

**CADERNO DE TEXTOS SÓCIO-HISTÓRICOS  
PARA A 4ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE  
MENTAL**

**Porto Alegre  
2022**

**Autores:**

**Larissa Dall' Agnol da Silva  
Aline Basso da Silva  
Liamara Ubessi  
Fabiane Machado Pavani  
Sandra Maria Sales Fagundes  
Patrícia Genro Robinson  
Alexandra Kowalczyk de Oliveira  
Roque Júnior  
Karol Veiga Cabral  
Ivon Lopes Naval  
Dirceu Luiz Rohr Júnior  
Maria Conceição de Abreu  
Alexandre Valls Atz  
Marlon Bastos de Farias  
Eduardo Neumann Weber  
Laura Anelise Faccio Wottrich  
Cristian Da Cruz Chiabotto  
Carolina Eidelwein  
Maria de Fátima Bueno Fischer  
Paula Emilia Adamy  
Paola Falceta da Silva  
Edilene Joceli de Almeida  
Nathaniel Pires Raymundo  
Marilise Fraga de Souza  
Kinberlyn Pereira Rodrigues  
Tais de Almeida Domingues  
Veridiana Farias Machado**

# SUMÁRIO

<b>Carta ao Leitor e Leitora</b>	<b>3</b>
<b>Política de Saúde Mental como direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo aos avanços e à garantia dos serviços de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde.</b>	<b>6</b>
2.1 Breve contextualização histórica da luta por democracia, liberdade e construção de Políticas Públicas na Saúde Mental.	8
2.2 A Frente Ampliada Nacional em defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (FASM) e a articulação frente aos retrocessos na Saúde Mental	11
<b>3. Controle social na Saúde Mental do Rio Grande do Sul</b>	<b>13</b>
3.1 Considerações Gerais/Resgate Histórico Conferências Nacionais	15
<b>4. Caracterização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Rio Grande do Sul</b>	<b>19</b>
<b>5. Eixos da 4ª Conferência Estadual de Saúde Mental</b>	<b>25</b>
<b>Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos</b>	<b>25</b>
EIXO I - Cuidado em liberdade como garantia de Direito à cidadania	25
EIXO II - Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental.	26
EIXO III - Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade.	27
EIXO IV - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-síndrome:	37
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>38</b>

## 1. Carta ao Leitor e Leitora

Olá, queridos leitores e queridas leitoras!

A presente proposta do Caderno Orientador da 4ª Conferência Estadual de Saúde Mental está organizada de modo que possibilite vocês a trilharem os caminhos percorridos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, conhecendo um pouco os seus contextos sócio-históricos, adentrando às Conferências Nacionais e Estaduais já realizadas. Para isso, realizamos um resgate de importantes demandas que surgiram ao longo desses anos, as quais continuamos lutando, constantemente, com o Controle Social.

Nesse percurso, apresentamos o cenário atual, juntamente com os enfrentamentos que vivenciamos diariamente, tendo como eixos norteadores a busca pela garantia de uma política pública de saúde mental antimanicomial, baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade. Nós, os mentaleiros do Rio Grande do Sul, como somos chamados carinhosamente, estamos convidando vocês para caminharem conosco nessa empreitada importantíssima: a realização da IV Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul.

Acreditamos que unidos fortalecemos nossas redes, serviços e uns aos outros, para que possamos construir um novo capítulo dessa história, já iniciado a partir das conferências que estão sendo realizadas nos seus municípios. Almejamos construir novos rumos para a saúde mental que queremos, através da garantia dos direitos humanos e sociais, do enfrentamento à mercantilização da vida, em uma sociedade livre de manicômios!

História essa que iniciou nos anos de 1970, época em que os movimentos de luta por uma saúde digna, não vinculada à caridade, ganhavam força por todo país, tendo a participação de diversos atores: usuários, familiares, trabalhadores, movimentos sociais etc. Esse movimento, conhecido com Reforma Sanitária, reivindicava o acesso à saúde de forma universal, e que junto com a Reforma Psiquiátrica lutava pelo fim dos tratamentos baseados no isolamento, na violência institucional, da forte medicalização, da negligência e da exclusão social realizado pelos manicômios. A mudança desse cenário veio a ocorrer em 2001, somente depois de diversos atos populares que defendiam o cuidado em liberdade e a construção de uma rede de atenção à saúde mental, composta por diversos dispositivos e olhares sobre um cuidado em saúde mental. Cuidado esse que foi assegurado mediante a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.2016/2001).

Em relação ao estado do Rio Grande do Sul, relembramos que temos uma trajetória de lutas, e que no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira atuamos como pioneiros na

transformação do cuidado em saúde mental. Fundado em 1991 na cidade de Bagé-RS, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental foi quem provocou a discussão acerca da luta antimanicomial por aqui, construindo a Lei Estadual nº 9.716/92, que tinha intenção de substituir os hospitais psiquiátricos pelo atendimento em Hospitais Gerais, visando assim, o fechamento total dos manicômios. Apesar dessa vanguarda no movimento da reforma psiquiátrica brasileira ter inscrito no tecido social uma luta, então, pelo fim dos manicômios em todo território gaúcho, temos ainda hoje em nosso estado seis dessas instituições em funcionamento, assim como há tantas outras formas e locais em que ocorre o desamparo aos usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental.

É importante ressaltar que avançamos muito nas últimas décadas, no entanto é inegável constatar que nossas políticas públicas de saúde mental sempre sofreram ataques sistemáticos, e que se agravaram nesses últimos cinco anos, com o advento da Emenda Constitucional n 95, as privatizações e terceirizações dos serviços, as alterações nas portarias que redirecionaram grande parte dos recursos financeiros para leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, entre outros. Somado a isso, ainda entramos em uma crise sanitária, causada pela pandemia da COVID-19. Tudo isso vem nos colocando sob o risco de perder o que já foi e vem sendo construído com empenho e a muitas mãos.

Para que possamos resistir a esses e outros ataques que virão, garantindo o cuidado em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial, que tem preconizado o cuidado em liberdade, o respeito às questões de gênero, a demarcação étnico racial e a reparação dos danos causados aos povos originários, verdadeiros donos da terra, precisamos nos comprometer a mudar esse cenário. Somente nos unindo nessa empreitada é que teremos forças para combater as desigualdades sociais e garantir nossos direitos. Já tivemos em outubro/2021, a 1ª Conferência Popular Nacional de Saúde Mental Antimanicomial, que reuniu cerca de mil pessoas de norte a sul do país, com o tema “+ Liberdade + Diversidade + Direitos = Democracia”. Articulada ao Conselho Nacional de Saúde, representou uma das etapas preparatórias à 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, elencando propostas e mantendo constante movimento de mobilização com vista à realização das conferências municipais e estaduais.

Compreendendo que estamos vivenciando esse momento de em que a lei do mais forte tem prevalecido, e que neste ano a Lei da Reforma Psiquiátrica completa 20 anos, convidamos todo povo gaúcho à construir juntos esse momento histórico, em que lutaremos com força e garra, pois a luta é permanente e convoca ninguém largar a mão de ninguém. Conforme o documento norteador, estar presente na construção dessa história é:

[...] reconhecer e debater coletivamente as conquistas, os avanços, os desafios das práticas, os pontos críticos, as exigências ainda não

contempladas, as principais barreiras e as inovações a serem produzidas, em diálogo com a multidimensionalidade das necessidades das pessoas, dos coletivos e dos territórios que compõem este processo de análise e de construção de proposições na perspectiva de retomar e avançar o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira que vinha em curso no país (Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2021; p. 2).

Portanto, seguiremos reafirmando:

**NENHUM PASSO ATRÁS, MANICÔMIOS, NUNCA MAIS!**

## **2. Política de Saúde Mental como direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo aos avanços e à garantia dos serviços de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde.**

No Brasil e no mundo, a disputa posta pelo modelo de atenção em saúde mental nunca substituiu totalmente a lógica manicomial para implementar de forma plena o modelo de atenção psicossocial. Convivemos com manicômios e com práticas manicomiais em nossa sociedade, ao mesmo tempo em que implementamos uma rede substitutiva.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) sofre ataques constantes desde sua elaboração, que se intensificaram nos últimos cinco anos. As mudanças impostas colocam em risco conquistas históricas, que são sustentadas por quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, pela Lei nº 10.216/2001 e pela Lei Brasileira de Inclusão, amplamente reconhecidas no cenário nacional e internacional, pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

No contexto brasileiro, há um agravamento da crise e do sofrimento mental da população, que se relaciona à desigualdade social histórica. Mesmo com os avanços no campo das políticas sociais e da democracia, são identificadas diferenças evidentes entre as classes sociais e econômicas da população brasileira. Alguns grupos concentram maior poder aquisitivo e riquezas, em oposição a outros que em situação de extrema pobreza e marginalização social, sofrem mais com o pouco ou ausente acesso à: saúde, educação, cultura, lazer, trabalho e renda, aquisição de bens, além de conviverem cotidianamente com a discriminação e o preconceito (SPOSATI, 2020).

Trata-se de determinantes sociais que têm impactado na saúde da população brasileira, incluindo a saúde mental de grupos sociais que se encontram em alerta, principalmente, aqueles em que as populações estão em um lugar, historicamente, de invisibilidade. A redução dessas desigualdades sociais deve ser realizada mediante a construção e a implementação de políticas públicas que garantam a seguridade da cidadania e dos princípios e das diretrizes do SUS, tendo como promotores disso os órgãos de gestores e de controle social.

Soma-se a esse cenário o advento da COVID-19 (*Coronavirus Disease*), causada pelo novo Coronavírus (SARS-Cov2), um desafio na saúde pública em âmbito mundial. As características do novo Coronavírus foram marcadas pela fácil disseminação e alta transmissibilidade. Diante disso, estratégias para contê-lo foram necessárias, visando promover proteção à população e mitigar as consequências. As principais medidas protetivas foram: etiqueta respiratória, higienização das mãos, diminuição da mobilidade e o isolamento social (XIANG et al, 2020). Esse cenário epidemiológico teve impactos refletidos por mudanças na organização social das populações, como fechamento de escolas, universidades, estabelecimentos comerciais, desemprego, aumento da violência doméstica, da fome, além de questões vinculadas ao aumento do adoecimento físico e mental da população (PAVANI et al, 2020).

Cabe ressaltar que o Sistema Único de Saúde (SUS), como todas as políticas públicas, já vinham sofrendo diversos reveses, desde 2016, com a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), que instituiu um regime fiscal orçamentário que interfere diretamente no setor público, e com a Contrarreforma Trabalhista (Lei 13.467/2017), que possibilitou a terceirização das atividades-fim.

E o Brasil nessa trajetória desastrosa de retirada de direitos e afrontas ao pacto social firmado na Constituição Federal de 1988, e mantendo-se numa postura de gestão e de governo federal em negar o grave cenário pelo qual estamos passando, permitiu avanço acelerado da Covid-19, resultando no aumento das desigualdades no país.

Estes fatos concretos, comprovados por estudos, remetem a 1990 quando o antropólogo e médico americano, Merrill Singer, introduziu o conceito de sindemia, no sentido da caracterização de interações biológicas, sociais e econômicas entre a população que resultam em agravamento da piora da situação de saúde das pessoas (JUNIOR, SANTOS, 2021). Neste contexto, diante da necessidade na implementação de políticas públicas que atendam as necessidades das pessoas, minimizar as desigualdades sociais nos oportuniza elevar os posicionamentos para barrar o avanço da Covid-19 ao patamar de sindemia. Deste modo, se torna indissociável os aspectos epidemiológicos dos sociais, e vice-versa.

Desta forma, salienta-se que a Política Nacional de Saúde Mental já vinha sofrendo ataques anteriores à sindemia. A alteração da portaria nº 3088/2011 que a partir de 2017, com a Portaria de nº 3588/2017, passa a reforçar o parque



manicomial, destinando recursos a hospitais psiquiátricos, ambulatórios e comunidades terapêuticas. A Resolução nº. 32/2017 do Ministério da Saúde redireciona e aumenta os recursos para tal parque manicomial, incluídos agora como dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ferindo gravemente a perspectiva do modelo de atenção psicossocial.

Diante deste cenário de retrocessos, perdas e inúmeros desafios, apontamos o necessário fortalecimento do diálogo e união de vários segmentos da população para que não nos enfraqueçamos ainda mais, perdendo nossos direitos e impossibilitando a nossa construção de um cuidado em liberdade. Para tal, reforçamos a importância da democracia, fortalecimento do SUS, garantia dos direitos humanos e sociais e enfrentamento à medicalização e mercantilização da vida.

## **2.1 Breve contextualização histórica da luta por democracia, liberdade e construção de Políticas Públicas na Saúde Mental.**

Nos anos 70 e 80, na esteira da luta pela abertura democrática, os movimentos sociais através de usuários, familiares, trabalhadoras e trabalhadores e sociedade civil na promoção de lutas pelo direito ao cuidado em liberdade, impulsionaram debates em todo Brasil sobre a necessidade de mudança no modelo de atenção manicomial, cujo tratamento é baseado na prisão, medicalização e exclusão social de pessoas e/ou corpos considerados “rebeldes”, “doentes” ou “loucos” e diferentes dos padrões sociais impostos pelo capitalismo e sociedade de consumo (FAGUNDES, 2020).

Foi com a aprovação da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, popularmente conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que se propôs um novo modelo de cuidado para as pessoas com sofrimento psíquico no Brasil. Desta lei, embasou-se diversas portarias, como a Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): rede esta que deve ser composta por inúmeros serviços e dispositivos (atenção primária, secundária, terciária, assistência social, entre outras), que devem ser articulados de forma intersetorial, responsabilizando-se pelo cuidado em saúde mental, de base comunitária/territorial.

Para aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica houveram movimentos de força popular em defesa da democracia, manifestando-se publicamente em

conferências, caminhadas e movimentos de entidades de base política e centrais sindicais.

O estado do Rio Grande do Sul (RS) é vanguardista na luta antimanicomial, construindo a Lei Estadual nº 9.716/92, oriunda de discussões do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Este Fórum foi fundado em Bagé/RS, em março de 1991, sendo o primeiro movimento da Luta Antimanicomial no estado que integra o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul desde sua fundação. Foi junto a este Conselho que constituíram-se Políticas de Saúde balizadas nos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Esta lei determinou a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental, visando a extinção dos manicômios e o atendimento humanizado em Hospitais Gerais. Passados 30 anos, todos esses leitos já deveriam estar fechados, portanto o cumprimento da legislação está nas mãos de toda a comunidade gaúcha e é dever do estado o fechamento dos seis manicômios ainda existentes, localizados nos municípios de Passo Fundo, Pelotas, Caxias do Sul e Porto Alegre.

Como toda mudança, a Reforma Psiquiátrica Brasileira sofreu e ainda sofre resistência por parte da sociedade e de instituições com ideias e ações retrógradas. No que tange a Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, vimos um aumento significativo do financiamento de comunidades terapêuticas, bem como um deslocamento de perspectiva no atendimento cuja expressão máxima é a Política Nacional de Drogas – PNAD (Decreto 9761/2019), que trata o uso de substâncias como casos de polícia e da ordem da segurança e não como um problema de saúde pública. Tais medidas revelam-se como graves retrocessos para o fortalecimento de pontos da rede nos quais se evidenciam o cuidado em liberdade, integral e humanizado, a saber: a Atenção Primária em Saúde (APS), os Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades (CAPS, CAPSij, CAPS AD), Centros de Convivência, Residenciais Terapêuticos, Programas Sociais, entre outros.

Como parte de um contexto sócio-histórico gaúcho, destaca-se os 30 anos de luta do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, juntamente com outras entidades, inclusive as de classe, as universidades, entre outras. Em um cenário marcado por tensionamentos no campo da Reforma Psiquiátrica e uma política de estado mínimo, com a pressão e o financiamento público para o retorno do hospital psiquiátrico, como forma de facilitar o lucro com a dor humana, cabe a cada um/a lutar por uma sociedade inclusiva. Neste contexto desafiador, o Fórum expressa a resistência aos

retrocessos, e a busca popular pelos direitos e defesa do cuidado em liberdade, defendendo o SUS, a RAPS e o protagonismo dos/as usuários/as dos serviços de saúde e a democracia, já que a saúde pública só se faz possível com democracia.

Somente com o fortalecimento dos movimentos em defesa do SUS, da luta antimanicomial e do controle social e popular, antirracista, antiproibicionista e de igualdade de gênero é que será possível o alicerce para a manutenção e fortalecimento da RAPS em todo território nacional.

Desta forma, cabe mencionar as associações do estado do Rio Grande do Sul que se tornam referência no movimento de resistência na luta antimanicomial. Destacamos aqui a emancipação e fortalecimento da luta através da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas completando 20 anos de trajetória que em união com outras entidades e movimentos sociais recebe o título de Instituição Emérita da cidade de Pelotas além da realização da Primeira Conferência Municipal Popular de Saúde Mental no Brasil em maio de 2021.

A partir deles queremos saudar todas as associações, entidades e coletivos do estado do Rio Grande do Sul que vêm historicamente impulsionando a articulação em espaços de disputa política no campo da saúde mental. Desta forma, vamos citar algumas delas que tradicionalmente se mobilizam para fazer junto esse fortalecimento:

A Associação de Saúde Mental de Panambi/RS (Assampa), Associação de Saúde Mental de Ijuí/RS (ASSAMI Casa AMA), Associação Construção de Porto Alegre/RS, Associação Arte e Cultura Nau da Liberdade, Associação de Vítimas e Familiares de Vítimas da Covid-19 – (AVICO Brasil), Grupo Vocal Esperança de Pelotas, Grupo Musical L@s Lok@S de Pelotas, Cia Teatral V.I.D.A de Pelotas, Associação de Familiares, Amigos e Bipolares de Santa Maria (AFAB), Espaço Nise da Silveira de Santa Maria, Coletiva de Mulheres que Ouvem Vozes, Parada Gaúcha do Orgulho Louco de Alegrete, Canoas Loka de Boa de Canoas, Grupo AMA Arte e Expressão, Movimento Nacional da População em situação de rua.

## **2.2 A Frente Ampliada Nacional em defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (FASM) e a articulação frente aos retrocessos na Saúde Mental**

O ano de 2020 foi um ano de grandes mobilizações: com a crise pandêmica no Brasil e a forte ameaça do governo genocida ao SUS e à Política Nacional de Saúde Mental, rearticula-se um Movimento em defesa da democracia e da liberdade, a partir da Frente Ampliada Nacional em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (FASM). A FASM Nacional é um coletivo que se origina a partir da necessidade de defender conquistas históricas e avançar na pauta do cuidado em liberdade e na luta por uma sociedade livre de manicômios.

Dando seguimento aos anseios do coletivo, de se manter em mobilização permanente no enfrentamento às ameaças governamentais, em dezembro de 2020 é aprovada, na plenária de fundação da FASM Nacional, a realização da 1ª Conferência Popular Nacional de Saúde Mental Antimanicomial, que ocorreu de 9 a 12 de outubro de 2021. Construída a partir de premissas inegociáveis, como o protagonismo dos usuários, a defesa incansável dos direitos humanos, do SUS e da Rede de Apoio Psicossocial e a queda total de qualquer manicômio, sejam os de concreto ou os que habitam nossas mentes, essa conferência foi realizada de forma virtual e com transmissão através das redes sociais.

Esta Conferência aqueceu os corações das mentaleiras e mentaleiros de todo território nacional. Pois nas etapas regionais, assim como na etapa nacional, ocorreram atividades pautadas pela educação popular, que buscaram responder a seguinte questão: que saúde mental queremos? Nessa lógica, todas as manifestações em forma de debates, da cultura, da dança, da poesia, do teatro, da música, do cinema, do audiovisual, e etc, contribuíram para a construção das propostas para uma Política Pública que represente as necessidades e interesses populares.

Articulada junto ao CNS, e sendo uma das etapas preparatórias para a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, a 1ª Conferência Popular Nacional de Saúde Mental, teve como tema “+ Liberdade + Diversidade + Direitos = Democracia”, e durante os quatro dias de atividades reuniu cerca de mil pessoas e dezenas de convidados, que incansavelmente contribuíram com centenas de propostas que reforçam que, somente com cuidado em liberdade, humanizado, e

que respeite a autonomia e a dignidade do usuário, podemos falar em Saúde Mental. Defender o SUS como patrimônio nacional e a ampliação dos direitos de todas as populações.

Foram incorporadas algumas das propostas da 1ª Conferência Popular de Saúde Mental debatidas no primeiro semestre de 2021. Neste sentido, devemos construir propostas que representem a década que vivemos e que possam estar em consonância com a Luta Antimanicomial, antirracista, antiproibicionista, defensores da liberdade de gênero e anticapitalistas.

Importante enfatizar que com a ocorrência da Pandemia em março de 2020 no mundo e no Brasil, além dos aspectos que envolveram o vírus SARS-COV-2 e a doença covid-19 que demandaram um conjunto de ações coordenadas em Saúde Pública, a Saúde Mental tem desempenhado papel extremamente relevante. A pandemia alterou radicalmente os estilos de vida, os hábitos e as relações familiares, laborais, educacionais e sociais. Ampliou o caos político nas esferas federativas, produzindo confusão mental e instabilidade emocional através do incremento de uma estratégia governamental negacionista que ofusca e distorce a realidade, gerando um ambiente ainda mais adverso e vulnerável para proteção, cuidado e preservação da vida. Como resultado trágico milhares de mortes e pessoas com sequelas pela doença e pelas perdas repentinas e precoces acumuladas. Segurança básica afetada em todos os níveis, em algum grau e forma, para todos. Sobretudo para as comunidades pobres abandonadas, ainda mais pelo poder público, a revelia.

Neste frágil contexto, diversos profissionais da Saúde Mental, se mobilizaram e disponibilizaram acolhimento e atendimento de forma online (gratuitamente ou por valores baixos) à demanda crescente de pessoas que sofriam com os efeitos do isolamento e distanciamento social, insegurança e medo em relação a efetividade dos protocolos sanitários, medo de se infectar e infectar familiares e amigos, pelos profissionais da saúde estão mais expostos a pandemia, insegurança pela crise sanitária e econômica que se instaurou. Pela falta de políticas públicas sociais que atendam as necessidades básicas da população mais vulnerabilizada e por fim, pelos milhares de órfãos, enlutados e sobreviventes da covid-19, que passados quase dois anos do início da pandemia luta contra a invisibilidade de suas existências e demandas.

É imprescindível que o SUS possa acolher essa população a partir da atenção básica, sem desconsiderar a necessidade de ampliação da previsão orçamentária para política, bem como ampliação dos recursos humanos, técnicos e de formação da rede pública de saúde mental. Para tanto torna-se fundamental o exercício do controle social para enfrentamento comunitário da pandemia.

### **3. Controle social na Saúde Mental do Rio Grande do Sul**

O controle social é assegurado por Lei (nº 8.142/90), sendo o órgão de maior importância e legitimidade na democracia participativa da sociedade, constituindo políticas públicas, determinando orçamentos e fiscalizando as ações do governo. Todo o cidadão ou cidadã pode e deve participar dos conselhos distritais, municipais e estadual, bem como dos espaços de conferência de saúde nos três níveis (município, estado e união). Assim, é pelo controle social, construído pelos cidadão/as brasileiros/as que muitas políticas públicas foram criadas e regulamentadas em nossa sociedade.

Neste contexto, houveram três conferências realizadas em nosso estado, que foram balizadoras para as nossas políticas públicas estaduais. A comissão de saúde mental busca qualificar as ações e legitimar as políticas públicas resgatando as deliberações das conferências.

Para tal, é importante retomarmos a memória das conferências realizadas no estado do Rio Grande do Sul, que refletem uma história de pioneirismo, lutas e avanços no campo da saúde mental:

I Conferência Estadual de Saúde Mental realizada no ano de 1992 em Tramandaí/RS que discutiu as seguintes áreas temáticas- a) Saúde Mental no Contexto na municipalização; b) O trabalhador de Saúde Mental e c) Cidadania e Legislação. Esta conferência foi um marco histórico de grande relevância também na Saúde Mental do país, por se tratar da primeira no contexto brasileiro. Trouxe o debate democrático e voltado a participação popular, bem como, mobilização dos municípios e de vários segmentos da sociedade, visando abarcar as diversidades e prioridades relativas à Saúde Mental no contexto de cada município do Rio Grande do Sul.

A II Conferência Estadual de Saúde Mental foi realizada em Pelotas/RS no ano de 2001, com o tema central Reorientação Assistencial e os sub-temas:

Financiamento, recursos humanos, controle social e acessibilidade, direito e cidadania. Relativo a reorientação assistencial, visou-se a discussão da desconstrução do modelo hospitalocêntrico e a importância de uma rede de atenção em saúde mental coletiva, em níveis municipais e intersetoriais. No que tange ao financiamento foi apontada a necessidade da ampliação de recursos do governo para ampliação da Reforma Psiquiátrica. Os recursos humanos enfatizaram o trabalho interdisciplinar e a formação e capacitação em saúde mental coletiva. O controle social afirmou a importância da participação popular na criação das políticas públicas. Por fim, acessibilidade, direito e cidadania expressou a luta pelos direitos humanos e pela equidade.

3ª Conferência Estadual de Saúde Mental foi realizada em São Lourenço do Sul/RS em 2010, com os seguintes eixos temáticos a) Saúde Mental 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 direito ético e intersetorial. Na via da intersectorialidade foram trabalhados ainda dois sub-eixos: Álcool e outras drogas e Criança e Adolescente. Na organização e realização desta conferência observou-se uma forte marca da presença de usuários e estudantes, promovendo um espaço rico e político de forças históricas e novos protagonistas, e a potência do controle social e dos movimentos de luta antimanicomial para avanço na construção de políticas públicas.

Neste momento, chamamos à população do estado do RS para a 4ª Conferência Estadual de Saúde Mental que será realizada na cidade de Porto Alegre/RS. Temos como objetivo propor diretrizes para a Formulação da Política Nacional de Saúde Mental e para a Política Estadual de Saúde Mental, bem como o fortalecimento dos programas e ações de Saúde Mental para todo o Estado do Rio Grande do Sul. Para tal, é importante as etapas preparatórias que incluem as conferências municipais.

Este é um momento histórico para nosso estado, pois com a participação social de todos os segmentos da sociedade (usuários, movimentos sociais, profissionais da saúde, assistência social, universidades, simpatizantes, entre outros) podem propor ações de caráter coletivo as particularidades do estado do Rio Grande do Sul.

É necessário destacar o aprofundamento transversal a todos os eixos da nossa conferência, que serão aprofundados ao final do documento, refletimos a

demarcação étnico racial e reparação dos danos causados aos povos originários, verdadeiros donos da terra, as questões de gênero, e as populações vulnerabilizadas. A presente CESM/RS foi impulsionada a partir dos movimentos sociais que se reuniram no início de outubro de 2021 e rapidamente se articularam com o Controle Social do Estado para iniciar as discussões sobre a 4ª Conferência Estadual de Saúde Mental.

### **3.1 Considerações Gerais/Resgate Histórico Conferências Nacionais**

Construir efetivamente uma política social de saúde mental antimanicomial no cotidiano do cuidado é desafio coletivo da sociedade brasileira e do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e de Saúde Mental (CNSM) são momentos oportunos para que toda a sociedade brasileira possa conduzir o debate sobre as políticas públicas no campo da saúde mental e avançar nas conquistas.

Nesse tópico faremos um breve resgate histórico das Conferências Nacionais de Saúde Mental, a fim de trazer elementos para debate e verificar os processos de elaboração das políticas públicas, bem como entender o processo que nos conduziu a o atual cenário. Para tanto, se faz necessário referir que alguns termos utilizados nestes documentos históricos das Conferências não condizem com mais com a realidade atual e com as premissa do tratamento humanizado e antimanicomial; de qualquer forma, foram mantidos no texto justamente para que compreendamos a evolução do tema ao longo do tempo.

- 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. Teve como temas para discussão: (a) economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; (b) reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e (c) cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (MS, CNSM, 1988). Ocorreu como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi um marco por estabelecer que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e por propor um Sistema Único de Saúde. No campo da saúde mental, o contexto de realização da I CNSM era de fortalecimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e de ruptura com o processo de desinstitucionalização como desospitalização. Portanto, a realização da mesma e seus desdobramentos constituem acontecimentos de grande importância no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Apresenta propostas claramente



“desinstitucionalizantes”, tais como: a necessidade de participação da sociedade no gerenciamento dos serviços, através do controle social; a defesa dos direitos dos pacientes; a internação em hospital geral e a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos. A CNSM, enfim, responsabiliza o Estado pela efetivação da política de saúde mental. A questão cultural aparece de forma bastante tímida no relatório da I CNSM, quando determina que os espaços comunitários devam ser considerados como promotores de saúde mental. Podemos considerar que a I CNSM representou, efetivamente, uma “guinada” em direção ao processo de desinstitucionalização no Brasil, ainda que tenha sido apenas o início do mesmo.

- 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM): ocorreu em 1992 e, foi precedida por 24 conferências estaduais e 150 conferências municipais, contou com grande participação de todos os segmentos da área de saúde mental. Um fator importante a ser destacado nesta Conferência foi a participação significativa de usuários (o que não aconteceu na I CNSM), uma marca dos eventos de saúde mental desde então. O tema central da II CNSM foi a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, e as discussões se deram em torno de três subtemas: (a) a rede de atenção em saúde mental, (b) transformação e cumprimento de leis e (c) direito à atenção e direito à cidadania. (MS, II CNSM, 1994). A II CNSM realizou-se após a Declaração de Caracas (1990), a aprovação da legislação do Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90) e das primeiras portarias de normatização da política de saúde mental, com vistas às mudanças no modelo assistencial. O Relatório Final, organizado em três partes, traz os “marcos conceituais” nos quais são delimitadas as balizas em que se deu a discussão. O texto já aponta, em seu início, para a necessidade de construir: “- mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico; - diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental; - uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas” (MS, II CNSM, 1994, p. 6). No trecho citado, percebe-se claramente a vinculação ao paradigma italiano de desinstitucionalização e o envolvimento das quatro questões que estamos focalizando nesta análise. Primeiramente, definindo a “doença” como “existência-sofrimento” que, como vimos, configura-se como um dos pressupostos do paradigma italiano de desinstitucionalização. A Conferência, já em seus marcos conceituais, descentraliza a sua atenção da doença, do diagnóstico, das “fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental”. Depois, nessa mesma referência, o relatório desterritorializa a problemática da loucura do campo psiquiátrico. Propõe uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, formada por serviços que devem transformar-se em

laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais necessitam ser resgatadas a história e a cidadania dos indivíduos. A maciça presença de usuários e de representantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica imprimiu um caráter antimanicomial à Conferência, que aprovou a criação de comissões de reforma psiquiátrica nos conselhos municipais e determinou que o dia 18 de maio seria o Dia Nacional de Luta Antimanicomial. A Conferência resolveu, também, adotar os conceitos de território e responsabilidade como forma de dar à distritalização em saúde mental um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico. No que se refere à questão cultural, já demonstramos que, nos marcos conceituais, o relatório já traz referências. Além disso, as deliberações da Conferência prevêem a articulação de recursos comunitários para inserção do usuário nos serviços de saúde e a valorização e incentivo à atenção informal em saúde desenvolvida por religiosos, grupos de auto-ajuda, entre outros. Uma deliberação importante a ser destacada no que diz respeito à questão cultural é a existência de um item especial no capítulo sobre cidadania, informação, divulgação e educação, o qual exige que o planejamento contemple ações de educação em saúde mental para a população, visando a construir uma cultura antimanicomial no trabalho cotidiano, através da utilização dos meios de comunicação de massa. Vale lembrar que, em 1992, o Brasil já vivenciava uma série de experiências de cuidados extra-hospitalares em saúde mental, o que demonstrava ser possível reverter o modelo assistencial vigente na época. Ademais, já tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei Paulo Delgado (PL 3657/1989), que previa a extinção dos manicômios.

- 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental: ocorreu em 2001, ano em que se realizou uma série de eventos/acontecimentos importantes para a reforma psiquiátrica brasileira. O tema da III CNSM segue o da OMS, e é definido como “Cuidar sim, excluir não”. No que tange à questão técnico-assistencial, a III CNSM apresenta os avanços teórico-metodológicos acumulados pelas experiências extra-hospitalares de cuidados de saúde mental, e os princípios e características do modo psicossocial de cuidar aparecem em vários momentos. No item “Reorientação do modelo assistencial”, as deliberações estabelecem que as políticas de saúde mental devem ter, como pressupostos básicos, a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença e a integração com outras políticas sociais. O caráter substitutivo da rede assistencial extra-hospitalar é apontado como fundamental. São propostas da III CNSM também: a extinção de todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil até 2004; a abolição do eletrochoque; a compreensão dos serviços substitutivos como meio, e não como fim, visando à permanente reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. A III CNSM é a primeira a se referir diretamente à reforma psiquiátrica e a conceituá-la. Também é a única que dedica um item específico à desinstitucionalização em seu relatório final. A reforma

psiquiátrica é compreendida como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, marcada por tensões, desafios e conflitos. Nesse sentido, ele [o processo da reforma psiquiátrica] se inscreve nas possibilidades e limites das políticas públicas (e do SUS em particular) e da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social (MS, III CNSM, 2002, pp. 19-20). A Reforma Psiquiátrica é, assim, definida como processo a ser construído, que perpassa as políticas públicas, mas as ultrapassa na busca de concretização de direitos de cidadania. O relatório “lembra”, também, que o processo da reforma psiquiátrica não se faz apenas de leis e propostas, mas que essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais dos serviços e das práticas e relações interpessoais. A desinstitucionalização é referida em item especial do capítulo que trata da “Reorientação do modelo assistencial em saúde mental” como política de desospitalização/substituição progressiva de leitos. A III CNSM, de certa forma, considera a desinstitucionalização como parte da reforma psiquiátrica. Todas as proposições aprovadas neste item relacionam-se com medidas de desospitalização, fechamento progressivo de leitos e normatização desses processos. Ainda que a III CNSM trate desinstitucionalização como desospitalização, podemos considerar que os princípios da desinstitucionalização, na perspectiva do paradigma italiano, encontram-se presentes nas deliberações e definições da mesma. Na realidade, tais princípios aparecem, conforme vimos, nas recomendações referentes ao “processo de reforma psiquiátrica”.

- A 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial – foi realizada em Brasília, em 2010. Teve como tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” e refletiu a grandiosidade das mudanças produzidas no campo da saúde mental no último período. De acordo com o relatório final, foram realizadas 359 conferências municipais e 205 regionais, com a participação de cerca de 1200 municípios. O relatório também estima que 46.000 pessoas tenham participado do processo, em suas 3 etapas. Mudanças que vão desde a diversificação dos profissionais e formas de contratação, da diversificação do movimento antimanicomial até o movimento contra reforma, pautado por um conservadorismo na psiquiatria. Houve imensa participação de usuários, familiares e outros setores da sociedade brasileira, envolvidos com a questão das políticas públicas. Como as Conferências anteriores, a IV CNSM-I trouxe os princípios da desinstitucionalização em suas discussões e deliberações, que podem ser exemplificadas nas questões listadas a seguir. No que refere-se à questão técnico-conceitual, a IV CNSM-I destacamos que a própria organização da Conferência, com caráter intersetorial (para além da questão saúde), já aponta transformações. Visto

que a questão da loucura transcende a questão da saúde. A dimensão teórico-assistencial, através de parte especial do relatório(Eixo II), discute a consolidação da rede socioassistencial e a vinculação com os movimentos sociais. São discutidas as formas de cuidado, os desafios de cuidar em liberdade, o cuidado em rede e no território, além da participação ativa de todos os atores envolvidos neste processo. A dimensão jurídico-política aparece com destaque na luta pelos direitos humanos e cidadania. Deliberou pela humanização do cuidado, pela revisão de interdições judiciais de pessoas com transtorno mental. No mesmo eixo, aparece a dimensão cultural, denunciando o estigma e defendendo o respeito à diversidade. A questão sociocultural é evidenciada em toda a Conferência, até mesmo por seu caráter intersetorial.

- A 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM) foi convocada pela Resolução nº 652 , cuja etapa nacional será realizada em Brasília, entre os dias 17 e 20 de maio de 2022, precedida de etapas municipais e estaduais que poderão ser realizadas ainda em 2021. A 5ª CNSM é uma deliberação da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8), realizada em agosto de 2019, com a participação de mais de cinco mil pessoas. Com o eixo principal “Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos” e que será subdividido em 04 (quatro) eixos e respectivos subeixos.

#### **4.Caracterização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Rio Grande do Sul**

A seguir são apresentados dados relacionados a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o comparativo do número de serviços por componente de atenção à saúde mental, entre 2014 e 2021.

**Quadro 1** - Composição da RAPS do Rio Grande do Sul, conforme tipo de serviço/equipe, suas características e quantidades relativas a 2014 e 2021.

<b>Serviço/Equipe</b>	<b>Marco Normativo</b>	<b>Critério populacional</b>	<b>Ano 2014</b>	<b>Ano 2021</b>
<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>				
Oficina Terapêutica	Resolução CIB 404/2011 Portaria MS 3588/2017	Municípios com CAPS ou ambulatório	287	281
Redução de Danos	Resolução CIB 234/2014	A partir de 16 mil hab.	33	32

Acompanhante terapêutico	Resolução CIB 233/2014	Municípios de todos os portes populacionais	5	6
Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB)	Resolução CIB 403/2011	População de até 16 mil hab. De 1 à 3 ESF	117	110
Consultório na Rua (CnR)	Portaria MS 3588/2017.	80 a 1000 pessoas para uma equipe	4	8
<b>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA</b>				
CAPS I	Portarias MS 336/2002 e 3588/2017. Resoluções CIB 401/2011, 74/2012 e 100/2014.	A partir de 15 mil hab.	76	89
CAPS II	Portarias MS 336/2002 e 3588/2017.	A partir de 70 mil hab.	40	42
CAPS III	Portarias MS 336/2002 e 3588/2017.	A partir de 100 mil hab.	1	2
CAPSij	Portarias MS 336/2002 e 3588/2017.	A partir de 70 mil hab.	19	31
CAPS AD	Portarias MS 336/2002 e 3588/2017.	A partir de 70 mil hab.	28	32
CAPS AD III	Portarias MS 336/2002 e 3588/2017.	A partir de 100 mil hab	11	15
CAPS IV	Portaria MS 3588/2017	-	-	1
<b>DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</b>				
Serviço Residencial Terapêutico	Portarias MS 106/2000 e 3090/2011 Resolução CIB 242/2013.	Municípios com pacientes institucionalizados Mínimo de 4 moradores	42	55
<b>ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO</b>				
Unidade de Acolhimento	Portaria MS 121/2012.	A partir de 200 mil hab.	4	13

Adulto (UAA)	Resolução CIB 242/2013.	Referenciada a um CAPS AD.		
Unidade de Acolhimento infantojuvenil (UAI)	Portaria MS 121/2012. Resolução CIB 242/2013.	A partir de 100 mil hab. Referenciada a um CAPS	2	3
Leitos em Comunidade Terapêutica (CT)	Portaria SES 591/2013	Vagas de referência Macrorregional	395	762
<b>ATENÇÃO HOSPITALAR</b>				
Leitos de Saúde Mental Integral em Hospitais Gerais (HG)	Portaria MS 148/2011 e 1615/2012 Resolução CIB 562/2012	Leitos de referência Macrorregional	1.301	1.306

FONTE: Plano Estadual de Saúde, SES/RS. 2013; 2020.

Atualmente, o Estado do Rio Grande do Sul conta com 497 municípios, desses, 75% (373) possuem menos de 15.000 habitantes. No que tange ao componente da Atenção Básica no cuidado em saúde mental, esses municípios não atendem o critério populacional, segundo parâmetros do MS, para habilitação de Centro de Atenção Psicossocial. Diante desse cenário, há a necessidade de investimento no componente presente nessas localidades, a Atenção Básica. Em 2011, o RS criou uma série de dispositivos para ampliar o atendimento de saúde mental nesses municípios, tais como Oficinas Terapêuticas (OT) de saúde mental e os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB). Além disso, 14,5% (18) dos municípios sediam equipes de Redução de Danos e 41,9% (52) possuem OT.

Existem ainda as oficinas de Geração de Renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais que não possuem incentivo através de financiamento. Porém, em levantamento realizado pela área técnica de saúde mental da SES/RS, apontou que 51 gestores municipais relataram possuir essas estratégias em seus territórios (SES/Rio Grande do Sul, 2021).

Já o componente de Atenção Psicossocial estratégica, composto pelos Centros de Atenção Psicossocial, conta com 212 CAPS espalhados pelos 124 municípios gaúchos restantes, que possuem mais de 15.000 habitantes. Desses municípios, 85,5% (106) tem pelo menos um CAPS em funcionamento e apenas 6,45% (8) contam com pelo menos um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (16

habilitadas no Estado), constituem estratégia para atenção integral às pessoas com transtornos mentais e comportamentais moderados, não possuem critério populacional para habilitação. (Rio Grande do Sul, 2021)

A ampliação da rede de serviços territoriais visa ao fortalecimento dos serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, conforme prevê a Lei Estadual Nº 9.716/1992. Buscando fortalecer a RAPS Estadual, o plano estadual de saúde 2020-2023 prevê a otimização da utilização dos recursos destinados à linha de cuidado de saúde mental visando ampliar em 13% os dispositivos de saúde mental na Atenção Básica (de 430 para 488), que recebem incentivo estadual e, em 20% os dispositivos de saúde mental na atenção especializada (de 267 pra 321), que recebem cofinanciamento estadual até 2023.

**Quadro 2** - Projeção de ampliação do número de serviços que compõem a RAPS-RS, conforme Plano Estadual de saúde 2020-2023.

<b>Serviço/Equipe</b>	<b>Inclusão de mais serviços até 2023</b>
Oficina Terapêutica I	14
Oficina Terapêutica II	15
Redução de Danos	11
Acompanhante terapêutico	15
Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB)	04
CAPS	08
SRT	01
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)	0
UA	01

FONTE: Plano Estadual de Saúde, SES/RS. 2021.

Para tanto, propõe-se a redução de vagas contratualizadas em Comunidades Terapêuticas (de 922 para 800), mediante avaliação de ocupação das mesmas e do monitoramento realizado pelo referido GT destinado a esta pauta. Até o momento, já foram reduzidas para 762 vagas. Consta no plano que os recursos oriundos da redução das vagas em CTs serão aplicados na ampliação do cofinanciamento dos dispositivos especializados da RAPS.

Por outro lado, os dispositivos de saúde mental na AB citados acima não tiveram um aumento no número de habilitações desde o ano de 2014. Deste período

até então, os municípios que tiveram interesse na implantação destas equipes apenas puderam habilitá-las a partir da realocação do recurso de municípios que desabilitaram seus dispositivos, ou seja, não foram ampliados recursos para a RAPS. Logo, nesse período, não houve ampliação da cobertura dos dispositivos de saúde mental na AB no estado do RS, dificultando a expansão da rede e da capacidade de absorver as demandas de saúde mental neste nível de atenção.

Sendo assim, visando atender a demanda pública de um incremento na necessidade do cuidado em saúde mental cada vez mais crescente, agravada em um contexto de pandemia, o cenário aponta a necessidade de se acompanhar e garantir a ampliação da rede (RAPS) registrada pelo plano estadual de saúde, assim como definir propostas que garantam alternativas de financiamento para a ampliação da cobertura destes dispositivos na rede estadual, conforme as demandas da população, ampliando recursos na AB próximo ao território.

Em levantamento realizado pela coordenação estadual de saúde mental sobre o impacto da pandemia nas demandas de saúde mental nos municípios, evidenciou-se que 78% dos gestores observaram aumento das demandas de SM em seus serviços da Atenção Básica, sobretudo em manifestações/sintomas de: ansiedades/nervosismos; perturbações do sono; perturbações depressivas; uso de álcool e outras drogas e somatizações. Participaram do levantamento 402 gestores municipais, o que representa 81% dos municípios do estado<sup>1</sup>.

Estes dados apontam para a necessidade dos municípios implementarem os Planos de Contingência em Saúde Mental no contexto da Pandemia de COVID-19, uma vez que apenas 50,5% dos municípios apresentaram seus planos à Coordenação Estadual de Saúde Mental, os quais devem apresentar as estratégias de organização de suas redes e serviços para o enfrentamento dos impactos em saúde mental decorrentes do COVID-19.<sup>2</sup> No que tange aos serviços de emergência e atenção às crises, como SAMU especializado para atendimento às questões de

---

<sup>1</sup>Informações fornecidas pela CESM/SES - Coordenação Estadual de Saúde Mental do RS/ Secretaria Estadual de Saúde. 2021.

<sup>2</sup>Em vista do estado de calamidade pública em função da pandemia de COVID-19 e os impactos correlatos à saúde mental na população - que podem aumentar ou intensificar as demandas psicossociais - no período de enfrentamento à pandemia, a Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde solicitou aos municípios do RS que apresentassem planos de contingência, descrevendo o planejamento e estratégias para a atuação das RAPS municipais a fim de identificar, acolher e acompanhar as demandas de saúde mental.



saúde mental, para a população em geral e para as populações que vivem em situação de rua.

Neste sentido, reforçamos a importância de seguirmos defendendo o SUS e a Saúde Mental. Destacamos a necessidade de ampliar a RAPS robusta e contando com equipamentos da rede intersetorial de cuidado em liberdade. Assim, a conferência torna-se um balizador da realidade vivenciada e da necessidade emergente de investimento para a manutenção desses serviços que estão precarizados fragilizam a potência da vida cotidiana como parte do processo de cuidado, onde a vida acontece no território, na qual o dispositivo mais acessível para a população e para o gestor é a AB. Além do mais, na AB podemos trabalhar a prevenção, a promoção e a educação em saúde além da reabilitação e da assistência propriamente dita.

Por meio da nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, o Ministério da Saúde revogou as normas de parâmetros e custeio dos NASF-AB. A nota técnica se insere no contexto das mudanças surgidas a partir do programa Previner Brasil, que instituiu um novo modelo de financiamento para a Atenção Básica. A partir de então, os NASF-AB deixaram de contar com um incentivo específico para seu custeio, ficando a cargo dos gestores municipais permanecer com as equipes já existentes, reduzi-las, extingui-las ou adotar modelos próprios para a atuação interdisciplinar e multiprofissional. Dessa forma, os recursos que até então eram destinados exclusivamente ao custeio das equipes de NASF-AB podem ser utilizados para outros custos do município na atenção básica. Desde janeiro de 2020, o Ministério da Saúde deixou de realizar novos credenciamentos de NASF-AB, tendo arquivado solicitações já enviadas.

Antes da mudança, ao serem contratados, os profissionais dos NASFs eram inseridos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que não é mais obrigatório pelas novas regras. Com a desvinculação, eles podem ser cadastrados diretamente (e apenas) nas equipes de Saúde da Família ou equipes de atenção básica. A carga horária e arranjo da equipe também ficam agora em aberto, sob a decisão dos gestores municipais e estaduais.

A destituição do incentivo que era destinado às equipes de NASF pode impactar na diminuição da capacidade das RAPS municipais para absorver as demandas de saúde mental, tanto no apoio técnico pedagógico quanto no cuidado assistencial junto às equipes da atenção básica. A redução do caráter

multiprofissional da equipe pode dificultar que se faça um trabalho em modelo assistencial de atenção integral, intensificando, por outro lado, um modelo de atenção à saúde “médico-centrado”.

O estado do Rio Grande do Sul ainda conta com seis hospitais psiquiátricos, totalizando 741 leitos de internação. Em dezembro de 2021, foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite a Resolução CIB/RS nº 451/2021, que desabilita 100 leitos no Hospital Psiquiátrico Vicença Maria de Fontoura Lopes, em Rio Grande, com a consequente habilitação de 30 leitos em uma Unidade de Referência em Saúde Mental Integral em Hospital Geral na Santa Casa daquele município. Ainda assim, devemos continuar cobrando da gestão o cumprimento da Lei Gaúcha que prevê a progressiva extinção dos manicômios e a constituição de uma rede substitutiva de serviços para acolher as demandas das populações em todos os componentes da RAPS. Além disso, apesar da diminuição do número de vagas nos últimos dois anos, ainda há 53 Comunidades Terapêuticas (CT) com 762 vagas. Segundo os levantamentos nacionais desenvolvidos pelo CFP, pelo Mecanismo Nacional de Combate a tortura, as CT's vistoriadas geraram um Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas aponta inúmeras violações de direitos humanos em especial para regime de internação para pessoas que fazem uso abusivo de drogas. (NACIONAL, inspeção, CFP. 2020).

## **5. Eixos da 4ª Conferência Estadual de Saúde Mental**

### **Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos**

#### **EIXO I - Cuidado em liberdade como garantia de Direito à cidadania**

Na atual conjuntura, com o avanço das pautas neoliberais, vivemos em um cenário sem nenhuma garantia de que nossos direitos estejam assegurados. No campo da saúde mental, isso se traduz em perdas e danos imensuráveis aos usuários, familiares, trabalhadores, e a sociedade como um todo, isso pois sem investimento adequado a RAPS e políticas sociais de inclusão e com foco na intersetorialidade (Saúde, assistência social, geração de renda, redução de danos, programa de volta para casa, entre outras), as pessoas se vêem reféns do

desmonte das políticas públicas, ficando assim à mercê de práticas manicomiais privatistas, violentas, segregadoras e desumanizadas.

O debate acerca de leis e políticas que garantam a articulação da rede de proteção social na sua integralidade, e a garantia da execução do que preconiza a Lei da Reforma Psiquiátrica com a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade é urgente! Sabemos que o sistema encarcera corpos pretos, e assujeita usuários através da ditadura da abstinência e da falácia de “estar limpo” como sinônimo de saúde. Se faz necessário, portanto, que ações em saúde mental sejam articuladas no sentido do resgate do protagonismo e da autonomia dos usuários, da retomada da cidadania e da proteção para as populações vulnerabilizadas, mas, sobretudo, para o fortalecimento da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS), que tem no território o acolhimento e a construção de vínculos imprescindível para um cuidado em saúde mental, humanizado e digno.

O processo de redemocratização no Brasil, vitorioso com o pacto social expresso na Constituição de 1988, tem uma exponencial preocupação em traçar o espaço da cidadania como valor da dignidade humana. Além disso, o artigo 196 da CF 1988 expressa a saúde como direito de todos e dever do Estado. E saúde no seu conceito amplo grifado por Sérgio Arouca: “*Saúde não é simplesmente a ausência de doença – é muito mais que isso. É bem estar físico, mental, social, político.*” Mas também ao destacar as discriminações de qualquer natureza, demonstra que a dignidade humana alinha a liberdade como um princípio de sociabilidade. Deste modo, a cidadania passa ser reconhecida não apenas pelas pessoas, mas também pelo Estado, o qual tem o dever de garantir todos os meios estruturais para isso.

Assim, para apoiar as reflexões de futuros objetivos e ações, apresentamos abaixo os sub-eixos que comportam questões relativas ao fortalecimento do cuidado em liberdade, antimanicomial, antiproibicionista, antirracista, LGBTfóbica e em defesa da liberdade de gênero.

## **EIXO II - Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental.**

É sabido, desde sua criação, que um dos grandes entraves para o pleno desenvolvimento das ações em saúde do SUS é o subfinanciamento sistemático. A

EC 95 e a privatização galopante dos serviços agravaram substancialmente essa condição, precarizando o cuidado em saúde mental e as relações de trabalho. O descaso da gestão, o descomprometimento da formação qualificada e do processo de educação permanente na área da saúde mental, somado ao desencontro de informações entre os níveis de gestão, impedem a garantia do cuidado integral. A constituição Cidadã de 88 garante ao controle social que, junto a gestão, a sociedade atue na fiscalização, acompanhamento e deliberação de ações e políticas de saúde mental, visando buscar soluções para que o Sistema único de Saúde possa prestar um serviço público, de qualidade, e que preze pela autonomia e dignidade humana, como é preconizado pela lei da reforma psiquiátrica

É importante que haja o financiamento do estado, que através dos impostos recolhidos da sociedade, retorne com políticas públicas eficientes que abarque a complexidade do cuidado em saúde mental. Isso inclui o fortalecimento da RAPS, a formação profissional para o trabalho na RAPS, dando condições dignas de trabalho para os profissionais, bem como, investimentos na infraestrutura dos serviços. Outra questão é a garantia do acesso a todo e qualquer cidadão brasileiro, levando em consideração suas particularidades e diversidades.

### **EIXO III - Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade.**

As reformas psiquiátrica e sanitária foram lutas árduas travadas que iniciaram há décadas por trabalhadores, movimentos sociais, sindicatos e sociedade em geral. Buscando garantir os princípios e as diretrizes básicas para que tivéssemos um sistema de saúde que minimize as injustiças e desigualdades sociais a que a população brasileira está submetida.

Hoje, através do SUS, essas premissas deveriam estar garantidas nas políticas públicas de saúde mental em todo o território, para toda a população. Mas de fato, estamos longe disso. A lógica higienista é predominante, segregadora e autoritária, impedindo que o cuidado seja construído a partir das singularidades. Os corpos que destoam da ditadura da “normalidade” e as mentes desejanter de ouvir suas diversas vozes, não têm encontrado acolhimento.

É preciso mudar essa narrativa que tem seu olhar voltado para a doença mental, e passar a construir uma lógica de saúde mental para todos, com

acolhimento, baseada nos afetos, no respeito à autonomia, na garantia da intersetorialidade, e principalmente livre das amarras manicomiais que só produzem mais dor e sofrimento

A reforma psiquiátrica brasileira originou-se no final da década de 1970, mas avançou após a aprovação, em 2001, da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216). A “Lei da Reforma Psiquiátrica” foi recebida pelo movimento social em defesa da reforma psiquiátrica como uma grande conquista e um avanço legal importante no sentido de construir uma nova forma de cuidar das pessoas com transtorno mental. Assim, não é somente uma mudança do local do tratamento do usuário de saúde mental, mas proporciona uma transformação na forma de conceber a loucura e seu lugar social.

Para tal, é importante entender os conceitos de universalidade (acesso universal a todo e qualquer cidadão), integralidade (visualização desta pessoa, considerando múltiplos fatores (mente, corpo, cultura, gênero, raça, cor, classe social, condições de moradia, renda, econômicas) e equidade (garantir que pessoas vulneráveis sejam compreendidas em suas singularidades e diversidades e possuam acesso ao sistema)

Atualmente os processos de cuidado vêm sendo desenvolvidos nos novos serviços de saúde mental (como CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, Grupos de Convivência, Oficinas Terapêuticas, entre outros). Mas ainda, temos o manicômio como espaço de tratamento, o que não podemos aceitar e retroceder a um modelo excludente, torturante e violento como o manicomial.

## **Populações específicas**

### **A) Saúde mental dos povos indígenas**

Os povos indígenas enfrentam inúmeras disputas desde o período do Brasil Colônia em seus territórios. A perda das suas terras originárias, somada a séculos de desassistência do Estado, ampliam as situações de vulnerabilidade social e econômica, principalmente nas aldeias que se encontram em regiões urbanas. Desde 2015, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) vem publicando dados quanto à violência contra o patrimônio, contra a pessoa, contra os indígenas e de pouco contato e a violência por omissão do poder público. Os relatórios chamam a

atenção para o aumento na disputa por terras, que acentuam casos de homicídios, de discriminação, de violência contra a mulher, dentre outros (CIMI, 2020).

O último censo do IBGE (2010) contabilizou o total de 32.989 indígenas no território gaúcho, referindo-se aos indígenas autodeclarados. Com relação aos aldeados, a Secretaria Especial de Saúde Indígena contabilizou 24.465 em novembro de 2021.

O RS possui, entre os indígenas aldeados, três etnias em seu território: Kaingangs, Guaranis, Xokleng e Charruas. Estes estão distribuídos em 68 municípios gaúchos. É importante salientar que o número de municípios é variável, uma vez que a mobilidade territorial das comunidades é frequente. A maior concentração populacional de indígenas está no norte do Estado, onde se encontram aldeias da etnia Kaingang. Também, existe um vasto número de comunidades na zona litorânea, onde predomina a etnia Guarani. Nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana e Sul, além da região central do RS, há as duas etnias anteriormente comentadas, além da etnia Charrua, que se concentra na Capital e a etnia Xokleng em São Francisco de Paula.

A delimitação territorial dos DSEIs (Distrito Sanitário Especial Indígena) ocorre de acordo com aspectos culturais e relacionais dos diferentes povos indígenas. O RS, de acordo com os critérios estabelecidos, está vinculado ao DSEI-Interior Sul (com sede no estado de SC).

Vinculados aos DSEIs encontram-se os Pólos-Base, que são as primeiras referências na rede de atenção à saúde, o qual podem estar localizados dentro das áreas indígenas ou nos municípios de referência. No estado do RS existem em funcionamento 7 pólos-base: Barra do Ribeiro, Porto Alegre, Osório, Viamão, Nonoai, Guarita, Passo Fundo. Os pólos-base Porto Alegre e Passo Fundo possuem características diferenciadas dos demais, pois além do apoio assistencial se apresentam como apoio gerencial ao DSEI-Interior Sul.

Uma pesquisa da SES-RS em parceria com Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Instituto Federal do RS (2019), analisou as notificações de violência contra povos indígenas disponíveis no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN), no estado do Rio Grande do Sul, de 2014 a 2017. O relatório apontou que 72,68% das notificações de indígenas foram de violência física no período de 2014 a 2017; 33,83% violência psicológica e moral e relevantes 12,28% violência sexual. Outro dado apontado alarmante foi que a tortura esteve

presente em 10,53% das notificações de indígenas que se autodeclararam homossexuais frente aos 4,76% registrados no total das notificações. Os pesquisadores apontam que, nas populações indígenas, um fator recorrente é a morte de crianças, adultos e idosos pela falta de assistência médica adequada, “pela má qualidade do saneamento básico, pela falta de acesso à moradia, pela ausência de água potável entre outros direitos negligenciados que ocasiona elevados índices de mortes evitáveis”.

A saúde mental é uma questão complexa no contexto indígena, devido às especificidades culturais desses povos, necessitando que sejam pensadas abordagens alternativas a fim de mitigar tal situação de vulnerabilidade. Os relatórios do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) apontam para o agravamento da violência e o uso acentuado e problemático de álcool e drogas em aldeias de todo o país. Além disso, o número de suicídios tem se mostrado superior em indígenas, embora o RS apresente taxas de suicídio abaixo da média nacional nessa população. Dentre as principais questões, destacam-se a discriminação, a ocorrência de automutilação, o uso problemático de álcool, a violência pelas disputas por terra e a violência contra a mulher.

Em audiência realizada na Comunidade Kaingang de Carazinho, Aldeia Kairú, no dia 21 de novembro de 2019, pela Comissão Povos Indígenas e Direitos Humanos, do Conselho Estadual de Direitos Humanos do Rio Grande do Sul, lideranças e representantes das comunidades Kaingang expressaram preocupação com o aumento de casos de suicídios nas comunidades indígenas. Eles apontaram, de forma empírica, a ocorrência de sete casos de suicídio em 2019, somente em comunidades Kaingang. (CIMI, 2019). As principais motivações apontadas foram “desespero” e “desesperança”, além da degradação da identidade e da vivência cultural, oriundas da questão “territorial”, seja devido à morosidade para garantir aos indígenas o seu direito ao território tradicional, seja à ineficiência ou inexistência de políticas de sustentabilidade e gestão territorial. Como consequência dessa situação, ocorre o agravamento de doenças e de desequilíbrios mentais; a drogadição; violências sexuais; prostituição; e insegurança econômica, dentre outros problemas. As lideranças e representantes comunitários ressaltaram ainda a necessidade de qualificar o atendimento especializado em saúde física e mental, oportunizando e promovendo espaços de revitalização e valorização da

espiritualidade, com o protagonismo e em conformidade com as práticas tradicionais Kaingang.

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), é necessário que a atenção à saúde indígena leve em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos (BRASIL, 2002). A oferta de serviços de saúde, portanto, deve considerar todos os aspectos mencionados, a fim de promover cuidado integral e equânime aos indígenas.

### **SAÚDE MENTAL DOS POVOS INDÍGENAS NO RS:**

Durante a pandemia de Covid-19, os indígenas foram duramente atingidos. Apesar do primeiro caso ocorrer tardiamente se comparado à população geral, ao fim de maio de 2020, proveniente de indígenas trabalhadores de frigorífico, diversos surtos foram identificados ao longo de 2020 e 2021. O modo cultural de vida comunitária, somado à situação de vulnerabilidade, incidiu no rápido alastramento da doença e maior dificuldade na contenção dos surtos. Em alguns casos, ocorreram forças tarefas com a presença do exército, da gestão municipal, da gestão estadual e das equipes da SESAI/MS. Essas ações tiveram como intuito a análise clínica, a testagem em massa, a constituição de espaços de isolamento e instrução às comunidades. Além de todos os graves problemas que as comunidades indígenas têm enfrentado e que antecedem a COVID-19, novos fatores de risco para sofrimento psíquico merecem atenção: o impedimento de venda de artesanatos nos perímetros urbanos; o impedimento de visitar parentes em outras comunidades; o medo da possibilidade de adoecimento dos mais idosos e de outros entes próximos; a intensificação de situações de violência intracomunitária e de uso prejudicial de álcool, drogas e outras substâncias. Casos de suicídio merecem atenção máxima, pois observa-se a tendência de outros indígenas da mesma comunidade também se suicidarem;

No que se refere à concepção de saúde para o indígena, há a necessidade de articulação com os seus sistemas tradicionais de cura e espiritualidade, além de proteger sua relação com a terra, dar suporte à moradia, entre outros. Desse modo, para qualificar a saúde dos povos indígenas, é imprescindível o trabalho intersetorial, com esforços conjuntos entre secretarias como a da Educação e da



Assistência Social e com órgãos como Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a EMATER-RS.

### **B) Saúde mental da população negra**

As desigualdades sociais, também causadoras de sofrimento psíquico, tem forte relação no Brasil com o sistema escravagista ainda não superado e com o racismo estrutural. O sistema escravagista tem forte relação com a história de asilamento e aumento considerável dos manicômios, considerando que a maior parte das pessoas institucionalizadas eram - e ainda são - negras. A abolição da escravatura não apaga as marcas geradas por essa violência.

As Cartas de Bauru e Carta de Bauru aos 30 anos sustentam que o racismo é uma configuração manicomial. Os documentos apontam uma direção ético-política que não separa as lutas antirracistas da luta antimanicomial. A Reforma Psiquiátrica expressa, necessariamente, uma perspectiva decolonial. Porém, mesmo com todo esse histórico, na dimensão técnico-assistencial, a análise dos efeitos das discriminações raciais e do racismo, como as condutas antirracistas, seguem invisibilizadas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (DAVID & VICENTIN, 2020).

## **SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO RS**

A população negra no Brasil vive um processo histórico, cultural, econômico e subjetivo, de opressão e estigmas raciais que se estabeleceram como herança do período escravocrata e colonial. A existência do racismo estrutural que atravessa desde as instituições, práticas, epistemologias e sistema socioeconômico, contribui para as determinações sociais do processo saúde-doença, bem como do sofrimento psíquico. Compreendendo as especificidades qualitativas do quesito raça/cor, segundo o Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2010) a população negra é o conjunto de pretos e pardos que se autodeclaram a partir dos tópicos elencados pelo IBGE.

Em estudo recente realizado pelo Departamento de Economia e Estatística da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão (DEE - SPGG) do RS, em 2019, o Estado possuía 11,35 milhões de habitantes, 79% dos quais eram brancos, 14,3% eram pardos, e 6,2% eram pretos, se somados pretos e pardos, a população negra compreende 20,5% do número total de habitantes do RS. Neste mesmo

Relatório Técnico, o DEE evidencia um panorama da desigualdade racial no Estado, compreendendo os dados de educação, trabalho e renda, representação política, saúde, violência e pobreza. Em relação à saúde mental, os dados apontam que em comparação aos brancos (8,2%), pretos reportam maior sensação de depressão e falta de perspectivas (12,4%), seguido de pardos (8,5%), bem como sentimentos de fracasso durante todos os dias ou mais da metade dos dias da semana, são maiores em pretos (9%) e pardos (8,4%) se comparado aos brancos (4,5%).

Os dados acima explicitados, compõem um dos diversos elementos que tornam evidente a desigualdade racial e os impactos do racismo estrutural na saúde da população negra.

### **C) Saúde Mental das Pessoas em Situação de Rua**

Até o momento não existe censo oficial de âmbito nacional ou estadual que contemple a contagem do número de pessoas em situação de rua (PSR) no RS. Segundo o sistema de dados “TABCAD”, são contabilizadas 6.934 PSR com registro no CADÚNICO para Programas Sociais (Outubro de 2021). Ressalta-se que o CADÚNICO é entre os sistemas de dados nacionais aquele que apresenta os maiores números quantitativos da população em situação de rua por município, sendo utilizado como referência de estimativa para diversas ações de âmbito público destinadas a PSR. Ainda assim, este número não deve ser considerado em termos absolutos para a contagem da população de rua, uma vez que é inestimável o quantitativo de pessoas em situação de rua que não acessam os serviços da assistência social para cadastrar-se, e também pelo contexto de intensificação da imigração e da vulnerabilidade social no estado e no país, que pode ter aumentado o número de pessoas que vivem nas ruas.

Duas pesquisas realizadas no RS - uma na Capital (GEHLEN; SCHUCH, 2016) e outra na Região Metropolitana (CAMP, 2017) - apontam alguns dados significativos para compreender e caracterizar a situação sociodemográfica dessa população no estado.

Na capital, em 2016, a população em situação de rua levantada pela pesquisa era predominantemente do sexo masculino (83,8%). No quesito raça/cor, os entrevistados se autodeclararam negros (37%), brancos (34,4%), indígenas (2,8%), amarelos (0,8%) e outras denominações (24,5%). Destaca-se ainda que mais de 60% tinha mais de 35 anos, sendo que a faixa entre 18 e 24 anos reduziu-

se pela metade desde os dados colhidos entre 2007 e 2008, revelando o envelhecimento desta população (PIMENTA, 2019). O percentual de analfabetos na PSR foi de 6%. A maioria (57,4%) declarou não ter finalizado o ensino fundamental, e 70% dos adultos não completaram a escolaridade básica obrigatória (GEHLEN; SCHUCH, 2016).

As motivações apontadas por Gehlen e Schuch (2016) para a ida às ruas foram “uso de drogas e alcoolismo” (24,9%), “conflitos e/ ou maus-tratos na família” (12,5%), “separação/decepção amorosa” (10%), “desemprego” (8,9%), relacionado à morte de familiar (7,4%) e “não se sentir bem com a família ou não ter família” (5,8%), ou seja, estão ligados a condições de saúde, fragilização de vínculos familiares, e vulnerabilidade sociais.

Demandas de saúde mental também apresentam destaque segundo os dados dos problemas de saúde mais atendidos por “equipes de consultório na rua” (eCR) no RS, entre os anos de 2015 a 2019: etilismo (31,0%); tabagismo (29,4%); atenção à saúde sexual e reprodutiva (11,6%); saúde mental (10,4%); ISTs (6,8%), uso de outras drogas (5,7%) e tuberculose (5,1%) (RIO GRANDE DO SUL, 2020). As questões diretamente relacionadas ao uso de álcool e outras drogas somadas aos atendimentos de saúde mental representam 76,5% do percentual total das demandas atendidas - apresentadas acima.

A análise e a avaliação das situações de violência no RS entre 2014 e 2017 (CANAVESE et al., 2018) demonstraram que apenas 1,17% das fichas de notificação de agravos por violência interpessoal e autoprovocada teve a opção “Situação de rua” assinalada, o que corresponde em números absolutos a 899 de 76.478 fichas de notificação, índice que pode ser interpretado como baixo. A dificuldade de entendimento para o preenchimento das fichas levanta o questionamento sobre o quanto as equipes de saúde estão preparadas para identificar e abordar de maneira adequada os usuários no que se refere às situações de violência.

Ainda assim, os percentuais de violência mais significativos para a população de rua foram: violência física (85,1%), violência psicológica/moral (35,3%), violência autoprovocada (7,5%), negligência/abandono (7,3%) e violência sexual (6,5%). Esse estudo também identificou que as identidades de gênero travesti, transexual mulher e transexual homem somam, juntas, 32 casos (3,6%) assinaladas nas fichas em que a motivação da violência foi “situação de rua”. O estudo de Camp (2017) ressalta

que, embora não existam dados confiáveis sobre o tamanho da população transexual no país, para que se trace uma comparação, é bastante confiável afirmar que a proporção encontrada entre as populações em situação de rua é maior, visto que a população transexual está sujeita constantemente ao preconceito e à vulnerabilidade.

Para prestar o cuidado em saúde específico à população em situação de rua no RS, há no momento 8 Equipes de Consultório na Rua implantadas, localizadas nos municípios de Canoas, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre (duas equipes), Rio Grande, Uruguaiana e Viamão. Ainda assim, este número representa aproximadamente apenas  $\frac{1}{3}$  (um terço) daqueles municípios no RS cujo quantitativo de pessoas em situação de rua autoriza a solicitação para credenciamento e incentivo mensal de custeio destas equipes junto ao Ministério da Saúde. Ou seja, há ainda mais 15 municípios que podem solicitar credenciamento de novas eCR para o MS, ressaltando que a definição por realizar ou não estas solicitações é de autonomia municipal. Nesse sentido, a presença do controle social, de movimentos e organizações ligadas à garantia de direitos e promoção da cidadania às pessoas em situação de rua é de fundamental importância na mobilização e sensibilização daqueles municípios que, mesmo apresentando um número significativo de pessoas em situação de rua, ainda não realizaram solicitação de credenciamento de equipes de consultório na rua junto ao Ministério da Saúde, conforme a Portaria Nº 1.255, de 18 de junho de 2021.

#### **D) Saúde mental da População LGBTQIA+**

O preconceito, estigmas sociais e intolerância a indivíduos que estão fora dos padrões sociais em relação à orientação sexual e identidade de gênero como lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexos (LGBTQIA+) incidem na determinação social da saúde e impactam na saúde mental, que é condição essencial para o desenvolvimento de uma vida de acordo com os princípios da dignidade humana.

As vivências em meios hostis, marcados por ambientes e relações repressivas que culminam na produção de um cenário de múltiplas violências, pode produzir o chamado estresse de minorias, esses são fatores que aumentam o risco de prejuízo da saúde mental e pode levar à propensão da ansiedade, depressão,

estresse pós-traumático, práticas sexuais de risco, uso abusivo de álcool e de substâncias psicoativas, condutas autolesivas e ideação suicida (MEYER, 2013).

Nos serviços de saúde práticas e abordagens centradas em um modelo heterossexual e cisgênero ainda são uma realidade e acabam por reproduzir estereótipos, pressuposição de cuidados e condutas patologizantes da sexualidade. Esse modelo, por vezes, invisibiliza as vivências e subjetividades de pessoas LGBTI+, produz violências e desconsidera o direito ao cuidado em saúde de forma integral.

Vale ressaltar a importância de promover a despatologização das sexualidades dissidentes. A homossexualidade, bissexualidade e/ou transexualidade não são um transtorno mental ou social, entretanto, ainda são amplamente desaprovadas e muitas vezes julgadas como tal. Recentemente, as identidades trans, a partir do CID-11, deixam de ser classificadas como transtornos mentais e passam a ser classificadas como condições relacionadas à saúde sexual. Por outro lado, ainda se faz necessário o enfrentamento da disseminação, oferta e prescrição (compulsória) das tais “terapias de conversão” e de “cura gay”.

Sendo assim, compreender as temáticas e conceitos relacionados à diversidade sexual e de gênero (associadas a multidimensões como classe social, raça e geração) são pontos-chave a serem observados no cuidado em saúde mental da população LGBTI+ de forma integral e com base em boas práticas.

### **E) Sofrimento psíquico em pessoas que fazem o uso de agrotóxicos**

As mortes autoinfligidas entre os trabalhadores rurais, expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida, representam uma particularidade do estado (SES/RS, 2019). Os riscos à saúde humana associados ao uso e à exposição a agentes tóxicos têm sido objeto de grande interesse científico por vários anos. Estudos apontam que o aumento do número de episódios de intoxicação por agrotóxicos, ao longo da vida, aumenta a proporção de transtornos mentais (ZAGO et al., 2018; FARIA et al., 1999), podendo ser um dos principais fatores de risco para suicídios na população rural (FALK et al., 1996). Portanto, desenvolver ações que busquem a redução da exposição ocupacional (regular e/ou acidental) ao uso de agrotóxicos, especialmente os organofosforados, se faz necessário. Além disso, é importante prever ações para redução dos riscos de auto-envenenamento por pesticidas, restringindo o acesso. *Texto extraído do*

#### **EIXO IV - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-síndemia:**

No cenário de tantas incertezas e medos, as pessoas estão enfrentando os graves impactos causados pelo novo coronavírus (Covid-19) sobre sua saúde mental e seu bem-estar psicossocial. Muitos como uma reação normal da anormalidade vivida, mas pela ausência de atenção necessária exigem dos gestores atenção e prioridade para sanar as consequências de agravamento com a maior brevidade possível. O sofrimento psíquico está disseminado devido aos efeitos imediatos do vírus sobre a saúde, às consequências das medidas para contenção de sua disseminação, como o isolamento físico e a suspensão de serviços, bem como a preocupações sobre a perda de sustento e educação.

Alinhado a ausência de implementação de políticas públicas que possam minimizar estes sofrimentos e pela fragilidade sociopolítica-econômica em como passamos no Brasil. Neste sentido, se faz necessário fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde, que perpassa pelo apoio aos profissionais dos serviços substitutivos e, principalmente, os não especializados em saúde mental. A atenção básica, por exemplo, precisa estar preparada para prestar o primeiro acolhimento e cuidados em momento de fragilidade da população.

Para tanto, os gestores, no âmbito de suas responsabilidades, têm o dever de garantir as estruturas necessárias para o atendimento às necessidades das pessoas e cumprir seu dever constitucional de saúde como direito humano. Importante ressaltar o princípio da equidade como fundamental no SUS, ainda mais diante do fato do aumento da pobreza, miséria, fome, desemprego e situação de rua no Brasil, causados pela Pandemia de COVID 19. Dessa mesma forma, a ampliação do acesso aos serviços aos povos indígenas, quilombolas, populações rurais e populações urbanas em situação de rua, entre outros, a partir do fortalecimento das políticas de equidade.

## Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**. In: BEZERRA JR, Benilton e AMARANTE, Paulo (orgs). *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf) Acessado em Dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 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. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. *Recomendação CNS nº40*. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020>

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. *Documento Orientador V Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/5cnsnsm/doc/documento\\_orientador\\_5CNSM.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/5cnsnsm/doc/documento_orientador_5CNSM.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. *Recomendação CNS nº10*. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1724-recomendacao-n-010-de-04-de-maio-de-2021>

CAMP – ESCOLA DE CIDADANIA. MAPEAMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. Região Metropolitana de Porto Alegre. Projeto Economia Solidária e População em Situação de Rua: estratégias de valorização do saber-fazer a partir da inclusão socioeconômica e da autonomia da População em Situação de Rua na Região Metropolitana de Porto Alegre. Convênio nº 811902/2014 – SENAES/MTB – CAMP. Porto Alegre, outubro de 2017. Disponível em: <http://camp.org.br/files/2017/12/Mapeamento-da-Popula%C3%A7%C3%A3o-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-FINAL.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

CIMI. Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil - Dados de 2019. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>

CIMI. Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil - Dados de 2020. Brasília. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2021/11/relatorio-violencia-povos-indigenas-2020-cimi.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público. **Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional**. Ministério Público do Trabalho Impreso no Brasil: 2ª edição, 2020. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio\\_Inspecao\\_HospPsiq.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf)

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: Ministério Público, 2017. p. 172. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>

DAVID, E. D. C., & VICENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em Debate*, 44, 264-277, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pD3P9BXwjVWns4VKfL6jr4s/?lang=pt>

FAGUNDES, S.M.S. **Águas da Pedagogia da Implicação: Intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. Porto Alegre : Rede Unida, 2020. 458 p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Livro-AGUAS-DA-PEDAGOGIA-DA-IMPLICACAO-Intercessoes-da-educacao-para-politicas-publicas-de-saude.pdf>

FRANÇA. I.G. **Notas sobre o Controle social e a construção da III Conferência Estadual em Saúde Mental Intersectorial do RS**. In: PAULON, S.N.; OLIVEIRA, C.S.; FAGUNDES, S.M.S. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS 2008.

FRENTE AMPLIADA EM DEFESA DA SAÚDE MENTAL (FASM). **1ª Conferência Popular Antimanicomial de Saúde Mental: + Liberdade + Diversidade + Direitos = Democracia**. 2021. Disponível em: <https://fasmnacional.wordpress.com/>



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p.342. Disponível em: [https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro\\_saude\\_mental\\_covid19\\_Fiocruz.pdf](https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf)

GEHLEN, Ivaldo; SCHUCH, Patrice (orgs.). Relatório quanti qualitativo, contendo o cadastro censitário e o modo de vida cotidiana da população adulta em situação de rua de Porto Alegre. Porto Alegre: IFCH-Ufrgs, Fasc, 2016

JÚNIOR, A.R. **Trinta anos(em três) do Fórum Gaúcho de Saúde Mental: Manicômios nunca mais! Tributo ao Paulinho**. Associação Gaúcha de Escritores Independentes: Farroupilha, 2021. Disponível em: <https://www.recantodasletras.com.br/e-livros/7198112>

JUNIOR, J.PB; SANTOS, D.B. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.37, n.10, 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2021.v37n10/e00119021/>

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. **Psychol. Bull.** , v. 129, p. 674-97, 2003.

PAVANI et al. Covid-19 e as repercussões na saúde mental: estudo de revisão narrativa de literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, v.42, n esp.1, p.e20200188, 2021.

PAULON, S.N.; OLIVEIRA, C.S.; FAGUNDES, S.M.S. **25 anos da lei da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS 2008.

PIMENTA, M. M. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: Processos de estigmatização e invisibilidade social. **Civitas**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 82-104, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/30905/17714>. Acesso em: 08 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado e do Meio Ambiente. **Relatório da I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul**. Tramandaí/RS, 1992. Disponível em: <http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/26>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório da II Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul**. Pelotas/RS, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Regimento da IV Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul**. Disponível em: <http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/2063/Regimento-CESM-2022>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2012-2015**. (Org.) Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2013. p. 250.

Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28101537-pes-2012-2015.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2020-2023.** (Org.) Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021. p.2021. 308p. Disponível em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, R.A. **Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos:** um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam. 2015. 199 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.

SPOSATI, A. O. COVID-19 Revela a Desigualdade de Condições da Vida dos Brasileiros. **Revista NAU Social**, v.11, n.20, p.101-3, 2020.

VASCONCELLOS, E. (org). **Abordagens psicossociais.** Vol.III. Perspectivas para o Serviço Social. São Paulo. HUCITEC, 2009.

XIANG, Y. et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **Comment.** Published Online, February 4, 2020.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2010.