Participação, deliberação e políticas públicas: a dinâmica das Conferências Nacionais de Saúde Mental

Participation, discussion and public policies: the dynamics of the National Conferences of Mental Health [Conferências Nacionais de Saúde Mental - CNSM].

Participación, deliberación y políticas públicas: la dinámica de las Conferencias Nacionales de Salud Mental.

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSMs), o contexto político-social em que elas ocorreram e seus principais desdobramentos em diretrizes e propostas de leis para as políticas de saúde mental no Brasil. À luz do arcabouço teórico sobre participação e governança, o artigo também explorou o papel das conferências nacionais na redefinição das relações entre sociedade civil e Estado quanto ao processo de inovação institucional e à promoção de novos valores.

Palavras-chave: Participação, Deliberação, Políticas públicas, Instituições participativas, Conferências Nacionais de Saúde Mental

Tábata Moreira - tabatafmoreira@gmail.com

Possui graduação em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2010) e mestrado em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro (2013).

Artigo submetido no dia 02-01-2014 e aprovado em 08-12-2014

Abstract: The purpose of this article is to analyze the final reports of the Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), the political and social context in which they occur, as well as, the main developments thereof on guidelines and bills for mental health policies in Brazil. At the light of the theoretical framework on participation and governance, the article also explored the role of the national conferences in redefining the relations between the civil society and the State, in the process of institutional innovation, as well as in the promotion of new values.

Key words: Participation; Discussion; Public Policies; Institutions Participating; National Conferences Of Mental Health (Conferências Nacionais de Saúde Mental).

Resumen: El objetivo de ese artículo es analizar los reportes finales de las Conferencias Nacionales de Salud Mental (CNSM), el contexto político y social en los cuales ocurrieron, así como los principales desdoblamientos de las mismas en directrices y propuestas de leyes para las políticas de salud mental en Brasil. A la luz del andamiaje teórico sobre participación y gobernanza el artículo también explotó el rol de las conferencias nacionales en la redefinición de las relaciones entre la sociedad civil y el Estado en el proceso de innovación institucional, bien como en la promoción de nuevos valores.

Palabras clave: Participación; Deliberación; Políticas Públicas; Instituciones participativas; Conferencias Nacionales de Salud Mental.

Esta obra está submetida a uma licença Creative Commons

1 Introdução

O objetivo deste artigo é analisar os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSMs), o contexto político-social em que elas ocorreram e seus principais desdobramentos em diretrizes e propostas de leis para a política de saúde mental no Brasil. Para tanto, o método adotado foi a análise documental (Silva, Almeida, & Guindani, 2009) dos relatórios finais das quatro CNSMs. Essa análise consistiu em identificar informações factuais sobre os atores que participaram das conferências, o contexto em que elas aconteceram e as mudanças conceituais concernentes às pessoas acometidas pelo transtorno mental (a doença) e as formas de tratamento.

As conferências nacionais de políticas públicas consistem em práticas participativas e deliberativas organizadas pelo poder executivo em parceria com a sociedade civil, convocadas com o objetivo de construir consensos, estabelecer pactos e monitorar as políticas públicas. Avritzer e Souza (2013) e Pogrebinschi (2010) apontam que as conferências tornaram-se a principal forma de participação em nível federal, cumprindo, assim, um papel crucial no processo de diálogo e compartilhamento de decisões entre os atores da sociedade civil (tradicionalmente excluídos dos espaços de atuação política) e os governos municipal, estadual e federal, envolvidos nos mais diversos temas. No caso da saúde mental, as conferências viabilizaram a continuidade do processo, iniciado no Brasil nos anos 1970, de crítica ao modelo vigente de assistência hospitalar e de definição de estratégias que tornassem exequível a implementação da reforma psiquiátrica a partir dos anos 1980.

Este artigo está estruturado em três seções, a primeira traça o referencial teórico sobre participação, instituições participativas e governança social; a segunda diz respeito às CNSMs e a última refere-se às considerações finais.

Participação e deliberação: notas introdutórias

O objetivo desta seção é discorrer sobre as principais questões referentes à participação e ao processo de deliberação nas esferas públicas. Busca-se, sobretudo, evidenciar a importância das conferências nacionais na condição de dispositivo de participação, controle social, debate e síntese democrática das principais diretrizes e medidas operacionais para formular, implementar e monitorar as políticas públicas do Poder Executivo brasileiro.

No Brasil a democracia participativa tem sido alvo de estudos sistemáticos, especialmente a partir do arcabouço legal fornecido pela Constituição de 1988. Avelar (2007) elucida que a participação política diz respeito à ação de indivíduos e grupos que têm por objetivo influenciar o processo político ou, de forma mais ampla, uma ação desenvolvida em solidariedade com outros atores, seja no âmbito de um grupo, classe, seja no Estado, que tem por finalidade intervir, ou não, em uma estrutura formada em torno de interesses dominantes.

Relacionada à ideia de soberania popular, a participação política é considerada um instrumento de legitimação e fortalecimento das instituições democráticas e de ampliação dos direitos de cidadania. Importa explicar que as formas e canais de participação

variam de acordo com o contexto histórico e da situação social dos que participam, o que nos leva a dizer que a lógica de participação dos indivíduos nem sempre é a mesma.

A participação política pode ser analisada a partir de duas correntes teóricas: a agregativa e a deliberativa (Pereira, 2007). Em síntese, o primeiro grupo analisa as decisões coletivas a partir dos elementos eleitorais, de maneira específica, o voto. Já o segundo busca compreender a formação de preferências a partir do estudo do diálogo. Nessa perspectiva, a participação política ocorre pela articulação entre a sociedade civil e o sistema político-administrativo nas esferas públicas.

É por meio do diálogo que os atores societários têm tematizado situações problemáticas ou influenciado os centros decisórios e, sobretudo, participado do processo de formulação de políticas públicas. Tal prática tem viabilizado a produção de “novos desenhos institucionais democráticos que incorporam novas práticas culturais na esfera da política democrática” (Avritzer, 2005, p. 569).

Avritzer e Pereira (2001) demonstram que esses “novos desenhos institucionais” são lócus de partilhamento dos processos deliberativos entre atores sociais e políticos ou associações da sociedade civil. Segundo esses autores, esses locais têm viabilizado a ampliação da presença e participação dos atores sociais na apresentação de certos temas, como saúde, assistência social, políticas urbanas, segurança e meio ambiente. Entre esse universo de instituições participativas, podemos citar os conselhos gestores, conselhos de políticas públicas, conferências, orçamento participativo, audiências,

debates e consultas públicas, fóruns, entre outros (Avritzer, 2007).

O estabelecimento de instâncias participativas pode se dar por pelo menos três formas: 1) desenho participativo de baixo para cima; 2) processo de partilha de poder; 3) processo de ratificação pública. Tais formas podem ser diferenciadas entre si, essencialmente por três variáveis – iniciativa na proposição do desenho, organização da sociedade civil na área em questão e vontade política do governo em implementar a participação –, que determinam sua capacidade para democratizar o governo. Nas palavras do autor, “(...) o sucesso dos processos participativos está relacionado não ao desenho institucional e sim à maneira como se articulam desenho institucional, organização da sociedade e vontade política de implementar desenhos participativos” (Avritzer, 2008, p. 3).

Dentre o conjunto de instituições participativas, Pogrebinschi (2010) nos chama a atenção para as conferências nacionais. Sua importância justifica-se pelo fato de elas consistirem em instâncias de deliberação e participação que têm por objetivo prover diretrizes para subsidiar a formulação de políticas públicas no âmbito federal. Para tanto, as conferências contam com a participação paritária de representantes dos três níveis de governo e dos da sociedade civil.

Sobre a organização das conferências nacionais de políticas públicas, importa ressaltar que:

[...] são organizadas pelo Poder Executivo em parceria com a sociedade civil, já ativa que esta se encontra nos diferentes conselhos nacionais de políticas ou nos diver-

tos grupos de trabalho constituídos nos ministérios e secretarias. São convocadas pelo Executivo com a manifesta intenção de prover diretrizes para a formulação de políticas públicas, tendo como especial foco a elaboração ou revisão de planos nacionais de políticas para as mais diversas áreas, setores e grupos da sociedade civil (Pogrebinschi, 2010, p. 10).

Em regra, as conferências nacionais têm ampliado o papel dos cidadãos na gestão da coisa pública, assegurando a universalidade na definição das políticas ali deliberadas e a reconfiguração da proporcionalidade dos eventuais interesses partidários ali representados. Pogrebinschi (2010) ressalta que foi a partir de 2003 que as conferências nacionais tornaram-se mais amplas abrangentes e inclusivas, o que significa, respectivamente, aumento da participação de representantes da sociedade civil, deliberação de temas cada vez mais diversos e, sobretudo, participação de grupos heterogêneos e minoritários.

É por meio da dinâmica entre participação/deliberação e representação entre representantes da sociedade e do Estado, revelada nas conferências nacionais, que as demandas de diversas áreas, setores e grupos são convertidos em proposições legislativas, sendo assim incorporadas na agenda governamental (Pogrebinschi, 2010).

Nessa nova forma de gestão, a sociedade civil participa ativamente dos processos decisórios, o que possibilita a ocorrência do “empoderamento” dos principais atores sociais e do fortalecimento do poder local, além da comunidade se tornar corresponsáveis pelas políticas públicas. Nesse sen-

tido, obtém-se de fato a democratização dos processos decisórios do governo.

Importa ressaltar que essas novas instâncias participativas não visam sobrepor ou até mesmo substituir as formas tradicionais de representação. Nas palavras de Brasil (2007), as formas ampliadas de participação nos processos decisórios e de deliberação se colocam como elementos complementares aos mecanismos de representação.

Em consonância com Brasil (2007), Pogrebinschi (2010) elucida que:

Se as novas práticas ampliam a participação direta dos cidadãos, isso não significa que as instituições políticas tradicionais tenham se tornado menos aptas a representá-los. As práticas participativas fortalecem a democracia ao ampliar o papel dos cidadãos na mesma. Mas isso não se dá em detrimento da representação política e suas instituições. Ao fortalecimento das formas supostamente não representativas de democracia, não corresponde, portanto, o enfraquecimento do governo representativo (Pogrebinschi, 2010; p. 7).

Diante da evidência que novas instâncias participativas, como as conferências nacionais, fortalecem a representação política, e subsequente às práticas democráticas, busca-se na próxima seção ressaltar o papel das CNSMs como espaço de deliberação de propostas e diretrizes para políticas públicas, vocalização das demandas sociais, políticas e econômicas e materialização de inovações institucionais.

A dinâmica das CNSMs

Esta seção versa sobre as principais questões deliberadas nas quatro conferências nacionais de saúde mental, com o objetivo de identificar inovações, lacunas e desafios no campo da saúde mental. As CNSMs tornou evidente a viabilidade de construir um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, que alterasse os conceitos, os valores, a estrutura da rede de atenção e, sobretudo, a forma de lidar com as pessoas com experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania (Brasil, 2001).

Inserido no cenário italiano das décadas de 1960 e 1970, o Movimento Antimanicomial configurou-se a partir do questionamento e da negação do sistema institucional no que se refere tanto à esfera psiquiátrica quanto às estruturas sociais que o sustentam. Contrário à narrativa que legitimava a relação estabelecida entre doentes, médicos e enfermeiros, o Movimento Antimanicomial denunciou a premissa de que os doentes mentais deveriam ser isolados do convívio social em hospitais psiquiátricos, manicômios judiciais ou nos serviços especializados extramuros, como também a violência e os maus tratos que eles estavam sujeitos caso fossem internados.

O Movimento Antimanicomial italiano tornou-se referência para futuras iniciativas que também visavam ao processo de transformação da instituição psiquiátrica. Dessa forma, iniciou-se no Rio de Janeiro a organização de dois movimentos: Movimento de Renovação Médica (1970) e Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (1978). A constituição de tais movimentos possibilitou o questionamento das políticas psiquiátricas em voga, as quais preconizavam que o tratamento de transtornos mentais deveria ocor-

rer em privação de liberdade. Em resposta a tal diretriz, os movimentos visaram à desconstrução dos modelos asilares e à substituição dos serviços ofertados aos cidadãos acometidos pelo transtorno mental, prezando por uma nova cidadania e uma nova ética, que, somada à ideia de emancipação do sujeito, estivesse atenta às novas formas de exclusão social.

Em um contexto marcado pela transição do regime ditatorial militar à consolidação da democracia, consolidou-se no Brasil a Reforma Psiquiátrica. Processo político-social que se propôs a alterar os modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental, defender a saúde coletiva, proporcionar a equidade na oferta dos serviços e promover o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (Delgado, 2007).

Em resposta a denúncias e reivindicações de reforma no campo psicossocial, em 1987 ocorreu, em Bauru, no Estado de São Paulo, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, evento no qual se cunhou o lema de ordem *Por uma sociedade sem manicômios*, e legitimou-se o Movimento de Luta Antimanicomial, compreendido como um fenômeno associativo de caráter mobilizador e reivindicador, que congregou profissionais de saúde mental, cidadãos acometidos pelo transtorno mental e familiares dos portadores de sofrimento psíquico em prol do *fim dos manicômios* (Duarte, 2008).

A necessidade por serviços de qualidade no âmbito da saúde mental cresceu e se tornou ainda mais complexa, exigindo, assim, a permanente atualização e diversificação

das formas de mobilização, de gestão e articulação política e a construção de estratégias inovadoras de cuidado. Entretanto, as mudanças ocorridas se entrelaçam com o desafio de concretizar o processo de reforma psiquiátrica, tanto no campo legislativo, quanto no modelo assistencial psiquiátrico ofertado aos cidadãos acometidos pelo transtorno mental.

Sob a égide dos princípios da Reforma Psiquiátrica, em 1987, ocorreu no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM). Sua estruturação contou com três temas centrais: *Economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental, e Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental*.

O desafio da I CNSM era superar o emblemático modelo assistencial, baseado no modelo médico psiquiátrico, considerado caro, ineficaz e iatrogênico, que violava os direitos humanos fundamentais. Para tanto, teve-se como proposta a implementação da Reforma Sanitária, o fomento de ações e serviços de saúde que levassem à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), à formação de Conselhos de Saúde, à democratização das instituições da unidade de saúde, à proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais e à implementação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas e de recursos assistenciais alternativos aos asilares, como hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalho protegido, descentralização e maior capacitação técnica dos ambulatorios de rede pública, visando melhor poder de resolubilidade.

Ao analisar a I CNSM, observa-se a necessidade de mudanças estruturais a partir do processo da reforma psiquiátrica brasileira, a qual transcende o restrito campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão global e complexa. Isto é, para tornar-se um processo que ocorre a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (Amarante, 1998).

Em consonância com as questões deliberadas na I CNSM, formulou-se, em 1989, o Projeto de Lei n. 3657/89. Conhecido como projeto Paulo Delgado, previa extinção progressiva dos manicômios, substituição dos serviços por outros recursos assistenciais e regulamentação da internação compulsória. Apesar de não ter sido transformado em Lei de imediato, o projeto tornou-se fonte de inspiração para a formulação de leis estaduais e municipais, todas com o mesmo preceito do projeto inicial (Goulart, 2006).

Precedida de importantes eventos para o campo da Saúde Mental, como os avanços proporcionados pela Reforma Psiquiátrica, a II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), datada de 1992, teve como eixos temáticos: *Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil, Reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil e Tecnologias, modelo assistencial e saúde mental no Brasil*.

A II CNSM representou um marco significativo na história recente da política de saúde mental, na qual se pôde aprofundar as críticas ao modelo hegemônico e formalizar o esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, seja no que diz res-

peito às lógicas, aos conceitos e a valores que deveriam reger a estruturação da rede de atenção, seja na forma de lidar com as pessoas com a experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadão. As discussões então realizadas legitimaram as medidas e os processos já em curso naquele período, apontaram as novas iniciativas e as recomendações de afirmação, garantia e (re)construção dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e de transformação do modelo assistencial, que foram assumidas como as duas diretrizes principais para o processo de reforma.

Ao encontro das demandas publicizadas na II CNSM, importa ressaltar a promulgação das portarias n. 189/91 e n. 224/92 do Ministério da Saúde. Em síntese, a portaria n. 189/91 objetivou organizar os serviços de saúde mental a partir dos princípios de descentralização, universalização, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; instituir métodos e técnicas terapêuticas diversas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantir a continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalizar a prestação de serviços; tornar possível a participação nos processos de formulação, avaliação, monitoramento das políticas de saúde mental; definir os órgãos gestores locais como responsável pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

Já a Portaria n. 224/92 teve por objetivo atribuir funções para o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Por serem unidades de saúde locais/regionalizadas, o NAPS e o CAPS atendem a uma população

definida pelo nível local e ofertam serviços de saúde que intermediam o regime ambulatorial e a internação hospitalar, contemplando, assim, a necessidade por serviços de urgência psiquiátrica ou de internação hospitalar (Amarante & Torre, 2001; Torres, 2008).

Nos anos que se seguiram, diversas iniciativas foram realizadas, entre as quais o desenvolvimento de diversas experiências municipais de implementação de novos modelos de atenção em saúde mental comprometidos com as diretrizes da reforma; a criação de novas modalidades assistenciais, dispositivos e ações, como CAPS, NAPS, Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS), Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Oficinas Terapêuticas, Hospitais-dia, Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias assistidas), Centros de Convivência, inclusão da saúde mental na atenção básica e no Programa Saúde da Família (PSF), Projetos de Inserção no Trabalho e Cooperativas, Projetos de Intervenção Cultural, atenção domiciliar e ações comunitárias e territoriais que forjaram práticas inovadoras, entre as quais: novas formas de cuidado da complexidade do sofrimento, transformação da relação entre usuários e familiares, criação de novos processos de trabalho no cotidiano dos serviços, inserção no território, criação e potencialização de redes sociais e de suporte, desenvolvimento de múltiplos projetos de inserção no trabalho, acesso aos direitos e de participação na vida pública; publicação de portarias ministeriais com o objetivo de reorientação do modelo assistencial por meio da inclusão de modalidades assistenciais substitutivas ao hospital psiquiátrico na tabela de financiamento; processos de vistorias, fiscalização

e credenciamento dos hospitais psiquiátricos; criação de várias associações de usuários, familiares e profissionais que desenvolvem uma multiplicidade de projetos, que têm propiciado novas formas de participação e inserção social; criação das comissões nacional e estaduais de reforma psiquiátrica e em saúde mental vinculadas às instâncias de controle social do SUS; aprovação de leis estaduais e municipais orientadas pelas diretrizes da reforma; aprovação da Lei n. 9.867, de criação das Cooperativas Sociais.

Em paralelo ao reconhecimento dessas conquistas, persistem os desafios e dificuldades do processo de reforma psiquiátrica no país. A III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), realizada em 2001, visou criar uma oportunidade de discussão e avanço desse processo. Para isso, assumiu-se que o debate principal ocorresse em torno do eixo temático “Reorientação do Modelo Assistencial”, dentro do qual foram indicados os seguintes subtemas: recursos humanos, financiamento, controle social, direitos, acesso e cidadania.

Como dispositivo de discussões, buscou-se encontrar meios eficazes de incluir a população que não têm acesso à saúde mental no contexto do SUS; deteriorar o modelo assistencial com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares e, por fim, no âmbito da legislação, criar um novo locus social para a loucura.

A Reforma Psiquiátrica tem na essência de sua motivação a busca incessante do direito e da cidadania. Por conseguinte, não pode ser dissociada de todas as dificuldades que

naquele momento a humanidade estava enfrentando, diante da deterioração da qualidade de vida, da marginalização crescente de grandes contingentes populacionais e da exacerbação das diferenças entre ricos e pobres, frutos da economia neoliberal concomitante ao processo de globalização. Dessa forma, preconizou-se a reabilitação psicossocial os cidadãos que apresentavam transtornos mentais, mediante princípios como respeito e recontextualização de suas diferenças, preservação de sua identidade e cidadania, envolvimento e participação ativa no tratamento por parte dos familiares e responsáveis, horizontalidade nas relações, multiprofissionalidade com interdisciplinaridade, desinstitucionalização e autonomia.

Se, por um lado, a III CNSM reafirmou os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e comemorou a promulgação da Lei n. 10.216, por outro, vislumbrou a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado.

Frente a estes desafios – complexidade e caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo –, realizou-se, em 2001, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM). Essa teve como eixo temático: *Saúde mental – direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*. Como subtema, discutiu-se sobre: a) Políticas sociais e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; b) Consolidação da rede de aten-

ção psicossocial e fortalecimento dos movimentos sociais; c) Efetivação dos direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial.

Ainda sobre os fatores que delinearam e incidiram sobre o cenário da realização da IV CNSM, importa destacar a ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e de precarização do emprego. Em um segundo momento, destaca-se a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos intersetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussão na organização e representação política de parte dos médicos no país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase ao modelo biomédico, imprimindo forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica; uma expansão de serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais psiquiatras para o trabalho em saúde pública, gerando certa carência de profissionais em saúde mental, e pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do crack no país, com enorme repercussão política, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única.

Apesar dos desafios mencionados, a realização da IV CNSM obteve importantes con-

quistas, entre elas, a delimitação do campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere na área da saúde e ao mesmo tempo a transcende, com interfaces importantes, necessárias e recíprocas com os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes etc.

No campo legislativo, houve a ampliação da Lei n. 10.216, de 10 de abril de 2001. Como proposta, buscou-se a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, a extinção progressiva dos manicômios no país e o redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária e dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Já as demandas sociais dos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação ininterruptos), foram atendidas pelo Governo Federal a partir da formulação da Lei n. 10.708, de 2003, intitulada De Volta para Casa. O objetivo desse programa é contribuir e garantir efetivamente o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

O estudo das CNSMs nos permite perceber a transformação cultural, política e social viabilizada pela Reforma Psiquiátrica. Os relatos evidenciam a importância da participação no processo de construção de um modelo alternativo que preze, sobretudo, a promoção de justiça e da liberdade e a reconstrução dos vínculos comunitários das pessoas com transtorno mental.

Pela análise das CNSM, da legislação e das normativas orientadoras da política de saúde mental, percebe-se uma mudança na forma de entender o transtorno mental e na sua própria denominação dos que por ele são acometidos: cidadãos em estado de sofrimento mental. A cada nova designação, tem-se uma reflexão na forma de compreender o problema e atuar sobre ele.

A título de síntese, seguem em anexo o quadro 1 (Conferências Nacionais de Saúde Mental) e o quadro 2 (Normativas e leis referentes à saúde mental), com o conteúdo das mencionadas conferências e da legislação relativa ao atendimento e à prestação de serviços no campo da saúde mental.

Considerações finais

O conjunto de questões problematizadas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental tornou evidente que as experiências de participação e deliberação nas esferas públicas podem fomentar e consolidar as inovações no arcabouço institucional das políticas públicas. No caso da saúde mental, tais mudanças resultaram na produção de novos significados sobre a forma de interpretar o sofrimento mental e na formulação de estratégias para seu enfrentamento.

A concretização de tais inovações tornou-se plausível devido ao processo de democratização pelo qual o país estava passando, cenário político-social que possibilitou a articulação e a mobilização de diferentes atores na busca da garantia dos direitos civis, políticos e sociais. Dessa forma, as CNSMs materializaram a construção e o fortalecimento de uma rede de atores (movimento social, profissionais da saúde, familiares e usuários dos serviços de saúde mental), que, apesar do jogo de interesses, dos conflitos e coalizões, conciliaram ações e estratégias em contexto político favorável às demandas pelo direito à cidadania.

Por anteceder a Constituição de 1988, as CNSMs evidenciaram, a priori, questões da trajetória das políticas de saúde, como fomento de ações e serviços de saúde que criassem o SUS, formação de Conselhos de Saúde e democratização das instituições da unidade de saúde. Já a temática saúde mental se insere na agenda da I CNSM de maneira incipiente e traduz os princípios da Reforma Psiquiátrica. Se antes o portador de saúde mental era percebido com indivíduo desprovido da razão, a I CNSM torna evidente a necessidade de transformar essa ideia e percebê-lo como indivíduo dotado de direitos, inclusive o de ser cidadão.

De maneira pontual, entretanto, inovadora, a II CNSM não só resgatou algumas questões já tematizadas na conferência anterior, como também introduziu a necessidade de construir um modelo assistencial que transcendesse o tradicionalismo psiquiátrico. As inovações foram além dos processos de elaborar novos significados sobre o transtorno mental e configurar as agendas de políticas públicas, as quais se materializaram na

construção dos serviços substitutivos.

Não menos importante, no campo normativo, houve a aprovação Lei n. 9.867, que permitiu o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial aos pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. A mencionada lei significou um importante instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e, assim, incluir os cidadãos acometidos pelo transtorno mental na dinâmica da vida diária, em seus aspectos socioeconômicos.

Em um primeiro momento, a III CNSM evidenciou os desafios e lacunas a serem superados no campo da saúde mental. Ainda se discutiram a inserção dos cidadãos acometidos pelo transtorno mental no SUS, a construção de um modelo assistencial condizente com os princípios da Reforma Psiquiátrica e a expansão da rede de atenção comunitária. Em um segundo momento, a III CNSM mostrou-se significativa para a construção de novas ideias, as quais apontavam complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental.

Em consonância com as demandas e desafios expostos na III CNSM, a IV CNSM se configurou a partir da ideia de moldar a Política de Saúde Mental segundo os princípios intersetoriais. A intersectorialidade consiste em criar interfaces entre os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes etc. Esse diálogo entre os mais diversos campos levou à consolidação da Reforma Psiquiátrica frente aos desafios impostos tanto pelos processos de desinstitucionalização e inclu-

são social, quanto pela solidificação de uma rede assistencial de atenção psicossocial que superasse e substituísse os hospitais psiquiátricos – serviços substitutivos exclusivamente de caráter público estatal.

Entre as diversas conquistas obtidas pela IV CNSM, é notória a mudança de percepção sobre as pessoas acometidas pelo transtorno mental, agora entendidas como sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares, que protagonizam na política, na sociedade e, sobretudo, em seu modo de fazer e levar a vida. Entretanto, ainda, se faz necessário superar os desafios referentes à mercantilização da saúde mental, à ampliação da oferta de serviços, ao investimento na política, à construção de indicadores que permitam monitorar e avaliar o andamento da política, à promoção de integração de ações com os diversos programas públicos assistenciais, ao efetivo desenvolvimento de projetos comunitários capazes de responder à proposta de reabilitação e reintegração daqueles que se tornam usuários dos serviços de saúde mental e, não menos importante, à própria consolidação da reforma psiquiátrica e à desinstitucionalização, processos que ocorrem em longo prazo. Desafios esses que acusam a necessidade de mobilização constante e esforços sistemáticos por parte dos atores societários, que participam do processo de construção e inovação da política de saúde mental.

Referências

Amarante, P., & Torre, E. (2001). A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em debate* (Revista do Centro

Brasileiro de Estudos de Saúde). Rio de Janeiro (Vol. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago).

Avelar, L. (Org.), & Cintra, A. O. (Org.). (2007). *Sistema político brasileiro: uma introdução*. 2. ed. (Cap. 2, pp. 117-129; Cap. 4, pp. 261-290; Cap. 7, pp. 467-471). São Paulo: Unesp.

Avritzer, L. P., & Dolabela, M. L. (2001). Democracia, participação e Instituições híbridas. *Teoria e sociedade* – número especial. pp. 1-17.

Avritzer, L., & Zander, N. (Org.). (2003). *A inovação democrática no Brasil*. São Paulo: Cortez.

Avritzer, L. (2005). Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In Santos, B. S. (Org.). *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. 3a. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. pp. 551-597.

Avritzer, L. P., & Dolabela M. L. (2007). Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. In *Dados – Revista de Ciências Sociais* (Vol. 50, n. 3, pp. 443-464).

Avritzer, L. P., & Dolabela, M. L. (2008, Junho). Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. In *Opinião Pública*, Campinas (Vol. 14, n. 1, pp. 43-64).

Avritzer, L. (2009). *Experiências nacionais de participação social*. São Paulo: Cortez.

Avritzer, L. (2010). *Sociedade civil, instituições participativas e representação*:

da autorização à legitimidade da ação. Recuperado em 1 abril, 2010, de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582007000300001

Avritzer, L., & Souza, C. H. L. de. (2013). *Conferências Nacionais atores, dinâmicas participativas e efetividade*. Brasília: Ipea. p. 270.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro de documentação. (1988). *Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental* – Relatório final. Brasília, DF. p. 44.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro de documentação. (1992). *Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental* – Relatório final. Brasília, DF. p. 36.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro de documentação. (2001) *Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental* – Relatório final. Brasília, DF. p. 44.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro de documentação. (2010) *Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental* – Relatório final. Brasília, DF. p. 213.

Delgado, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. (2000). In Mello, M. F., Mello, A. A. F., & Kohn, R. (Org.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed. pp. 39-83.

Duarte, R. A. (2008). *[Re]tratando a família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental*. Dissertação de mestrado em Educação Cultura e Organizações Sociais, Fundação Educacional de Divinópolis (Funedi), Divinópolis.

Brasil, Duque, F. de P. (2007). A participação cidadã nas políticas sociais e na gestão de programas e projetos: potenciais e desafios. In *Gestão e Avaliação de Políticas Sociais*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas. pp. 115-153.

Goulart, M. S. B. (2006, Junho). A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesquisas e práticas psicossociais*. São João Del Rey (Vol. 1, n. 1).

Pereira, M. A. G. (2007). Modelos democráticos deliberativos e participativos – similitudes, diferenças e desafios. In *Democracia, sociedade civil e participação*. Chapecó: Argos. pp. 421-452.

Pogrebinschi, T. (2010). *Entre representação e participação: as conferências nacionais e o experimentalismo democrático brasileiro*. Brasília: Ministério da Justiça (Série Pensando o Direito).

Silva, J. R. S., Almeida, C. D. de, & Guindani, J. F. (2009, Julho). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais* (Ano I, n. I).

Torres, F. D. (2008). Acompanhamento terapêutico: redescobrimo a vida. In Nilo, K. et al. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.

Anexos

Quadro 1. Conferências Nacionais de Saúde Mental	
Conferências/Ano	Eixos Principais
I Conferência de Saúde Mental/ 1987	I Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental II Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental III Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental
II Conferência de Saúde Mental/ 1992	I Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil II Reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil III Tecnologias, Modelo Assistencial e Saúde Mental no Brasil
III Conferência de Saúde Mental/ 2001	I Reorientação do Modelo Assistencial III Acessibilidade IV Direitos V Cidadania VI Controle social
IV Conferência de Saúde Mental / 2010	I Políticas sociais e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais II Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais III Direitos humanos de cidadania como desafio ético intersetorial

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2. Normativas e leis referentes à saúde mental

Legislação	Eixos principais
Projeto de Lei n. 3657/1989	Extinguir progressivamente os manicômios, substituindo-os por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação compulsória
Portaria n. 189/91	Organizar os serviços de saúde mental e os serviços de saúde mental a partir dos princípios de descentralização, universalização, hierarquização, regionalização e integralidade das ações
Portaria n. 224/92	Atribuir funções para o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Lei Federal n. 10.216/2001	Dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial para saúde mental
Lei n. 10.708, de 2003, intitulada "De volta para casa"	Viabilizar o processo de inserção social de cidadãos em sofrimento por meio de uma rede de recursos assistenciais e de cuidados

Fonte: Elaborado pela autora.