ABP, desde a década de 80 se distanciou do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e está alinhada às práticas manicomiais e ao cuidado pela lógica biologicista e de medicalização à vida (AMARANTE, 2007, apud LIRA, 2022). Além das práticas de desfinanciamento e desvalorização dos serviços, a autora também demonstra que o objetivo da contrarreforma incorre em todas as bases e disfarça-se de neutralidade.

Além da publicação das Diretrizes da ABP, ao apurar as alterações legais no ano de 2020, encontramos as portarias nº 69 (BRASIL, 2020), nº 1.325 (BRASIL, 2020b) e nº 340 (BRASIL, 2020c) e a Resolução nº 3 do CONAD (BRASIL, 2020d) que vamos descrever adiante. Relembramos que foi o ano em que a pandemia do COVID-19 se alastrou no Brasil em maior velocidade devido às práticas negacionistas e do desmonte das políticas públicas sob direção do então presidente Jair Bolsonaro.

A portaria de nº 1.325 extinguiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Este serviço era parte de um conjunto de políticas públicas relacionadas à saúde mental e se alinhava à lei 10.216/2001 pois buscava a realização de um tratamento

integral em saúde mental e sem discriminação à pessoa em conflito com a lei que assim necessitasse (BRASIL, 2020b).

A portaria nº 69, no âmbito da assistência social, também feriu a lei 10.216 e violou os direitos da população em situação de rua - a população em maior situação de vulnerabilidade na pandemia - ao orientar que o tratamento a essas pessoas seja articulado às Comunidades Terapêuticas, permitindo o isolamento das mesmas nestes locais e que além do mais, estão abertos ao lobby religioso (LIRA, 2022).

A portaria de nº 340 que estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2020) também reforça as práticas segregadoras e higienistas, além de permitir o funcionamento desses espaços durante a pandemia e privar as pessoas de visitas, demonstrando com mais rigidez o movimento de contrarreforma e agravando ainda mais o momento de crise sanitária da conjuntura (LIRA, 2022).

Também tivemos em 2020 a publicação da Resolução CONAD nº 3/2020 (BRASIL, 2020d) que regulamentou o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. O Conselho Federal de Psicologia manifestou-se contrariamente à decisão ressaltando que a internação de crianças e adolescentes é constitucionalmente proibida porque viola a lei federal 10.216 e reitera que essa decisão não teve a participação social e sequer do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2020).

2.21 5º Plano Nacional de Saúde 2020-2023

Em 2017, na Portaria de Consolidação (artigo 94) do Ministério da Saúde, definiram-se as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, a vigência de quatro anos e os elementos que devem compor o PNS: a) a análise situacional de saúde; b) os objetivos, metas e indicadores; c) o processo de monitoramento e avaliação. Portanto, o documento defende que essas alterações ampliaram a estrutura do planejamento, aplicando conceitos do Planejamento Estratégico (BRASIL, 2020e).

Esta mudança de metodologia proposta pelo Ministério da Economia produziu um PNS com apenas 7 objetivos finalísticos, com as respectivas metas e indicadores, sob a justificativa de fortalecer o monitoramento e avaliação da atuação do Ministério.

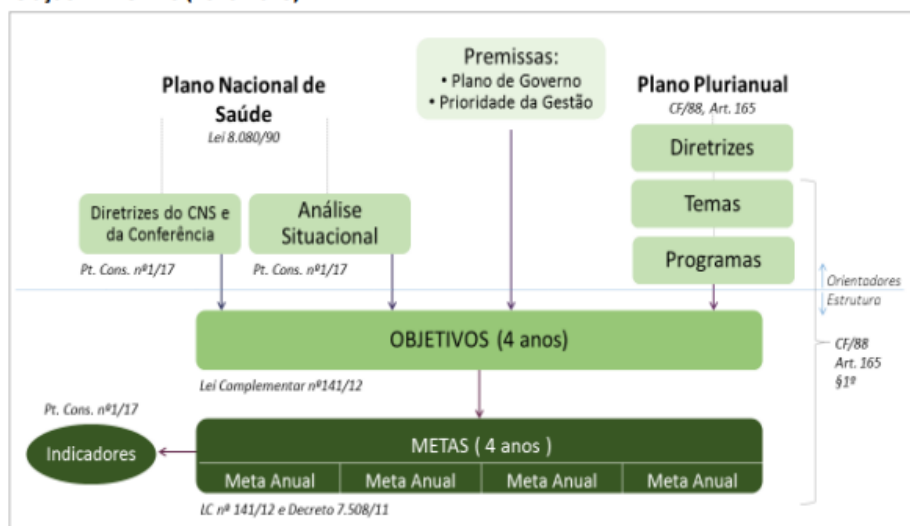
A fim de convergir os instrumentos de planejamento, foram estabelecidos os mesmos objetivos para o PPA 2020-2023 e para o PNS 2020-2023, conforme mostram as imagens abaixo.

Figura 5 - A relação do PNS com o PPA

1.2. Relação com o PPA

Em atendimento à Constituição Federal de 1988, o PNS 2020-2023 foi elaborado em consonância com Plano Plurianual 2020-2023 e possui compatibilidade quanto à vigência e aos objetivos definidos. A figura abaixo demonstra a relação entre os instrumentos.

Figura 1.2. Relação PPA e PNS (2020-2023).



Fonte: CGPL/SPO/SE/MS.

Fonte: BRASIL, 2020e.

Figura 6 - A relação do PNS com o PPA

Figura 1.4. Elementos do Plano Plurianual 2020-2023 e do Plano Nacional de Saúde.



Fonte: CGPL/SPO/SE/MS.

Fonte: BRASIL, 2020e.

Os objetivos priorizados neste PNS são:

Quadro 15 - Objetivos do PNS 2020 - 2023

1. Promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada.
2. Promover a ampliação da oferta de serviços de atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais.
3. Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle.
4. Fomentar a produção do conhecimento científico, promovendo o acesso da população às tecnologias em saúde de forma equitativa, igualitária, progressiva e sustentável.

5. Promover ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos, com qualidade, segurança e eficácia, em tempo oportuno, promovendo seu uso racional.
--

6. Fortalecer a proteção, promoção e recuperação da Saúde Indígena.

7. Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade.
--

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2020e.

Para a elaboração do Plano, levou-se em conta o planejamento anterior e o desempenho obtido em relação ao planejamento e à execução. Além disso, foram realizadas diversas oficinas e reuniões com os responsáveis a fim de uniformizar conceitos e a metodologia na elaboração das metas e indicadores e se basearam, entre outros elementos, nas Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, da 16ª Conferência Nacional de Saúde e a Análise Situacional.

A diretriz do Conselho Nacional de Saúde selecionada, que se refere diretamente à saúde mental se relaciona apenas ao uso de crack, álcool e outras drogas, com ênfase nas ações de prevenção e promoção e no fortalecimento e manutenção dos serviços da rede e de leitos integrais em hospitais gerais (BRASIL, 2020e).

A diretriz da Conferência Nacional de Saúde reitera a necessidade de respeitar os princípios do SUS, a Lei Federal nº 10.216/2001, a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), regionais e integrais, incluindo atenção psicossocial nos espaços comunitários e abertos, de forma humanizada (BRASIL, 2020e).

Em seguida foi feita uma análise situacional considerando a estrutura do sistema de saúde, o panorama demográfico (taxas de fecundidade, distribuição etária da população, expectativa de vida), morbidade e mortalidade (doenças transmissíveis, crônicas não transmissíveis, causas externas e doenças e agravos relacionados ao trabalho), determinantes e condicionantes de saúde, acesso a ações e serviços de saúde, saúde nos ciclos da vida, **saúde mental**, atenção à pessoa com deficiência, atenção à saúde da população indígena, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, vigilância sanitária, gestão em saúde,

complexo industrial produtivo e de ciência, tecnologia e inovação da saúde e por ultimo, saúde suplementar.

No quarto capítulo são apresentados os indicadores para acompanhamento da Política Nacional de Saúde. No quinto são apresentados os objetivos, metas e projetos para os próximos quatro anos, alinhados com o Plano Plurianual 2020-2023. As metas escolhidas como indicadores, que se relacionam à saúde mental, estão sintetizadas na tabela abaixo:

Tabela 8 - Metas e previsões do PNS 2020 - 2023

Metas	Índice de referência	Previsão para 2023
Alcançar 185 Equipes de Consultório na Rua (eCnR) implantadas	154	185
Implantar serviço de atendimento psicossocial extra-hospitalar para o manejo de situações agudas em 14 capitais (indicador: Número de capitais com serviços de atendimento psicossocial extra-hospitalar implantados para o manejo de situações agudas)	0	14
Reduzir para 26 dias o tempo médio de internação psiquiátrica em instituições hospitalares (indicador: Tempo médio (em dias) de internação psiquiátrica)	45	26
Ampliar para 1,2% a proporção de atendimentos a dependentes de álcool no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (indicador: Percentual de atendimento a dependentes de álcool no CAPS)	0,60%	1,20%

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2020e.

Apesar dessa inovação dos indicadores e previsões, as metas colocadas não abarcam e não medem exatamente o que foi discutido nos planos anteriores, em relação à saúde mental. Neste PNS, da totalidade de dispositivos extra-hospitalares existentes, apenas os CAPS e Equipes de Consultório na Rua são priorizados. Não se fala mais na extinção de leitos psiquiátricos, mas na diminuição do tempo de internação dos pacientes, apesar de o relatório da 16ª CNS deixar claro o seu posicionamento contra as internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. O serviço de atendimento extra-hospitalar para o

manejo de situações agudas, citado no PNS, não foi discutido na 16ª CNS, tem fundamentos ambulatoriais e não territoriais. Conforme já debatido, as metas apresentadas para a saúde mental são metas subjetivas, insuficientes para medir a integralidade dessas políticas. Há que se considerar os outros serviços e outras variáveis. Por si só não refletem os objetivos principais da Reforma Psiquiátrica, ou seja, há pouco esforço em direção a seus princípios.

Em 2021 não tivemos alterações legais que se relacionam diretamente à saúde mental. Já em 2022, citamos a portaria nº 1.365 que autorizou a instalação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) com incentivo financeiro em algumas cidades (BRASIL, 2022) e a portaria nº 1.836, que veio para ampliar temporariamente o financiamento da atenção à saúde infantojuvenil nos transtornos de humor, ansiedade e depressão em decorrência dos impactos da COVID-19. Esta portaria fortalece e incentiva práticas ambulatoriais e hospitalares no atendimento de crianças e adolescentes e fortalece as eMAESM com incentivos financeiros, cuja intenção dessas equipes já foram discutidas anteriormente e que até o momento continuam sendo incentivadas pela lei. Esta portaria também autoriza que 50% da carga horária dos profissionais das equipes sejam contratados à distância, na modalidade de teleatendimento, podendo diminuir a qualidade dos mesmos e oferece subsídios para a informatização dos CAPSi (BRASIL, 2022b).

A tabela abaixo sintetiza as principais questões trazidas pela 16ª CNS e faz o comparativo entre as alterações legais no período. As metas propostas no 5º PNS foram sintetizadas na tabela anterior.

Tabela 9 - Correlação das propostas da 16ª Conferências e alterações legais no período do PNS 2020-2023

Correlação das propostas da 16ª Conferências e alterações legais no período		
Síntese dos debates da 16ª CNS (2019)	Metas do 5º PNS (2020-2023)	Alterações legais
As proposições se relacionam ao fortalecimento da RAPS e da Atenção Básica, a implantação de novos CAPS, privilegiando o cuidado integral e intersetorial, pautado na política de redução de danos e tendo um caráter não asilar, priorizando tratamento em dispositivos de meio aberto, direcionamento da totalidade dos recursos do SUS para a saúde mental na RAPS, se posiciona contra a política de internações de longa permanência, e pedem a revogação da Nota Técnica nº 11/2019 e do Decreto nº 9.761/2019, que vão contra a Lei 10216.	Sintetizadas na tabela da página 92 (acima). Contudo, como o prazo para o cumprimento das metas termina em 2023, até o momento da conclusão desta pesquisa não foi possível fazer a checagem.	2019: Nomeação de Quirino Cordeiro Junior para coordenação de saúde mental Nota técnica nº 11 Decretos nº 9761, nº 9759; nº 9926; Lei nº 13840, Portaria nº 2979 2020: Portarias nº 69, nº 1325, 340; Diretrizes da ABP; 2022: Resolução nº 3 do CONAD Portaria nº 1836

Elaboração própria. Fonte: BRASIL, 2019; BRASIL 2020e; Legislação Brasileira.

As discussões realizadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde reafirmam o que já foi discutido nas CNS anteriores em relação à saúde mental e reafirmam que as políticas públicas em saúde mental devem seguir os princípios da lei 10216. Além disso, pedem a revogação das leis e notas técnicas instituídas no período anterior que vão contra as práticas antimanicômias.

Em relação ao PNS deste período, apesar das atualizações em relação à participação social, as metas contidas na área de saúde mental são insuficientes e insatisfatórias para que haja um resgate do caminho em direção a desinstitucionalização e para a retomada do desenvolvimento antimanicomial observado até 2011.

As alterações legais continuaram na mesma direção contrarreformista do período anterior, favorecendo o financiamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, ameaçando a destinação dos recursos para a RAPS, descaracterizando as políticas de desinstitucionalização e desfavorecendo populações vulneráveis, como crianças, adolescentes

e a população em situação de rua na tentativa de conservar as práticas segregadoras e higienistas, ambulatoriais e hospitalocêntricas, através do sucateamento do SUS.

2.22 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (relatório em desenvolvimento)

A 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental seria realizada em novembro de 2022, doze anos após a realização da 4ª CNSM, porém foi adiada para maio de 2023 por falta de apoio financeiro do Ministério da Saúde. Este período representa mais um grande hiato sem haver discussões sobre a política de saúde mental em uma conferência específica da temática. Portanto, posteriormente a confecção dos Planos Nacionais de Saúde, apenas a 4ª CNSM foi realizada e só foi possível levar em consideração as diretrizes desta conferência temática na contraposição dos PNS.

A 5ª edição discutirá o tema “A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS” e sua realização é uma deliberação da 16ª CNS, visando combater o desmonte das políticas públicas de saúde mental, atenção psicossocial e de álcool e outras drogas.

CAPÍTULO 3 - ANÁLISE DA PESQUISA

O objetivo da pesquisa foi analisar como a participação social, por meio dos conselhos gestores e conferências, têm impactado no desenvolvimento das políticas públicas em saúde mental através dos Planos Nacionais de Saúde. Para tanto, buscamos nos relatórios das conferências e dos planos questões pertinentes à participação social e às políticas em saúde mental e tentamos relacioná-los e compará-los com o que estava sendo proposto e construído legalmente no período correlato.

Entendemos que concluímos o objetivo da pesquisa, apesar de dificuldades encontradas na compreensão dos relatórios, visto que não são padronizados e cada um tem um estilo de categorização e apresentação das propostas. Outra dificuldade foi analisar e filtrar a quantidade numerosa de propostas, já que algumas possuem conteúdos bastante parecidos.

Até a realização da 8ª CNS e da 1ª CNSM havia uma ideia de controle social, com uma participação mais efetiva, que trouxe grandes conquistas, como a Constituição de 88. O relatório da 1ª CNS de 1987, nascido da 8ª CNS, tem um posicionamento radical, principalmente pelo contexto em que se travava a luta pela democracia e pela Constituição Brasileira. Ele denuncia a geração de um exército reserva de trabalhadores em detrimento do aumento da demanda por emprego, agravando as condições de subemprego, desemprego e baixa remuneração da classe trabalhadora.

O relatório evidencia que, para melhorar as condições de vida da população, não é preciso apenas a reformulação do sistema de saúde, mas também compor um conjunto de políticas sociais, porém governo espelha os interesses das classes empresariais e leva a uma posição contraditória do Estado, causando o rompimento entre seu discurso e sua prática social (BRASIL, 1987).

Para exemplificar este espelhamento, o relatório da 1ª CNSM traz à tona que o papel social da saúde mental na luta de classes tem sido classificar e excluir os “incapacitados” para a produção, para uma sociedade que tem como modo de produção o capitalismo. Sendo assim, os trabalhadores da saúde por vezes podem ser instrumentos para a dominação do povo brasileiro, tanto pela identificação com os interesses da classe dominante ou pela ingenuidade de acreditar que existe a possibilidade de uma intervenção neutra. É necessário

que haja o reconhecimento da função de dominação que os trabalhadores da saúde possuem para que redefina-se o papel e reorienta-se a prática em saúde destes, “configurando a sua identidade ao lado das classes exploradas” (BRASIL, 1987, p. 12) a fim de romper com o ciclo de precarização do trabalho e da violência nas instituições e lutar junto com a sociedade civil para melhorar as condições de trabalho, institucionais e de vida. Portanto, os trabalhadores da saúde também têm um papel imprescindível:

É mister combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde (BRASIL, 1987, p. 13).

A partir da 9ª CNS, o controle social começou a ficar centrado em alternativas institucionais legalizadas (GUIZARDI et al, 2004). Cohen (2001), citado por Moreira e Escorel (2009, p. 796), conclui que “a institucionalização dos conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia e diversifica o número de atores que participam de seu processo decisório. Porém, per si, é insuficiente para que o processo decisório seja efetivamente democratizado”.

O SUS é um exemplo de democratização do estado, e a efetivação deste sistema de saúde só é possível com controle social. Drummond (2006) defende que a democracia participativa do conselho possibilita que a população expresse seus interesses, pressione, acompanhe e fiscalize as ações do Estado nos espaços próprios do poder executivo, como se trouxesse as “ruas” para dentro do Estado.

Porém, as próprias Conferências de Saúde vêm concluindo que há falhas em relação à participação social em relação a qualidade e influência nos processos de deliberação nestes espaços (STRALEN, 2005 apud BRASIL, 2019) e apesar de alguns avanços, há outras forças que tentam barrá-la. Na 9ª Conferência Nacional de Saúde, os problemas apontados foram

(...) indicação de representantes dos usuários pelo Poder Executivo, transformação do Secretário de Saúde em presidente nato do Conselho; não implantação dos Conselhos, ou então sua criação sem lhes atribuir caráter deliberativo; depósito dos recursos alocados aos fundos em contas correntes de denominação indicada pela prefeitura; ausência de divulgação das ações realizadas pelos conselhos; desvinculação dos conselhos das Conferências

de Saúde; desrespeito ao princípio da paridade entre usuários e demais segmentos (BRASIL, 1993, p. 33).

Para driblar essas questões, os relatórios finais vêm propondo que os usuários sejam representados sempre por entidades populares, representantes de trabalhadores e organizações de usuários do SUS, mas não por Clubes de Serviço ou por associações de empresários, porque estas não representam efetivamente os usuários (BRASIL, 1993). Outras propostas apontam para a exigência de que a legislação das políticas em saúde mental respeitem as deliberações das mesmas, como uma das propostas da 10ª CNS que ressalta que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite não devem avançar sobre as funções deliberativas dos Conselhos e que suas propostas devem ser submetidas às decisões dos mesmos (BRASIL, 1998) e uma das propostas da 3ª CNSM que reitera a exigência de que as políticas de saúde mental respeitem as deliberações das respectivas conferências, nas três esferas de governo e que os Planos de implementação devem conter metas, orçamentos, prazos de investimento, avaliação, capacidade operacional e propostas de gestão que contemplem as decisões debatidas e serem aprovados nos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2002). Essas proposições por si já demonstram que as deliberações não estão sendo cumpridas ou consideradas nos Planos de Saúde.

A 10ª CNS propôs recomendações e orientações que tiveram maior impacto na realidade e as mudanças observadas seguiram as suas diretrizes. Ainda não havia a confecção do PNS, mas criou-se o PNASH para fiscalizar os hospitais psiquiátricos, os serviços residenciais terapêuticos para operacionalizar a conduta de desinstitucionalização e acolher as pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, a fim de extinguir os hospitais psiquiátricos que seguiram suas recomendações. Houve a aplicação da Emenda Constitucional 29, numa tentativa de melhorar o investimento da área da saúde graças a mobilização da participação social não institucionalizada, mas ela não aconteceu (GUIZARDI et al, 2004).

Por isso, na 11ª CNS a ideia de que o controle social devesse ir além de espaços instituídos e abarcar os processos de formulação e fiscalização do SUS foi resgatada e apontou-se a falta de respeito às decisões do conselho e de seu caráter não deliberativo.

Após a realização da 11ª CNS, no período da realização da 3ª CNSM aumentou-se consideravelmente a ocorrência de conferências municipais de saúde mental, em que foi

fortalecida a necessidade de efetivação da reforma psiquiátrica, quando foi aprovada a Lei 10.216/2001, outra grande conquista. Ela foi o pontapé para a criação dos CAPS em suas diversas tipologias, dos outros dispositivos territoriais e dos programas para dar conta da desinstitucionalização e da reabilitação fora da unidade hospitalar.

No início do Capítulo 2 expusemos que desde 1989 são debatidos formalmente os temas relacionados à saúde mental, as justificativas concretas da necessidade do cuidado ser feito em liberdade e a necessidade de se destruir os manicômios. A partir deste período foi sendo construído um “supermodelo” de atenção em saúde mental, porém, relatório da 11ª CNS denuncia que o Governo FHC desprezou e virou as costas para as recomendações das CNS e estava sendo um fiel cumpridor das orientações do Fundo Monetário Internacional (BRASIL, 2000).

A 12ª CNS foi a primeira que antecedeu a confecção de um Plano Nacional de Saúde. Foi identificada a participação de mais pessoas em seus níveis municipais e estaduais e discutiu-se a implementação dos programas de desinstitucionalização.

O 1º PNS teve metas específicas relacionadas à saúde mental favoráveis à reforma psiquiátrica e as portarias divulgadas no período de vigência do plano foram de incentivo financeiro aos CAPS e aos benefícios do PVC, a criação do Pacto Pela Saúde, de reestruturação da assistência psiquiátrica e redução de leitos. Porém, o caráter deliberativo dos conselhos continuava não sendo reconhecido. As (apenas) duas metas escolhidas como indicadores para o plano em saúde mental não foram cumpridas.

Há discussões neste PNS que abarcam outras dimensões, como a ampliação do acesso a políticas de saúde mental para crianças e adolescentes, mas não foram transformadas em indicadores. Aconteceram ainda mudanças legais, que não estão contidas no plano, como a implementação do cuidado para usuário de álcool e outras drogas pautado na redução de danos, a redução de leitos psiquiátricos, aumento do financiamento dos dispositivos da rede extra-hospitalar e aumento das estratégias para avaliação desses serviços.

Na 13ª CNS, ao comparar com o PNS do período subsequente, não encontramos tantas incorporações, mas entre as mudanças legais, observamos algumas que favorecem a Reforma Psiquiátrica como a inclusão do NASF na Atenção Básica, a inclusão dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, os incentivos para internações de curta duração, o aprimoramento das modalidades de CAPS e NASF e o credenciamento de alguns

hospitais psiquiátricos. Portanto, concluímos que foram feitos esforços em relação às diretrizes da 13ª CNS, apesar de o Plano não abordá-las totalmente.

O ano de 2011 foi bastante impreciso em relação às mudanças que ocorreram. A RAPS finalmente foi instituída, e os serviços substitutivos que estavam em desenvolvimento foram articulados em rede, porém, é o ano de criação do Programa Crack é possível vencer e o período em que as comunidades terapêuticas começam a ascender na RAPS, quando as diretrizes da CNS começam a ser ignoradas.

É um período exitoso na inversão dos gastos da rede hospitalar para a rede extra-hospitalar, mas a conjuntura começou a mudar, tendo o corporativismo psiquiátrico ganhado força e sido constatada a necessidade da realização da 4ª CNSM para disputar este domínio. Foram colocados no PNS mais indicadores e parâmetros de análise do que nos anteriores, como a verificação dos números de outros dispositivos extra-hospitalares, além dos CAPS e do número de leitos psiquiátricos, mas apenas uma meta foi cumprida.

Ao longo do texto, citamos datas de algumas ações que contribuíram para o processo de contrarreforma, mas Lira (2022) considera que datar a contrarreforma é um equívoco que também impacta na construção de ações de enfrentamento. Ela remonta a Rotelli (2001) que complementa que a sociedade manicomial ainda se faz presente e os acontecimentos que consideramos retrocessos nos últimos anos continuam se disseminando porque fazem parte de um saber prático:

Reforma Psiquiátrica e Contrarreforma Psiquiátrica são categorias que interagem entre si, se constroem e desconstroem juntas. Assim como a reforma, a contrarreforma é constante, e o referido autor já apontou isso há anos atrás, por essa razão não existem relações mecânicas entre esses dois processos. Em suma, o atravessar de uma à outra, que busca substituir uma sociedade que lucra com a guerra às drogas e com uma doença que é própria dela mesma, é constante e prevista pela desinstitucionalização por todas as vias (LIRA, 2022, p. 175).

Duarte e Garcia (2013), em seus estudos sobre a trajetória da redução dos leitos psiquiátricos no Brasil também concluem que há um embate entre a indústria da loucura e o Movimento pela Reforma Psiquiátrica que justifica-se pelo contexto político econômico atual neoliberal e pela resistência dos donos dos hospitais psiquiátricos em abrir mão do lucro dos

investimentos desses “negócios” e propõem o aumento dos investimentos em serviços extra-hospitalares e diminuição de gastos em hospitais privados.

Há uma ofensiva neoliberal que luta pela oferta de cobertura universal de saúde que caminha ao lado de uma ofensiva neoconservadora que busca a moralização e criminalização dentro do campo da saúde mental e de álcool e outras drogas (FARIAS, 2019 apud LIRA, 2022)

Algumas medidas objetivaram a reestruturação e articulação da rede e propostas de desinstitucionalização e fomento da participação social, porém os incentivos às comunidades terapêuticas e o “Programa Crack é possível vencer” caminharam no sentido contrário aos debates e ao avanço que havia sido desenvolvido até então. As medidas legais instituídas tiveram objetivos conflitantes, que não respeitaram as deliberações das conferências e os ideais conservadores e liberais se fortaleceram.

As propostas em relação à participação social argumentaram em favor da ampliação dos canais de participação como as ouvidorias, porém a característica desta forma de envolvimento não é uma participação organizada entre a sociedade. Os nove indicadores do 4º PNS se relacionam parcialmente com as propostas da 15ª CNS e se resumem em aumentar a quantidade de dispositivos extra-hospitalares. Em termos quantitativos, apenas uma delas foi cumprida.

Nas próximas CNS continuam-se as reivindicações no sentido de aperfeiçoar o modelo extra-hospitalar de cuidado e mantém-se as denúncias contra a política neoliberal, um impedimento para a efetivação dessas reformas. Porém, nos anos seguintes, principalmente após 2016, o que se observa é uma realocação dos movimentos contrapostos ao movimento antimanicomial na Constituição, normalizando processos desumanos de cuidado e enraizando o discurso patologizante das relações de opressão e exploração que se legitimam pela aceitação de um modelo híbrido de atenção à saúde mental (LIRA, 2022).

Nas conferências subsequentes, o período marcado pelo impeachment da Presidente Dilma Rousseff abriu caminho para as políticas de cunho neoliberal e em 2017 são tomadas medidas absolutamente contra os princípios da Reforma Psiquiátrica, demonstrando um total desdém às conferências e planos através do financiamento Comunidades Terapêuticas e hospitais psiquiátricos, desordenando a política sobre drogas, desconfigurando a RAPS e

ameaçando os direitos já conquistados. Nenhuma alteração legal instituída neste período esteve em acordo com os debates das conferências.

Estudos mais recentes também apontaram falhas e foram expostos no relatório da 16ª CNS (BRASIL, 2019, p. 74)

a intensidade do envolvimento e da mobilização da comunidade nos espaços de participação (Côrtes, 2009a); a capacidade de produzir troca suficiente de informações necessárias ao aprimoramento da gestão pública (Côrtes, 2009b); a efetividade do controle social na fiscalização das contas públicas e do funcionamento do aparato institucional (Fernandes, 2010; Labra, 2009); déficits na autonomia, na organização e no adequado desempenho em termos de acesso (Moreira; Escorel, 2009); fragilidades na articulação entre conselhos (Almeida, 2014); fragilidades em relação aos efeitos reais em termos de elaboração de políticas, com deliberações que pouco impactam a lógica da burocracia estatal e da tecnocracia (Kohler; Martinez, 2015); e refratariedade da clínica e do cuidado para incorporação de saberes do usuário e da sua cultura (Ferla, 2004; 2006).

Examinando dados concretos, entre 2002 e 2011 foram fechados cerca de 19 mil leitos psiquiátricos e aumentou-se significativamente a rede extra-hospitalar (DUARTE; GARCIA, 2013). A partir de 2016 há um declínio nos gastos extra-hospitalares (OLIVEIRA, 2017 apud LIRA, 2022). Segundo o Desinstitute (2021), o Programa de Volta para Casa teve um reajuste menor do que a inflação.

Em 2019 foi financiado um valor de 153,7 milhões para a abertura de novas comunidades terapêuticas, já em 2020, abriu-se um edital para a contratação de serviços de acolhimento a dependentes químicos pelo Executivo Federal e este número chegou a 300 milhões de reais, aumentando de 11 mil para 20 mil vagas em comunidades terapêuticas, e o orçamento previsto para este fim era de 330 milhões. Além disso, o Governo Federal prevê a abertura de 1.456 vagas em comunidades terapêuticas para o acolhimento de pessoas em situação de rua e ressalta que 70% das comunidades terapêuticas financiadas em 2019 são abertamente cristãs (BRITO, 2022).

Em relação a este último ponto, a perspectiva de tratamento pelas comunidades terapêuticas no Brasil se baseia majoritariamente pela correção moral e fundamentada nos fundamentos cristãos, atrelados a figura de um Deus “consolador” e responsável pela “vigilância e julgamento moral” (SANTOS, 2018 apud LIRA, 2022, p. 80), tendo também como fundamentos o isolamento e a abstinência como únicos orientativos do cuidado,

desconsiderando a redução de danos (OKA; COSTA, 2022). Caso o paciente consiga parar de fazer uso da substância, isso se justifica pela ajuda de “Deus amparador”, caso ocorra o contrário, a responsabilidade é conferida a um fracasso individual (LIRA, 2022, p. 80).

Mesmo proposta nas metas do 3º e 4º PNS, Lira (2022) constata uma diminuição da velocidade de implementação das Unidades de Acolhimento, e atrelado a isso, um aumento dos recursos financeiros para as Comunidades Terapêuticas. O ápice de gastos com serviços hospitalares é constatado no ano de 2006 e muda seu trajeto a partir da Portaria nº 2.434/2018. No ano de 2010, 70% dos recursos da saúde mental eram destinados à serviços extra-hospitalares e em 2016 foi auferida a menor destinação de recursos da história. Entre 2018 e 2020 os investimentos em CAPS foram os menores apresentados desde que a Lei 10.216/2001 foi implementada. No período compreendido entre 2002 e 2020, mais de 37 mil leitos foram reduzidos, o que possibilitou um maior investimento nos serviços extra-hospitalares, fundamentais para a garantia da Reforma Psiquiátrica (DESINSTITUTE, 2021, apud LIRA, 2022).

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) ressaltam o quão paradoxal esta inversão de gastos se coloca, já que a EC-95 diminuiu drasticamente os recursos, que ameaçam a existência do próprio SUS, mas excedem os recursos para o financiamento dessas comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Os autores apontam para a importância de mapear a origem desses recursos e a provável desassistência que isto pode acarretar.

Essas mudanças, investimentos em práticas hospitalares e asilares e desinvestimento em práticas extra-hospitalares visam lucratividade, promovem privatizações, fortalecem a práticas de internações compulsórias que caminham para um processo contrarreformista e atinge principalmente as populações mais vulneráveis. Quando há a negação dos direitos sociais as vulnerabilidades e possibilidades de adoecimento aumentam e aprofunda o processo de crise sanitária (LIRA, 2022).

Mais uma vez, revelamos o caráter neoliberal deste projeto que despreza os direitos humanos e privilegia os direitos de mercado, “ou seja, que podem ser deduzidos dos direitos de propriedade privada”. Hinkelammert (2019) esclarece que neste modelo econômico

O ser humano é visto como capital humano e quem não serve como capital humano ou não deseja atuar dessa maneira é considerado entulho humano (Hinkelammert, 2019, p. 136, tradução nossa).

Paim (2009) reflete sobre a dificuldade de garantir o direito universal à saúde em função das necessidades da população enquanto os grandes interesses econômicos invadirem o setor e fizerem parte de um complexo médico industrial que é orientado para a competição e o lucro, ou ainda quando a ideologia dominante reforça o egoísmo e a competição e despreza valores de ética, solidariedade, respeito e compaixão pelo outro.

Durante a busca de dados, é importante trazer a constatação de que houve um apagamento de informações no campo da saúde mental. Desde 2006 era divulgado o panorama anual da saúde mental, com dados da Rede de Atenção Psicossocial e a evolução da implantação das políticas públicas em saúde mental, financiamento, construção de dispositivos e ações. Porém este relatório parou de ser produzido em 2012 e só foi retomado em 2021 depois de grande pressão social.

A dificuldade em acessar esses dados também demonstra um descaso e menosprezo em relação às políticas de saúde. Lira (2022) ressalta que os gastos destinados às políticas em saúde mental são um termômetro fundamental para caracterizar o que tem sido favorecido e a falta de dados obscurece a construção da contrarreforma psiquiátrica e exemplifica, em relação à política de drogas, a falta de clareza nos dados exatos de aplicação de recursos nesta área. O relatório do Desinstitute (2021) relata que a falta de dados limita as bases para construir mediações de análises. Brito (2022) considera que a ausência dessas informações oficiais num contexto de mudanças profundas, agrava o cenário.

O projeto neoliberal se aproveita do sofrimento e o campo da saúde para lucrar, e na área da saúde mental, se utiliza da psiquiatria para expandir as clínicas psiquiátricas. Assim é demonstrada a contradição entre o modelo privatista e o modelo preconizado pela Reforma Sanitária no campo da saúde. Lira (2022) conclui que o cenário de contrarreforma é composto de muitas forças, não sendo atual e nem linear e a Política de Saúde Mental exemplifica a busca da humanização pela via do capital e não a superação de uma lógica existente, que já deveria ter sido superada mas é reforçada a cada ano através (e fora) do aparelho Estatal.

A 16ª CNS pede a revogação das leis e notas técnicas instituídas no período anterior que vão contra as práticas antimanicomiais. Já no PNS do período correlato, apesar das atualizações na participação social, as metas e indicadores para a saúde mental são insuficientes e insatisfatórias para para a retomada do desenvolvimento antimanicomial observado até 2011. O último PNS sequer planeja a extinção de leitos de hospitais psiquiátricos. Ele almeja apenas diminuir o tempo de internação dos pacientes e fortalecer

serviços ambulatoriais. Dentre as alterações legais constatadas, continuou-se o plano neoliberal em curso e foram se sustentando em mais consentimentos legais que favorecem o financiamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, visando o lucro, desconfigurando a RAPS e descaracterizando as políticas de desinstitucionalização.

O intuito das conferências, desde a 8ª, é subsidiar o planejamento em saúde. Desde a 9ª CNS há o debate sobre a inserção das deliberações na agenda de saúde, porém até hoje, depois de 36 anos passados e a realização de mais 8 conferências, ainda verifica-se muitos problemas neste sentido e a população fica a mercê deste reconhecimento. Precisamos avançar ainda mais nessa questão.

Silva (2010) reitera que como as Conferências de Saúde são regulamentadas por lei, diferente da maioria das outras conferências, há a incidência direta sobre as políticas públicas de saúde e relembra que a criação do Ministério da Saúde em 1950 e a consolidação do SUS no início dos anos 1990 são ações deliberadas pelas mesmas. Porém, como demonstramos, isto não tem acontecido.

Outras formas de participação popular não institucionalizadas, são as ações nas ruas, através de protestos, ocupações populares de movimentos sociais e organizados ou atos de resistência. Em 2016, quando o projeto de contrarreforma psiquiátrica acelerou-se e Valencius foi colocado como coordenador de saúde mental, houve uma grande mobilização e uma ocupação de 121 dias na sede da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Esta nomeação escancarou ainda mais o projeto neoliberal e manicomial de governo. No dia 15 de abril de 2016, a Polícia Federal realizou um mandado de reintegração de posse, usando armas com o objetivo de intimidar os manifestantes. Depois de três semanas, Valencius foi exonerado do cargo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2016).

Lira (2022) defende que a ação popular nesta situação foi fundamental para impedir a continuidade de seu mandato e que a luta antimanicomial não se constrói apenas com portarias e legislações, mas pelas forças que a compõem, pelo contexto político, pela gênese capitalista e pelas narrativas que permeiam essa construção. A autora também demonstra que para a disputa no campo da saúde mental, contra a reforma psiquiátrica, a luta de classes é imprescindível e elenca alguns movimentos (sociais, associações, conselhos de classe) organizados que apresentam grande incidência no campo da saúde mental como o RENILA (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial), MNLA (Movimento Nacional de

Luta Antimanicomial), a ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental), ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social), CFP, entre outros.

Nas primeiras Conferências conseguimos visualizar algumas leis promulgadas que foram de encontro ao que foi discutido, porém em 2011 começou-se a haver um retorno das Comunidades Terapêuticas, de práticas manicomiais, um reinvestimento em serviços ambulatoriais e hospitais psiquiátricos e iniciou-se um projeto de desmonte da RAPS, em oposição ao conjunto do que foi discutido nos espaços instituídos de participação e ao que foi construído pela Reforma Psiquiátrica até então. Portanto, quem toma as decisões que interferem nos rumos da sociedade e da saúde mental?

Na 16ª CNS, apesar do aumento considerável de pessoas nas etapas de sua realização, ela ainda não teve um caráter deliberativo. Esta CNS atualizou o regimento e expressou que as deliberações serão contidas automaticamente nos PNS e irão estruturar também o PPA. Porém, se seu caráter é decisório, porque em grande parte das vezes, principalmente de 2011 em diante, suas decisões não foram respeitadas?

Moreira e Escorel (2009) evidenciam que os processos de participação vêm sendo amplamente institucionalizados e diversificados em arranjos participativos, como conferências, conselhos, ouvidorias e mesas coletivas de negociação, entre outros. Ao longo da realização das conferências, afloraram outros arranjos de participação como estes, bem como o aprimoramento de pesquisas de satisfação dos usuários - como na 16ª em que foi elaborado um projeto de pesquisa com o objetivo de “analisar a participação social no processo da 16ª CNS em dimensões que permitam sistematizar evidências da relevância e da abrangência do processo participativo nas etapas e atividades que a compõem” (BRASIL, 2019, p. 21). Os autores defendem que esses espaços aumentaram a transparência e o controle pela sociedade e foram uma grande iniciativa de descentralização político-administrativa no Brasil.

Porém, para Przeworski (1984) citado por Moreira e Escorel (2009), a ampliação da participação, embora fundamental, é, em si, geradora de conflitos de interesses. Para que não haja retrocessos, os conflitos devem ser tornados públicos e travados em instituições capazes de: garantir o direito dos diferentes atores políticos pleitearem a satisfação de seus interesses; viabilizar que os diferentes interesses sempre possam disputar sua satisfação; impedir que qualquer interesse seja afetado de modo considerável durante esta disputa; não permitir que

qualquer ator tenha certeza prévia de que seus interesses sairão vencedores e não encorajar nenhum ator a ter a expectativa de alterar, posteriormente, o resultado da disputa.

Constatamos então o aumento do número de participantes a cada edição, além do aumento das tentativas de fomento da fiscalização e controle social, um aumento no número de participantes a cada edição das conferências, o aumento da capacitação dos gestores, e um desenvolvimento na escolha dos indicadores dos planos nas questões de saúde mental, porém, concluímos que a incidência do conteúdo debatido nestas conferências não foi exatamente correlacionado nos Planos Nacionais de Saúde.

Sendo assim, apesar das conferências apontarem para a ampliação de novos atores no processo decisório, ela é apenas uma das instituições em que estes interesses vão competir com as demais instituições que vão participar do processo decisório. Autores que estudaram as conferências municipais de saúde, apontam a existência de dois macrofóruns: um interno, nas próprias reuniões dos conselhos e outro externo, em que as conferências disputam espaço e poder em outras instituições para lutar por seus interesses. O que se espera dos Conselhos não depende exclusivamente deles mas é necessário que a articulação e legitimação dos interesses, para que haja o encaminhamento da política, seja feito nesses espaços pela sociedade organizada e negociadora com o objetivo “destravar” o caminho da liberalização da política (MOREIRA; ESCOREL, 2009). Esta conclusão pode ser estendida a nível federal.

Na 16ª CNS, realizada em 2019, vimos que este fenômeno de diversificação dos espaços se intensificou ainda mais através das atualizações em relação à eleição dos delegados e a criação das tendas populares de participação. Entretanto, Kruger (2020) se atém ao problema destes espaços, pois afirma que estão essencialmente vinculados à burocracia estatal, sem base social e não se vinculam à democracia direta ou representativa, portanto conclui que esses espaços diversificados não podem ser colocados no mesmo patamar de participação social dos conselhos e conferências. Por exemplo, em relação às ouvidorias, Kruger (2020) demonstra que estes não são espaços coletivos de representação e deliberação das políticas de saúde, mas um canal individualizado com a gestão, em que as demandas são respondidas deste modo, ou seja, ali não são reconhecidas como coletivas e muito provavelmente não serão pautadas nos conselhos.

Oliveira e Teixeira (2015), ao analisar as conferências estaduais de saúde do estado da Bahia entre 2001 e 2013, constataram que a instância responsável pela implementação da Política de Saúde Mental implantou alguns serviços substitutivos ao modelo asilar mas não

extinguiu totalmente os manicômios e não cumpriu com os programas planejados, como a implantação de leitos em saúde mental, além de ter se encarregado exclusivamente de qualificar os profissionais da área de saúde mental. Então, os autores evocam Labra (2010) que analisou a existência de uma brecha entre a formulação e a implementação. Nos documentos por nós analisados, isso também foi observado.

Os conselhos não são deliberativos e as decisões tomadas nas conferências não se transformam em ações pelos gestores (CORTÊS, 2010, apud OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2015). Além disso, Bispo Junior (2013) analisou o Conselho Estadual de saúde da Bahia e foram identificadas influências político partidárias, corporativismo de representações de entidades profissionais e usuários e a subordinação do conselho aos gestores do SUS em detrimento da centralização decisória prevalente no sistema (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2015). Esses entraves também são apontados nos relatórios finais das Conferências de Saúde Mental analisadas neste trabalho.

Por mais que tenha havido diversificação e aprimoramento nas instâncias de participação, Kruger (2020, p. 123), com a reflexão de outros autores, conclui que

a possibilidade jurídico-formal desse universo participacionista nas políticas sociais têm promovido, em certa medida, a socialização da política, mas não a socialização do poder de decisão político (NETTO, 1990) e tampouco uma apropriação social das estruturas de poder dos governos e do Estado (COUTINHO, 2008) (...) como as escolhas dos ministros, secretários de estado, membros dos tribunais de Justiça e de Contas, instrumentos de gestão como os Plano Plurianuais, Relatórios de Gestão, LDO, emendas parlamentares, fontes de financiamento, critérios de divisão orçamentária entre as esferas de governo e os serviços públicos e outras.

E então, apesar de ser estabelecida uma “igualdade jurídico-formal” para os segmentos sociais minoritários nos espaços institucionalizados, a desigualdade em relação à distribuição de riqueza continua, mas ela é ocultada “por meio da retórica da equidade”. Apesar de serem difundidas práticas de participação social que “supostamente” asseguram melhores condições, elas estão, na verdade, voltadas para a “esterilização” da luta de classes (FONTES, 2020, apud KRUGER, 2020).

Porém, Kruger (2020) afirma que estes espaços são fundamentais para a luta de classes e assegura não se tratar de uma luta de naturalização da desigualdade, em que a classe média e o mundo empresarial se movimentam e também questiona que as concepções de liberdade, igualdade e direitos entre diferentes sujeitos e grupos sociais fica dificultada já que

podem possuir outras concepções e necessidades diferentes de saúde. Ela concebe estes espaços

como instâncias contraditórias, nas quais as vontades das classes expressam as diferenças sociais, contudo estão abertas à construção da história, e não apenas à legitimação da ordem social vigente e ao ocultamento da desigualdade. No caso, destacamos o potencial relativo dos espaços institucionalizados do SUS, igualmente espaços contraditórios em decorrência de sua correlação de forças e composição (KRUGER, 2020, p. 8-9)

O sentido democrático da participação social foi se esvaindo até o último PNS realizado (2020-2023) e apenas reproduziu as referências legais do Conselho e da Conferência de Saúde. A participação social perdeu a radicalidade democrática própria que deu estrutura ao plano e foi se transformando em questões como gênero, raça e habitação. Os movimentos se direcionaram para uma busca de melhores condições em um horizonte restrito, dentro de possibilidades jurídico-formais, deixando de lado o futuro da sociedade e as determinações do capitalismo. Inclusive, o relatório do 5º PNS sequer constou a informação de ter sido aprovado no CNS (KRUGER, 2020).

Nos Planos Nacionais de Saúde, até 2011, há uma retomada das bases do Movimento pela Reforma Sanitária, mas entre 2011 e 2016 é desvendada uma desconexão entre os eixos e diretrizes do CNS quando comparados aos objetivos e metas que tratam da participação no PNS. Estes ficam reduzidos a uma inovação institucional e normativa e se desvinculam de sua base social de referências democrático-populares. Os espaços de participação nos Planos seguintes ficam reduzidos às necessidades de capacitação e vinculados aos segmentos sociais vulneráveis (KRUGER, 2020).

No documento do 5º e último PNS realizado até então, não há qualquer menção ao princípio de participação da comunidade no SUS e as expressões que caracterizam a participação social são apenas citados formalmente. Além disso, tratam os Conselhos e Conferências como um sujeito passivo tendo seu papel deliberativo, propositivo e avaliativo ignorados, numa tentativa de apagar seus fundamentos democráticos. E as propostas de redução da desigualdade social acabam transformando-se em metas de política de equidade (KRUGER, 2020).

Kruger (2020) ressalta que, principalmente no último PNS, ficou claro o apagamento do espaço público que o Brasil presencia desde 2016, havendo uma descaracterização do papel deliberativo do CNS e desvalorização da interface entre Conselho, Estado e sociedade

civil, a exemplo da instituição do Decreto nº 9.759/ 2019 que rompe com as bases do Estado democrático de direito. Ao fazer esta análise histórica, concordamos com Kruger (2020) quando assume que a igualdade jurídica liberal ora alarga e ora restringe a correlação de forças e direitos sociais.

Guizardi e colaboradores (2004, p. 22) já apontavam a necessidade do controle social estar associado à manutenção dos foros independentes e autônomos dos movimentos populares, sem a interferência ou dependência em relação ao estado. Os indicadores do 5º PNS, divergentes dos debates da 16ª CNS, demonstram que a conferência foi meramente formal:

Esse argumento é seguido e explicado, no relatório, pela afirmação de que “o controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da saúde” (Brasil, 1992, p. 33 - grifo nosso). Mesmo que a intervenção permaneça como objetivo de atuação dos conselhos, destaca-se nesse trecho a atenuação do poder gestor da participação, ou melhor, do controle social, que não mais tem por objetivo a determinação do processo desde a formulação das políticas à sua fiscalização e acompanhamento, mas o poder de modificar planos e políticas – intervir, portanto, em algo já apresentado ou definido

A autora e seus colaboradores esperavam que haveria a organização de outros projetos de participação:

Talvez as transformações que começam a esboçar-se na XI CNS apontem para a organização de outros projetos de participação, muitos dos quais já ensaiados ou mesmo configurados nas práticas de diferentes atores sociais. É necessário rediscutir os espaços institucionais existentes, principalmente no que tange à sua permeabilidade concreta, ao “tomar parte” da produção do SUS pela comunidade. Embora essas hipóteses, apenas o processo social e as próximas Conferências Nacionais de Saúde poderão responder, talvez o próprio movimento de formulá-las seja um passo necessário à efetivação do SUS e do projeto que o fundamenta. Sem essas indagações, corremos o risco de endossar concepções contrárias à democratização das políticas de saúde, atualizando, assim, relações de poder que julgamos combater (GUIZARDI et al, 2004, p. 37)

Tonet (2015) frisa que o caráter reformista tem se apropriado das lutas sociais e a perspectiva revolucionária é deixada de lado, enquanto o capital segue atacando a classe trabalhadora e o objetivo das lutas se mantém focado na tentativa em vão de “humanizar o

capital”. Portanto, não é possível pensar na superação desse modo de produção através das políticas sociais, já que estas limitam a emancipação, ao passo que o alcance de direitos tem seu acesso limitado. Contudo, elas são necessárias para viabilização dos direitos, mas “devem ser desviadas da lógica de humanização do capital” (LIRA, 2022, p. 54).

Reis (1989), aludindo a Marx, também aponta uma incompatibilidade entre capitalismo e democracia política, ou seja, independentemente de qual seja a aparelhagem político-institucional estabelecida, no cerne do capitalismo, com a propriedade privada dos meios de produção, as decisões que influenciam o nível de atividade econômica e a estrutura socioeconômica e política ficam nas mãos dos capitalistas. Portanto, esta dependência estrutural gera consequências e o compromisso democrático apenas tem a função de apaziguá-las e acaba por provocar um distanciamento da promessa de igualdade mais radical contida nas propostas socialistas. A sensibilidade das ações dos mecanismos democrático-eleitorais coloca o estado como agente decisivo de formas de democracia social que pode neutralizar o impulso potencialmente revolucionário dos setores politicamente mobilizados.

Lira (2022, p. 51) faz apontamentos neste sentido:

A luta de classes enquanto eixo fundante da política social demonstra como o Estado visa atender apenas aqueles que de alguma maneira favorecem a classe dominante, já que “o Estado atende apenas àquelas reivindicações que são aceitáveis para o capital e para o grupo dominante” (OLIVEIRA, 2009, p. 109). Enquanto fruto dessa contradição e favorecimento ao projeto neoliberal, as necessidades da classe trabalhadora são cada vez mais colocadas em xeque com vistas a favorecer o grande capital. As medidas adotadas denotam a intenção de enxugar os direitos e tornam evidente essa característica contraditória do Estado e das políticas sociais.

Lenin (2019) defende que não há uma democracia “pura”, e existe um viés quando se fala em democracia no capitalismo, não sendo possível conceber as noções de igualdade, liberdade e universalidade quando trabalhadores estão com famintos e esgotados, enquanto os capitalistas continuam a dominar as propriedades com a proteção do Estado. O Estado organiza a opressão de uma classe sobre a outra e a noção de liberdade e democracia é direcionada apenas para uma parte da sociedade. Neste sistema, para o trabalhador, a liberdade é a venda de sua força de trabalho e a livre concorrência do mercado. Já a igualdade

se dá entre os trabalhadores “livres” - para vender a sua força de trabalho no mercado - e os capitalistas “livres” - para expropriar a riqueza de quem produz.

Sendo assim, o Estado não decorre de um contrato entre “iguais” em que a função é promover o bom funcionamento da sociedade e a defesa do interesse geral. Marx, Engels e Lenin desmascaram esta faceta e revelam que a função deste aparelho é a dominação da classe economicamente dominante, a fim de garantir que seus interesses se imponham como interesses gerais e pode ser afirmado pela violência, coerção e repressão (GIOVANELLA, 1900).

Enquanto o poder de classe for fundado na relação de produção e for exercido pela coerção do Estado capitalista, não é possível garantir a igualdade, sendo a desigualdade mantida. A igualdade jurídica não corresponde a igualdade social, estas são apenas aparentes, constatando que os cidadãos não nascem iguais e não são iguais perante a lei, e uma ação que é considerada crime tem diferentes tratamentos a depender da classe social a que pertence o sujeito que a comete (GIOVANELLA, 1990).

Posto isso, quando os interesses populares se chocam com os da burguesia, a ofensiva neoliberal estreita os espaços democráticos e as conquistas sociais dos trabalhadores. Um puro e simples alargamento da democracia não será suficiente para combater a democracia burguesa. Atualmente, há necessidades cada vez maiores de reprodução do capital que coloca limites à ampliação da igualdade jurídica, cidadania e socialização do poder. Lênin (2019) ressalta que a democracia burguesa é um enorme progresso em comparação ao feudalismo, mas seu caráter burguês se utiliza do Estado como uma máquina para a opressão de uma classe pela outra.

Kruger e Oliveira (2018) compreendem que os espaços de participação social são instâncias contraditórias e expressam diferenças sociais através da vontade das classes, mas estão abertas à construção da história e há uma potência que faz a correlação de forças, não se atendo apenas a legitimação da ordem social vigente e ao ocultamento da desigualdade, e aponta a organização da sociedade como necessária a fim de aumentar a capacidade de mobilização e pressão para a inclusão de demandas políticas na agenda do governo.

Przeworski, citado por Moreira e Escorel (2009), que esteve próximo de países latino-americanos que lutaram contra ditaduras constatou que quando o período é mais autoritário, os atores que conseguem declarar seus interesses, fazem por meio de sindicatos, igrejas, associações locais e outros movimentos da sociedade organizada, e não pela via de

partidos políticos, porque caso obtenham sucesso, não serão incorporados pelas instituições representativas tradicionais.

Tonet (2015) ressalta que a luta entre capital e trabalho continuará, mesmo que as circunstâncias sejam profundamente desfavoráveis para os trabalhadores, porém para que haja a possibilidade de que as políticas sociais se conectem com a emancipação humana, é preciso que “a classe operária volte a ocupar o seu lugar, como classe dirigente da luta social” (p. 292). Caso isso não ocorra, a luta dos trabalhadores fica fadada a um caráter de resistência e de recuo frente aos ataques do capital.

Ao pensar nisso, decidimos trazer as considerações de Giovanella e Mario Testa sobre o poder de decisão dos rumos da política. José Paulo Netto relembra que a luta pela democracia passa pela desconcentração do poder político, não devendo se resumir a isso, mas devendo enfrentá-lo. A proposta de Testa faz juz a essa preocupação.

Mario Testa foi um ator importante na história do planejamento em saúde na América Latina. Propôs o método CENDES/OPS, acompanhou sua implementação e avaliou suas fragilidades. Sendo assim, construiu bases para criticar e construir um novo pensar para o planejamento em saúde (GIOVANELLA, 1990)

Através da discussão da Política e do Estado é possível aproximar-se da essência do poder e suas determinações. A Política está relacionada à distribuição, deslocamento ou conservação do Poder; e o Estado relaciona-se à maior organização política. Poder, Estado e Política confundem-se, principalmente quando se considera a ciência política ora como a ciência do Poder, ora como a ciência do Estado. Testa (1981) citado por Giovanella (1990) refere-se ao poder como a capacidade de uma classe social realizar seus objetivos históricos. Portanto, é discutida a noção de poder na concepção de diversos autores para fundamentá-lo na obra de Testa.

A partir de Marx, a determinação fundamental do Poder nasce da divisão de classes, definidas pelos diferentes lugares ocupados pelas pessoas nas relações de produção e pela apropriação privada dos meios de produção com o aval do Estado. Porém, esta é uma compreensão restrita sobre o Estado que deve ser articulada com as determinações mais concretas e que deve-se analisar a formação econômico-social atual que estão cada vez mais complexas (COUTINHO, 1994 apud GIOVANELLA, 1989).

Giovanella (1989) também traz os elementos dos micropoderes do Foucault, que exercem nos “como” e “no quê” fazer de cada dia. Resgata a teoria relacional do poder em Poulantzas, em que “o espaço social global é o conjunto dos campos de força gerados pelas relações entre os atores sociais, em debate a cada momento” (GIOVANELLA, 1990, p. 145).

Testa remete a Gramsci quando sugere que os sujeitos sociais são atores sociais na participação no Estado, organismos da sociedade civil ou da sociedade política e quando enfatiza o Poder enquanto Ideologia, não apenas por um sistema de ideias mas por uma prática social que corresponda a essas ideias, e Giovanella (1989) conclui que a definição de Poder não é uma “coisa que se possui” mas uma relação. Transformar as relações de poder é transformar tanto as ideias como as práticas, já que as concepções de mundo tem sua base material nas práticas.

A definição de que o poder é uma relação, pode ser exemplificada pela trajetória das políticas em saúde mental no Brasil. A perspectiva manicomial nunca deixou de existir, mas as forças contrárias a tensionam mais e às vezes menos. Por isso a importância da resistência. Em 2000 quando criou-se os dispositivos territoriais houve mudanças favoráveis na prática. Porém a psiquiatria esteve operacionalizando a política pública em saúde mental e junto com o movimento de neoliberalização da vida, impactou na conformação da política e hoje estamos perdendo direitos que já haviam sido garantidos (LIRA, 2022). Nas palavras da autora (p. 76)

apreende-se tanto das reflexões de Fanon, quanto do próprio escrito de Basaglia, que o apontamento sempre será a revolução. O que mudará será a direção do contexto e realidade política daquele momento. Conquanto, o retrocesso não deve ser uma opção quando uma possibilidade de mudança mais radical foi instalada.

São várias as estratégias utilizadas pelos segmentos para que esta lógica se perpetue, por exemplo, via parlamento, representação nos conselhos, notas públicas, mobilizações, eventos e congressos que demarcam o seu lugar na luta. Essas narrativas são fundamentais para consolidar um campo, já que evidenciam a garantia de direitos que tendem a fomentar ou violar. Firmam o projeto de poder de diversos campos, mas podem realçar que há possibilidades de lutar por uma sociedade sem manicômios e orientados pela emancipação humana e pela construção de um novo lugar social para a loucura (LIRA 2022).

Dito isso, consideramos que as práticas propostas por Testa fornecem contribuições para afeiçoar as visões de mundo dos sujeitos, a partir da consciência da exploração e da ética, solidariedade e transparência. Gramsci entende que a consciência pode ser transformada pelo avanço da discussão crítica de conteúdos intelectuais, propostas a classe

trabalhadora e pelas práticas de cada um, para que se forme uma nova e integral concepção de mundo (GIOVANELLA, 1990).

Portanto, existe a possibilidade de promover ações que influenciam a concepção de mundo dos sujeitos, mas é difícil garantir a direção e os resultados desta influência nas mudanças de visão de mundo. Testa propõe formas organizativas de democratização e participação a partir de estratégias de interação que privilegiam a ação comunicativa. Estas estratégias pretendem transformar as relações e conformar os sujeitos em atores sociais democráticos. Ele entende que “a construção de uma sociedade libertária está na possibilidade da constituição de sujeitos sociais conscientes, não autoritários e autônomos” (GIOVANELLA, 1990, p. 294).

Quando Testa propõe a construção de sujeitos sociais democráticos, em que a nova ética, solidariedade e transparência compõe a sua personalidade, o sujeito é transformado em força material, e “a construção da sociedade democrática está na possibilidade de transformação dos sujeitos sociais pelo estabelecimento de novas relações, e pela sua participação em práticas sociais diferenciadas” (GIOVANELLA, 1990, p. 151). Então, a partir do estabelecimento de novas formas organizativas, a relação de poder exercida naquela prática também tende a ser mudada, transformando as concepções de mundo dos sujeitos que podem impulsionar novas práticas coletivas. Esta prática no planejamento em saúde revela os conteúdos do Poder nas relações em saúde, mostrando as bases reais da dominação, as relações de força e pode deslocar este poder para uma potência transformadora porque objetiva o deslocamento do poder de forma explícita.

Sendo assim, apresentaremos a proposta de planejamento de Testa como uma forma de resgatar e divulgar seu trabalho, considerando que há poucas referências em português e este não tem a repercussão merecida, além disso, como forma de produto, exigida pelo programa do mestrado profissional.

3.1 A Proposta de Mario Testa

A proposta de Testa visa formar equipes de saúde organizadas democraticamente que consigam discutir e decidir suas práticas em conjunto com a participação de organizações populares, a fim de transformar as concepções de mundo desses sujeitos. É a realização de

um trabalho consciente que ressalta a prática como base para a transformação de uma nova concepção de mundo e edificar o predomínio da classe trabalhadora (GIOVANELLA, 1989).

A nível setorial, Testa distingue três tipos de poder: Técnico, Administrativo e Político. A distribuição do Poder Técnico é conhecida pela análise dos grupos sociais que manejam as informações em cada espaço; o conhecimento da distribuição do Poder Administrativo se dá através da análise dos grupos sociais relacionados às fases do financiamento - o dinheiro é o equivalente universal a todos os recursos; e em relação ao Poder Político, a mobilização de grupos sociais deve ser considerado enquanto ideologia (TESTA, 1987 apud GIOVANELLA, 1990).

Mario Testa propõe ainda mais dois tipos de poder, relacionados aos resultados de seu exercício: o poder Societário, que se constrói no ato de fazer a cada dia, e o poder Cotidiano, que implica a construção da sociedade futura, ou seja, a construção da história, e assim esses poderes se relacionam através das formas organizativas e democráticas que ele estabelece. A prática democrática é o mecanismo para a construção da igualdade desejada, em detrimento da desigualdade.

Mario Testa não instrumentaliza um método de planejamento, mas propõe um modo para entender o processo de planejamento em saúde e confere um direcionamento a ele. Como os problemas de saúde são complexos e devem levar em consideração a complexidade social, a interação entre as diversas forças sociais, a variabilidade e as incertezas em relação ao futuro, é difícil ordenar um conjunto de procedimentos e técnicas a serem seguidas sequencialmente, portanto a proposta não é estipulação de um roteiro para a identificação e explicação dos problemas de saúde, mas um modelo explicativo e orientador para esmiuçar a realidade, necessário para a investigação dos problemas de saúde.

É possível delinear tendências a partir da estruturação econômica com diferentes probabilidades de acontecimentos - já que estes dependem de iniciativas subjetivas das pessoas, de ações humanas livres. A ação de homens e mulheres organizados em torno de um interesse comum e de classe não pode ser previamente determinada pelo estabelecimento de leis, "o resultado de enfrentamentos e alianças não é previsível. Querer fazê-lo significa instituir uma normatividade da política, uma normatividade para as relações de poder (GIOVANELLA, 1989, p. 135).

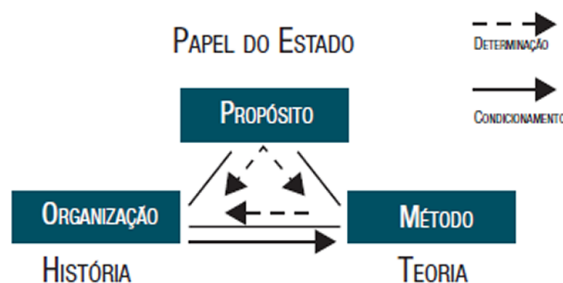
A possibilidade de planejamento está impressa na direção da ação futura e na vontade de modificação, que adquire maior intensidade à medida que se torna mais coletiva, como bem ponderou Marx (1986) citado por Giovanella (1990, p. 135): "as circunstâncias fazem os homens, assim como os homens fazem as circunstâncias".

Como fundamentos da proposição de Testa, Giovanella (1990) elenca a) a compreensão do planejamento como prática histórica; b) o postulado de coerência - que interpreta os problemas de saúde enquanto problemas sociais complexos e c) a compreensão e análise do poder na sociedade e no setor. Ele busca com o planejamento em saúde a intervenção na construção da história, ou seja, uma prática histórica em busca de uma nova sociedade.

Ao analisar os processos históricos entre as estratégias de transformação social historicamente gestadas, Testa encontra a junção de estratégias de “ocupação de espaços” e de “enfrentamento”. Assim, ele aponta o Postulado de Coerência para analisar as relações de determinação e condicionamento da organização responsável por mudanças através de três variáveis: propósito, método e organização.

O propósito de mudança influencia o método e estes se relacionam com a organização da instituição responsável pela execução dos processo de mudança, sempre analisadas nas condições particulares de cada formação econômico-social, diferenciando as sociedades capitalistas e dependentes dos países capitalistas desenvolvidos.

Figura 7 - Postulado de Coerência



Fonte: LINS; CECÍLIO, 1998 apud LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016.

Para dar conta dos problemas de situação de saúde, elenca a epidemiologia social, em que o processo saúde-doença é entendido como expressão particular do processo social, e o desequilíbrio entre o sofrer e o adoecer entre os diversos grupos de pessoas são consideradas como decorrentes das diferenças de classe social. Já os problemas de organização setorial, ou seja, a alocação de recursos para a atenção em saúde, também são da ordem de problemas sociais (porque a reprodução da força de trabalho é determinada economicamente pelas necessidades de acumulação) e políticos (pela luta dos trabalhadores em decorrência de sua condição de vida atual).

Testa sugere que as proposições em saúde somente serão eficazes a longo prazo se forem fundamentadas na determinação social do processo de produção dos problemas em saúde, por terem determinações complexas. Sendo assim, a totalidade do social não pode ser dividida em partes, e as propostas de mudança não podem ser simplesmente setoriais. Estas podem apenas “criar condições que abram caminho para a modificação do social” (TESTA, 1986 apud GIOVANELLA, 1990, p. 132).

Sendo assim, Testa estuda e coloca o Poder como categoria central na análise da dinâmica social: o que é, suas determinações, suas relações, seus recursos, e sua distribuição setorial. A direção da forma de implementar uma ação de saúde (a estratégia) busca o alcance de um deslocamento de poder (uma política) que seja favorável à resolução do problema, necessitando da inclusão do conjunto social para dar eficácia às propostas de longo prazo.

Para isso, Giovanella (1989) separa o conteúdo dos trabalhos de Testa (1986) entre o diagnóstico de saúde e as propostas programático-estratégicas. O diagnóstico de saúde é constituído pelos diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico e pela síntese diagnóstica. Já as propostas programático-estratégicas são compostas pela consideração dessas enquanto processos, pela análise de seus tempos técnicos e políticos, pelos programas de abertura, avanço e consolidação e pelas estratégias de formas organizativas, democráticas e participativas.

A realidade de saúde é analisada pelo diagnóstico e também é determinada pelo propósito que se tem. O propósito é sempre o de transformação das relações de poder por meio da realização de ações em saúde. O problema é reconhecido pelas categorias de diagnóstico, sendo eles:

O diagnóstico administrativo é parte da análise e cálculo tradicionais do planejamento de saúde. Através desse diagnóstico, população, doenças, mortes, recursos disponíveis e atividades realizadas em saúde são enumerados e quantificados. Cadeias epidemiológicas e nós técnicos críticos são identificados. A partir de critérios técnicos e de eficácia e eficiência, recursos e atividades necessários são calculados.

O diagnóstico estratégico é a análise das relações de poder no setor. Neste diagnóstico, são identificadas e analisadas as desigualdades, na situação de saúde e na atenção à saúde, entre grupos sociais, determinadas por diferenças de classe social. Internamente aos serviços, analisam-se as relações de poder que aí ocorrem, e identifica-se a distribuição dos três tipos de poder em saúde: o técnico, o administrativo e o político. Na composição setorial analisa-se o poder administrativo concretizado pelo manejo de recursos e mediado pelo financiamento, diagnosticando os grupos sociais relacionados aos processos de financiamento.

O diagnóstico ideológico é o diagnóstico da ideologia dos grupos sociais com interesses em saúde. É o diagnóstico de suas compreensões sobre a saúde e a sociedade — consciência sanitária e social — e suas práticas correspondentes.

Após esse esmiuçamento da realidade, através dos três diagnósticos, é realizada a síntese diagnóstica: um momento integrador que reconstrói a realidade de saúde analisada. Através da síntese, identifica-se o espaço social setorial, enquanto sua estrutura de Poder. São identificados todos os atores e possíveis atores sociais de saúde e seus interesses, e analisadas sua força, suas relações e participação no debate da saúde (GIOVANELLA, 1990, p. 134-135).

Feita a síntese diagnóstica, inicia-se a formulação das propostas programático-estratégicas, a fim de realizar as ações de saúde gerando mudanças, e parte da análise da viabilidade e das repercussões sobre a estrutura de poder na sociedade, entre os grupos sociais, dentro e fora do setor de saúde. A estratégia busca formas de implementar a ação de saúde (comportamento dos atores) que objetiva o alcance da liberdade de ação para conquistar a transformação das relações de poder, que é o objetivo inicial. Já as propostas são compreendidas enquanto processos realizados ao longo de tempos técnicos e políticos, desencadeados pelas ações propostas e são avaliados.

Em relação aos programas, é importante ressaltar novamente que eles não são considerados enquanto técnicas ou procedimentos porque não contém instrumental para sua elaboração, mas são orientações para se pensar os processos do planejamento estratégico. Testa propõe três tipos de programas: de abertura, avanço e consolidação. Os programas de avanço compreendem as mudanças necessárias após a realização do diagnóstico. Os programas de abertura criam viabilidade para as mudanças, construindo uma base social e de apoio através da negociação de forças sociais para garantir a permanência do avanço. Os programas de consolidação compreendem a institucionalização das mudanças e medidas concretas que adquirem permanência. Está conformado então o processo de mudança.

As propostas programático-estratégicas objetivam acumular poder para os dominados e mudar as relações de poder, através da formação de uma consciência sanitária social e de classe. A implementação dos programas de avanço, através de formas organizativas das práticas propostas, democráticas e participativas, dão aos programas essa direcionalidade. Formas organizativas internas democráticas, com a criação de uma equipe de saúde solidária e colaborativa, são propostas como mecanismo para a construção da igualdade: a mudança das relações de poder. Formas organizativas internas democráticas são inseparáveis da abertura do setor saúde à participação direta da população. Esta é uma proposta de redistribuição de

poder, objetivando constituir a população em ator social. A participação da população, através de suas organizações, no debate de saúde, amplia esse debate e torna-a ator social em saúde (GIOVANELLA, 1989, p. 134).

Tanto nos programas de abertura e de avanço, Testa afirma a importância da ideologia e do poder neste processo de mudança. Ele entende a ideologia como a relação dialética entre saber e prática e as formas organizativas inauguram a formação de uma nova ética pautada na solidariedade e transparência que orienta práticas transformadoras. A compreensão de que os problemas sociais são determinados socialmente traz a noção de que o setor é inseparável da totalidade social e apenas práticas globais transformadoras poderão consolidar as mudanças em saúde.

Os diagnósticos ideológico e estratégico e a síntese diagnóstica enfatizam a análise das relações de poder setorial e a ideologia. Já o diagnóstico administrativo calcula os recursos necessários para a execução das ações propostas. Neste esquema, Testa acredita que as formas organizativas democráticas e participativas são inseparáveis da abertura do setor saúde à participação direta da população e direcionam o processo desencadeado pelos programas de avanço, abertura e consolidação, a partir da acumulação de poder pelas classes dominadas/subordinadas através da formação de uma consciência social e de classe. Este exercício altera as distribuições de poder interna a seu favor, podendo provocar mudanças na consciência que influenciam na disputa de poder da sociedade, além do setor de saúde. É uma proposta de redistribuição do poder, e então os grupos na população se transformam em atores sociais em saúde, e é no comportamento dos atores sociais que está a possibilidade de intervenção na construção da história na direção das transformações das relações de poder: “Transformando-se as práticas, transforma-se a consciência, transformando-se a consciência, transformam-se os comportamentos” (GIOVANELLA, 1990, p. 137).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tentamos ao longo da pesquisa responder como se conformou a participação social nos conselhos e conferências de saúde e saúde mental na tomada de decisão com relação ao processo de formulação, implementação e avaliação da Política de Saúde Mental no Brasil e se as propostas destas foram incorporadas nos processos de planejamento dessas políticas.

Vimos que até um período as propostas estavam sendo incorporadas nas políticas, mesmo antes da criação dos Planos Nacionais de Saúde mas o sentido foi se perdendo e as últimas propostas dos mesmos foram inclusive contrárias às discussões das Conferências de Saúde. Por isso é necessário que o movimento antimanicomial se mantenha aceso através de atos, eventos, congressos, encontros e discussões. Demonstramos que a pressão das mobilizações é bastante significativa para frear retrocessos, fazendo frente ao processo de contrarreforma e viabilizando a possibilidade de construção de uma nova sociedade, transformando as relações.

Dentro do próprio movimento antimanicomial há divergências, considerando que uns caminham em uma lógica reformista e outros, rumam à revolução. Não se pode pensar apenas na redução de desigualdades quando se fala em luta antimanicomial, mas objetivar a superação da lógica manicomial em conjunto com as reivindicações da classe trabalhadora (LIRA, 2022).

Também pensamos em formas de estimular o envolvimento popular na esfera política, e defendemos o envolvimento da academia com a comunidade externa a fim de ampliar o diálogo, a reflexão, e disseminação da opinião crítica permanente e propositiva a fim de contrapor aos discursos institucionalizados pelo poder público. A ótica deve ser interdisciplinar e diversa, considerando nossa constituição como seres diferentes e em busca da igualdade.

Por fim, propusemos uma forma de planejamento em saúde mais democrática, fundamentada por Mario Testa, a fim de conformar a consciência dos sujeitos em busca de uma sociedade mais igualitária e solidária, capaz de transformar as relações de poder. Estes são elementos necessários para a concretização da luta antimanicomial. Reafirmamos que esta luta não pode ser separada da luta dos trabalhadores e é necessário considerar a determinação social do processo saúde-doença e das outras dimensões da vida que compõem a síntese dialética do movimento (IANNI, 2011 apud LIRA, 2022).

Mario Testa (2010, p. 216) comemora as conquistas em relação ao processo de Reforma Psiquiátrica na Itália e a conquista da Constituição de 1988 no Brasil, mas convoca-nos à organização permanente para que os avanços não regressem:

Si es cierto que en nuestra República hay algún lugar en el que la tasa de mortalidad infantil sea de 70 por mil, tendría que haber un grupo que dijera: "acá estamos para llevar adelante una lucha con respecto a esta situación", y denunciemos y nos aliemos con quien nos tenemos que aliar, hasta que ese tema entre en la agenda del Estado y en la sección del Estado que corresponda (...) esto pasó también, por ejemplo, con la reforma sanitaria italiana, que tuvo un movimiento de avance muy importante, sobre todo en el aspecto de la Salud Mental, con aquella famosa cuestión de Gorizia inicialmente, Franco Basaglia y Franco Rotelli después, hasta que consiguieron aprobar una ley y a partir de ese momento, como ya tenían la ley se desarmó el movimiento de apoyo y se vino todo al demonio. Lo mismo pasó en Brasil después de la Constitución de 1988, exactamente la misma cuestión: "como ya tenemos la Constitución que dice que el derecho del pueblo y el deber del Estado, etc., entonces ya no hace falta que nos organicemos". No. Cada cosa que se quiera hacer bien es una batalla que hay que ganar y que hay que consolidar en base a la organización. Si perdemos la base organizativa, transformadora del proyecto social, seguro que se va a venir todo abajo, eso está garantizado. No hay manera de que se pueda hacer una transformación permanente, sin un apoyo permanente de una base social importante

Compreendemos o campo da saúde mental como um espaço fértil para propor essa discussão, ao considerar a historicidade da reforma sanitária e da luta antimanicomial até aqui. A luta antimanicomial se atrela fortemente à luta contra a opressão e contra práticas autoritárias. A proposta de Testa, na atuação setorial, pode florescer à consciência em mais campos e avançar na solução dos problemas, não só de saúde, mas comunitários. Os estudos relacionados às instâncias de participação devem ser fomentados e desvelar, cada vez mais, a possibilidade concreta de alterar o rumo da história futura a partir de reflexões e transformações no presente.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Diretrizes Para Um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: ABP, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Ocupação Fora Valencius é desmantelada com ação da Polícia Federal. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, São Paulo, 15 abr. 2016.

BERGER, Eliane; MORETTIN, Adriana Victorio; NETO, L. BRAGA. Introdução à clínica do acompanhante terapêutico: história. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A casa (Org), **A rua como espaço clínico**, p. 17-23, 1991.

BEZARRA JR., Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, São Paulo, v. 17, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1987.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990.(a)

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da X Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**, 2000a.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29, de 14 de setembro de 2000. Brasília: Senado Federal, 2000b.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 2000c.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 2002.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1º ago. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004(a)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 2004(b)

BRASIL. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 223, p. 49-50, 15 out. 2004c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese PNS 2016-2019.** Brasília/DF: Governo Federal, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 245, de 17 de fevereiro, que destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da XIII Conferência Nacional de Saúde: Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.899 de 11 de setembro de 2008. Institui o grupo de trabalho sobre saúde mental em hospitais gerais. **Diário Oficial da União**, Brasília; 2008b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2629 de 28 de outubro de 2009. Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2644 de 28 de outubro de 2009. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 404 de 19 de novembro de 2009. Reclassificar os hospitais psiquiátricos descritos no Anexo desta Portaria, de acordo com o porte, nas Classes N I, N II, N III e N IV. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 426 de 3 de dezembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2841 de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2843 de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010c.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 8, ano VI, no 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011a..

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social. Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 8243 de 23 de maio de 2014. **Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1646. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015.

BRASIL. **Conheça o Programa "Crack, é possível vencer"**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2015b.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde: PNS 2016-2019**. Brasília/DF: Governo Federal, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 507**: Publicar as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ªCNS. Brasília, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1482**. Inclui as Comunidades Terapêuticas como estabelecimentos de saúde, habilitando-as para receberem recursos públicos, 2016c.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. 180, Brasília: Câmara dos Deputados, 2016e

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria de Consolidação nº 3. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria de Consolidação nº 6. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017**. Brasília: DF, 2017c. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências**. Brasília, 2017d.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018. **Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.** Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018.** Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Brasília, 2018b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 49, p. 128, 13 mar. 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final Consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde: Democracia e Saúde.** Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019.** Brasília, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019. **Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.** Brasília, 2019e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, 2019f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019g.

BRASIL. Procuradoria Geral da República. Nota técnica n. 02/2019 ASSREV-1ª CCR. Brasília: Ministério Público Federal, 2019h.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020**. Aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020. Revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do “Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei”, no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, 2020b.

BRASIL. Ministério da Economia. Portaria nº 340, de 30 de março de 2020. Disciplina a constituição das Turmas e o funcionamento das Delegacias de Julgamento da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil - DRJs, e regulamenta o contencioso administrativo fiscal de pequeno valor. Brasília, 2020c.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. regulamenta, no âmbito do sistema nacional de políticas públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jul. 2020d

BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília/DF, fevereiro de 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Informativo eletrônico. Brasília: setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1365, de 6 de junho de 2022. Habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC de Estados e Municípios. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1836, de 24 de junho de 2022. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio e de investimento para a ampliação do acesso aos cuidados à ansiedade e depressão (transtornos do humor) pelo público infantojuvenil para enfrentamento dos impactos advindos da pandemia de covid-19, e dá outras providências. Brasília, 2022b.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan/mar. 2012.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A administração pública gerencial**. Brasília: ENAP, 1996.

BRITO, Mônica Carneiro. Políticas de saúde mental no Governo Bolsonaro: de volta ao manicômio. **Políticas sociais no governo Bolsonaro: entre descasos, retrocessos e desmontes**. 2022.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê: "Recursos Humanos em Saúde", leia-se "Coletivos Organizados de Produção em Saúde": desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de (orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%A9uticas.pdf>

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP. Nota de Repúdio à Nota Técnica N° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que dispõe “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Conselho Regional de Psicologia, São Paulo, 15 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Pela revogação da Resolução Conad nº 3/2020. Conselho Federal de Psicologia, São Paulo, 11 nov. 2020.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, educação e saúde, v. 18, 2020.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/2001. Brasília, 2021.

DRUMMOND, Jocelio. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DUARTE, Sílvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil (Psychiatric Reform: the path of psychiatric beds reduction in Brazil). **Emancipação**, v. 13, n. 1, p. 39-54, 2013.

FLEURY, Sonia. Revisitando "a questão democrática na área da saúde": quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 156-164, 2009.

FONSECA, Sérgio César; NARITA, Felipe Ziotti. Os institutos disciplinares, a legislação sobre minoridade e a formação de setores estatais especializados em assistência a menores em São Paulo. **Projeto História**, São Paulo, v. 66, 2019.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense, 1977.

GIOVANELLA, Lúgia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, Brasil, 2019.

GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, p. 129-153, 1990.

GIOVANELLA, Lúgia et al. Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Tese de Doutorado**. Rio de Janeiro, 1989.

GUIZARDI, Francini Lube et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

HARVEY, David. Neoliberalismo: história e implicações. Sao Paulo: Loyola, 2008.

HINKELAMMERT, Franz Josef. La dialéctica marxista y el humanismo de la praxis. **Economía y Sociedad**, v. 24, n. 55, p. 120-137, 2019.

KRUGER, Tânia Regina. Participação e planejamento no sus: considerações a partir dos planos nacionais de saúde. **Revista Sociais & Humanas**, v. 33, n. 3, p. 118-137, 2020.

KRUGER, Tânia Regina; OLIVEIRA, Andréia. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 57-71, 2018.

KOIFMAN, Lilian. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 2006.

LÊNIN, Vladimir Ilitch Ulianov. “Democracia” e ditadura. Democracia e luta de classes. Boitempo Editorial, 2019.

LACERDA, Josimari Telino de; BOTELHO, Lúcio José; COLUSSI, Claudia Flemming. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33878/mod_resource/content/1/un2/top2_1.html. 2016.

LIRA, Gabriela Fernandes Chaves. Tensões e disputas frente às manifestações da contrarreforma psiquiátrica brasileira. 2021. 192 f. **Dissertação de Mestrado em Política Social**. Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

MANIFESTO DE BAURU. **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental**, 1987.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 795-806, 2009.

MORELOCK, Jeremiah; NARITA, Felipe Ziotti. Critical social analysis of crisis. **Praktyka Teoretyczna**, Ponan, v. 42, 2021.

NARITA, Felipe Ziotti. Unlimited capitalism and the politics of the common. **Praktyka Teoretyczna**, Poznan, v. 27, n. 1, 2018.

OKA, Clara Parente Barreto; COSTA, Pedro Henrique Antunes. Os Caminhos da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira: Um estudo documental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 14, n. 40, p. 01-29, 2022.

OLIVEIRA, Maria Marly. Como fazer pesquisa qualitativa. **Vozes**, 2007.

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. A centralidade do Plano Crack é Possível Vencer na política de saúde mental brasileira. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, Tarcio de Almeida; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Participação das instâncias de controle social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 132-144, 2015.

PAIM, Jairnilson. O que é o SUS. **SciELO-Editora FIOCRUZ**, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. 2014.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 11, p. 241-258, 2004.

PENSE SUS. Saúde mental. **Fiocruz**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>. Acesso em: 22 mar. 2022.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cadernos de saúde pública**, v. 21, p. 449-458, 2005.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 13, p. 633-640, 2004.

RAMOS, Lydia Vitoria Firmino Pereira; GOMES, Amara Vitória da Silva. A saúde pública no Brasil: um resgate histórico da política de saúde brasileira ao longo do século XX. **IX Jornada Internacional de Políticas Públicas**. UFMA. 2019.

REBOLI, Karla Garcia; KRÜGER, Tânia Regina. Participação e saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental. In: **Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, Santa Catarina**. 2013.

REIS, Fábio Wanderley. Cidadania democrática, corporativismo e política social no Brasil. **Mercado e utopia: teoria política e sociedade brasileira**, 1989.

REIS, José Roberto Franco. Considerações historiográficas sobre corporativismo, cidadania regulada e a história da assistência à saúde no Brasil: dádiva ou direito? (1930-1964). **Locus: Revista de História**, v. 26, n. 2, p. 407-433, 2020.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 155-170, 2017.

RICARDI, Luciani Martins. Conferências nacionais de saúde: avanços, desafios, efetividade e influência nos Planos Nacionais de Saúde. 2017. 223 f., il. **Tese de Doutorado em Saúde Coletiva**, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SAFATLE, Vladimir; DA SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. **Autêntica Editora**, 2021.

SANTO, Wanda Espírito; ARAÚJO, Inesita. No reclame da liberdade: as lutas antimanicomiais dos anos 1990 pelos seus cartazes de divulgação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

SCHECHTMAN, Alfredo, et al. "Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil." **Editora Fiocruz**, 2002.

SANTO, Wanda Espírito; ARAÚJO, Inesita. No reclame da liberdade: as lutas antimanicomiais dos anos 1990 pelos seus cartazes de divulgação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

SILVA, Luis Antônio et al. Avaliação hospitalar: limites e possibilidades do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares. 2001.

SILVA, Ana Tereza de et al. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, p. 4-9, 2002.

SILVA, Viviane. As Conferências Públicas Nacionais como forma de inclusão política: alguns determinantes da capacidade inclusiva desses espaços de participação e deliberação. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SOUZA, Rodriane de Oliveira; LIMA, Marcela Natacha dos Santos Caxias de. A expansão do setor privado no SUS: contrarreformas na saúde do governo Bolsonaro. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019**. 2019.

SOUZA, Abnoel Leal de. Bahia de todos os loucos: um estudo de psiquiatria social. In: **Bahia de todos os loucos: um estudo de psiquiatria social**. 1984.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**, v. 49, n. 4, p. 472-480, 2009.

TESTA, Mario; PAIM, Jairnilson Silva. Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim. **Salud colectiva**, v. 6, p. 211-227, 2010.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira; CARPINTÉRO, Maria do Carmo Cabral. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 244-252, 2012.

TONET, Ivo. Qual política social para qual emancipação?. **SER Social**, v. 17, n. 37, p. 279-295, 2015.

TRABUCO, Karem Emannuely de Oliveira; SANTOS, Diajne da Silva. Da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. In: **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2000. p. 328-328.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 183-193, 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social & Sociedade**, n. 110, p. 288-322, 2012.

APÊNDICE - “CARTILHA” Proposta de planejamento em saúde de Mario Testa

PLANEJAMENTO EM SAÚDE PROPOSTA DE MÁRIO TESTA

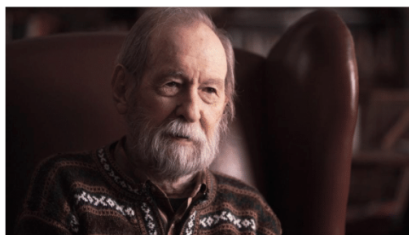


Objetivo:

**Divulgar o Planejamento em Saúde
proposto por Mario Testa**

Quem é Mario Testa?

Ator importante na história do planejamento em saúde na América Latina. Propôs o método CENDES/OPS, acompanhou sua implementação e avaliou suas fragilidades. Sendo assim, construiu bases para criticar e construir um novo pensar para o planejamento em saúde.



Os fundamentos de sua proposta são: o Diagnóstico Situacional; o Poder; o Postulado de Coerência e as Propostas Programático-Estratégicas.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Sua reflexão teórica parte do pressuposto de que a resolução dos problemas de saúde extrapola os limites setoriais e de que não é possível o tratamento setorial isolado de seu contexto social, assim como não é

possível modificar o social só a partir de propostas setoriais. Portanto, **é fundamental o reconhecimento do social como totalidade**. Esta seria a única maneira de se conseguir uma correta caracterização do setor e de formular propostas que o articulem com outras formulações. O diagnóstico situacional é, portanto, fundamental na perspectiva de planejamento proposta pelo autor. Para se realizar a **Síntese diagnóstica**, ou seja, a reconstrução da realidade em saúde, a identificação de atores e seus interesses, a estrutura de poder, suas forças e relações, são necessários os:

Diagnóstico Administrativo: realizado através da epidemiologia social, de cadeias epidemiológicas e cálculos da alocação de recursos para o setor de saúde.

Diagnóstico Estratégico: realizado através da análise das relações de poder do setor (Técnico, Administrativo e Político) e identificação de desigualdades no setor de saúde. É fundamental para o planejamento identificar os atores e o tipo de poder que eles exercem para potencializar ou resolver o problema priorizado.

Diagnóstico Ideológico: compreensões dos grupos sociais sobre a saúde e a sociedade, consciência sanitária e social e práticas correspondentes

PODER

O poder é ou pode ser exercido, partindo da definição de política como uma proposta de distribuição do poder, e estratégia como uma forma de implementação de uma política. Testa distingue o poder em três tipologias:

Poder Administrativo: análise das atividades relacionadas às fases do financiamento e manejo de recursos

Poder Técnico: análise dos grupos sociais que manejam as informações e tecnologias na totalidade dos níveis de funcionamento do setor de saúde

Poder político: mobilização de grupos sociais e seus interesses no setor de saúde considerados enquanto ideologia

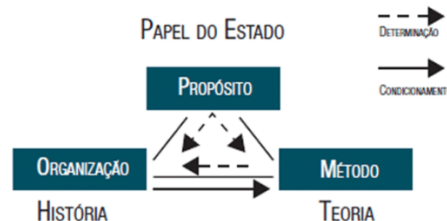
Poder Societário: ato de fazer a cada dia

Poder Cotidiano: construção da sociedade futura

O modo como estas distintas formas de poder se relacionam definirão o caminho que será percorrido para construir o poder de classe e o alcance da transformação necessária e objetivada. Logo, a chave do sucesso é a acumulação e consolidação do poder.

POSTULADO DE COERÊNCIA

É um diagrama que representa as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, condensadas em um determinado projeto.



O Propósito de mudança é o propósito de um governo. Ele influencia o Método. Propósito e Método se relacionam com a organização da instituição responsável pela execução dos processos de mudança. O propósito deve ser sempre o de transformação das relações de poder

por meio da realização de ações em saúde.

Por meio deste Postulado, pode-se realizar uma análise de coerência entre os propósitos de um Governo, expressos em seus planos e programas, os métodos e as tecnologias de gestão de políticas utilizadas para viabilizá-los, e uma análise, também, da organização das instituições, o que poderá configurar-se como favorável ou desfavorável à formulação e à implementação de uma determinada política.

PROPOSTAS PROGRAMÁTICO-ESTRATÉGICAS

São orientações para se pensar formas de implementar a ação de saúde através do comportamento dos atores, objetivando o alcance da liberdade de ação para transformar as relações de poder, ou seja, a redistribuição e acumulação de poder para os dominados. Testa propõe três tipos de programas:

Programas de abertura: criação de viabilidade para as mudanças, a partir da

construção de uma base social e de apoio pela negociação de forças sociais.

Programas de avanço: mudanças necessárias após a realização do diagnóstico. Formas organizativas, democráticas e participativas. Formação de equipe solidária e colaborativa e abertura do setor de saúde a participação direta da população.

Programas de consolidação: institucionalização das mudanças e medidas concretas que adquirem permanência

Assim, conforma-se o processo de mudança. Os efeitos esperados são transformar as relações de produção e de poder; a criação de uma nova ética de solidariedade e transparência; o impacto na consciência dos sujeitos e a intervenção na determinação social através da mediação e da vontade coletiva e transformadora.

*Transformando-se as práticas,
transforma-se a consciência,
transformando-se a consciência,
transformam-se os comportamentos.*
(Giovanella, 1990)

As contribuições de Testa se relacionam deste modo:



Imagem: GONÇALVES, Adriana Dutra (2023)

REFERÊNCIAS:

GIOVANELLA, Lígia et al. Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 1989.

LACERDA, Josimari Telino de; BOTELHO, Lúcio José; COLUSSI, Claudia Flemming. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19821/mod_resource/content/2/u2/top3_1.html