

Participação social em saúde no Brasil: o campo da saúde mental e suas instituições participativas

Social participation in health in Brazil: the mental health area and participative institutions

Isabel V. Marazina¹

¹ Doutora pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (LASAMEC/FSP/USP) - São Paulo (SP), Brasil.
imarazina@uol.com.br

RESUMO O artigo pretende refletir sobre o estado atual da participação social no campo da saúde mental pública brasileira. Traça um esboço histórico das instituições criadas pelo Estado a partir da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e tenta dar um panorama das mesmas, assim como dos diferentes segmentos da sociedade que inteiram a rede de participação. Também assinala alguns impasses e desafios que precisam ser desdobrados para efetivar uma participação social como instrumento eficaz da construção de cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Redes de Participação Social; Instituições Participativas.

ABSTRACT *The article aims to reflect about the current state of social participation in Brazilian public mental health. Traces a historical outline of institutions created by the State after Unified Health System (SUS) legislation and tries to give an overview of them, as well as the different segments of society's network participation. It also points out some difficulties and challenges that need to be deployed to effect social participation as an effective instrument of building citizenship.*

KEYWORDS: *Mental Health; Social Participation Network; Participative Institutions.*

Entendo como imprescindível começar a pensar a questão da participação social a partir da proposta da reforma sanitária brasileira. Essa proposta se constrói no contexto da crítica ao sistema da saúde, que, inserida no movimento de resistência à ditadura militar, articula a oposição em torno das palavras de ordem 'Saúde como direito de todos e dever do Estado'. No período de 1985 a 1987, setores políticos significativos acedem ao aparelho do Estado, desenhando o setor de ações de saúde, insistindo na descentralização e desconcentração das mesmas.

Inicia-se o processo da reforma sanitária, o qual alcança a sua plenitude na VIII Conferência de Saúde (1986), quando surge o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Essa conferência é, até a atualidade, referência para as reformas promovidas no setor. Os principais eixos de discussão foram: a saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema e o financiamento do setor.

Pela primeira vez, realizam-se pré-conferências estaduais e municipais, com participação de setores de usuários, onde se prepara a agenda de temáticas a serem tratadas. Temos extensa literatura em torno dos trabalhos da 'Oitava'. Quase todos eles coincidem em assinalar o importante consenso ali atingido sobre a necessidade de reformular não somente as estruturas administrativa e financeira do sistema, mas também, e principalmente, o conjunto de leis e disposições jurídicas que deveriam contemplar a ampliação do conceito de saúde segundo os postulados da reforma sanitária. A importância dessa conferência pode ser medida pelo fato de que seu relatório serviu de base para o capítulo de saúde da Constituição de 1988.

A sanção constitucional das reformas no setor da saúde iniciou o longo processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), rede hierarquizada de saúde pública por regiões. Uma das principais mudanças residiu na descentralização da atenção, ficando com os municípios as atribuições de planejamento e execução das ações no nível local, bem como de administrar os estabelecimentos hospitalares tanto de nível primário quanto secundário. O nível central encarrega-se dos estabelecimentos de alta complexidade, de ações complementares, das cooperações técnica e financeira para

os municípios. Esse tem sido um processo lento e nada linear, na medida em que os municípios precisaram se adequar às pautas mínimas para receber ajuda e instalar sua rede. Isso nem sempre tem sido possível, dadas as enormes diferenças existentes no território nacional, tanto no sentido econômico quanto sociocultural, mas os avanços são perceptíveis.

A participação social foi plasmada na criação dos Conselhos de Saúde em todos os três níveis, formados com 50% de representantes do governo e 50% de atores sociais (representantes das entidades prestadoras, usuários etc.). Também se legislaram as Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, que devem ser realizadas a cada quatro anos para trabalhar sobre os diferentes temas do setor, com os objetivos de delinear a agenda de saúde de acordo com as diretrizes prioritárias e constituir a agenda para o seguinte quadriênio. Na composição das conferências, também se segue o critério de escolha de representantes de cada setor da sociedade, implicado na problemática da saúde, tendendo a reforçar a participação mais ampla possível (HEIMANN, 1992).

Sem dúvida alguma, o SUS foi e continua sendo um fenômeno ímpar na história da cobertura de saúde de grandes segmentos da população antes marginalizados. Fundamentalmente, porque o princípio de universalidade sustenta o acesso desses segmentos à atenção, sobretudo nos níveis mais primários. Sabemos, porém, que esse processo está sujeito a marchas e contramarchas das condições econômicas do país, assim como aos conflitos de grupos de interesses que são contrários à expansão do sistema. Nos níveis mais complexos, a cobertura reflete particularmente essa dificuldade, dado que as prestações são realizadas, em sua maioria, em instituições privadas que, ainda que se constituam como instituições sem fins lucrativos, dependem dos insumos e da aparelhagem de empresas multinacionais, o que restringe enormemente a possibilidade de compra e barganha do SUS.

A década de 1990 traz no seu bojo uma crise econômica importante, que restringe de forma drástica o orçamento em saúde. Mas é necessário recordar que o País se orienta pela receita dos organismos internacionais de crédito para aplicar um ajuste que afeta as

áreas sociais em seu conjunto. Essa situação, que atinge diretamente as fontes financiadoras do SUS, leva uma parcela da população de maior poder aquisitivo a migrar para as empresas de seguro de saúde, que se expandem acentuadamente. A população mais pobre fica como usuária privilegiada do sistema, e, exatamente por isso, calcula-se que o SUS cubra as necessidades de mais de 70% dos cidadãos.

Ainda que exceda o limite desse trabalho discutir mais profundamente as questões atinentes ao processo de construção do SUS, podemos dizer que ele se acha em constante desenvolvimento e contradição, afetado pelas decisões políticas tomadas por cada governo em relação à saúde. Esse tem sido o seu principal obstáculo, e não, como se costuma dizer, a inadequação do próprio sistema, que, a nosso ver, é uma das políticas públicas mais importantes na área da saúde no mundo. Sobretudo, é uma grande fonte de distribuição de riqueza, constantemente impedida pelos lineamentos das políticas neoliberais (MENDES; MARQUES, 2009).

No que tange à saúde mental, a necessidade de modificar o modelo asilar começa a surgir na década de 1970, valendo-se dos mesmos espaços críticos de produção do pensamento sobre a saúde, que abria o movimento mais amplo da reforma sanitária. Nasce e cresce, assim, a reforma psiquiátrica, que articula diversos atores sociais implicados na formulação das políticas de saúde mental no Brasil: movimentos, militância, profissionais da área, entidades de profissionais e setores da academia. No final dos anos 1970, surgem as primeiras denúncias sobre o trato desumano recebido pelos pacientes nos hospitais psiquiátricos, e o movimento crítico se dirige de maneira intensa ao sistema asilar.

Em junho de 1987, realiza-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, logo após a VIII Conferência. Ela transcorre em clima de confronto político importante, e o seu relatório final propõe a reformulação do modelo assistencial em saúde mental, que implica a reformulação dos serviços, a definição de uma política afinada com a política de direitos humanos

e, portanto, a redefinição da legislação em vigor até a data.

A conferência também destina recomendações à Constituinte (RELATÓRIO FINAL DA I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988). Está dado o início de um longo processo, através do qual o movimento pela reforma psiquiátrica persegue a transformação enunciada, procurando a organização dos trabalhadores da área e estimulando o surgimento das associações de usuários e familiares.

Vemos, então, que o próprio SUS determina espaços institucionais para a participação dos usuários dentro do sistema de saúde: Conselhos de Saúde, Câmara Técnica, conferências etc. Essa determinação opera como um vetor instituinte de legitimidade na organização dos grupos de familiares e usuários. Também é importante assinalar que, à medida que os usuários estão inseridos organicamente dentro do sistema do SUS, sua articulação com grupos profissionais se realiza de forma mais integrada.

Um exemplo dessa situação é a RENILA (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial), constituída a partir da decisão coletiva de representantes de 13 núcleos da luta antimanicomial de todo o Brasil, reunidos em dezembro de 2003, em Brasília (DF). Tem como antecedente o Movimento da Luta Antimanicomial, organizado desde 1993, do qual se retira em 2003 para formar esse novo desenho institucional. Vejamos alguns dos postulados¹.

Com a adesão de novos signatários ao nosso Manifesto, a Rede realiza, em dezembro de 2004, com 19 núcleos de 12 Estados brasileiros, o seu I Encontro Nacional. A Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA) tem como elementos básicos e construtivos os núcleos da luta antimanicomial – organizações autônomas e militantes de portadores de transtorno mental, seus familiares, trabalhadores de Saúde Mental etc., que empreendam efetivamente, a nível local ou estadual, as ações e os enfrentamentos exigidos pela construção de

¹ <http://www.osm.org.br>. Acesso: fevereiro de 2011.

uma sociedade sem manicômios. A participação dos portadores de transtorno mental, nos núcleos locais como em âmbito nacional, como porta-vozes de suas questões e protagonistas da luta por seus direitos, é característica essencial e definidora da RENILA.

A RENILA é composta por:

1. Associação Chico Inácio (AL);
2. Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de João Monlevade (MG);
3. Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (MG);
4. Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Estado de Goiás (GO);
5. Associação Verde Esperança (MG);
6. Associação Loucos por Você (MG);
7. Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (CE);
8. Fórum Gaúcho de Saúde Mental (RS);
9. Fórum Goiano de Saúde Mental (GO);
10. Fórum Mineiro de Saúde Mental (MG);
11. Instituto Damião Ximenes (CE);
12. Movimento dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental da Bahia (BA);
13. Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal (DF);
14. Núcleo Antimanicomial do Pará (PA);
15. Núcleo da Luta Antimanicomial da Paraíba (PB);
16. Núcleo de Estudos pela Superação do Manicômio (BA);
17. Núcleo Estadual de Saúde Mental (AL);
18. Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial (RN);
19. Núcleo Libertando Subjetividades (PE);

20. Núcleo Por Uma Sociedade Sem Manicômios (SP),

A estrutura do movimento é reticular, de acordo com os princípios que defende, e implica um grau de integração que demanda encontros periódicos e ações conjuntas dos seus núcleos integrantes.

Várias outras associações de usuários e familiares não estão incluídas na RENILA, mas têm atuação significativa. Das que temos conhecimento, atualmente se incluem na Câmara Técnica de Saúde Mental, com os seus representantes, a Associação Maluco Beleza, de São Vicente (SP); a Associação Franco Rotelli, de Santos (SP), uma das mais antigas, criada com o Programa de Santos, em 1990; a Associação Atenção à Saúde Mental de Embu e Região (SP); a Associação José Martins de Araujo Jr; a Associação Fazendo Diferente; a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais de Sorocaba e Região (AFDMSO); a Associação De Volta Para Casa; o Fórum Popular de Saúde Mental do Grande ABCD-MRR; e a Associação de Atenção Humanitária à Saúde (ATHUS).

A participação profissional se realiza por diversas vias: por um lado, os fóruns agrupam numerosos profissionais de diversas procedências – dos serviços de saúde mental, das instâncias acadêmicas etc.; por outro, através de organizações específicas, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), ou de organizações integradas na universidade, como o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS), da Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, assim como o Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); e outros grupos que, em geral, estão atrelados a instituições de ensino universitário. Essas organizações ganham significativa importância pela contribuição a pesquisas e estudos que subsidiam o campo psicossocial, além do seu compromisso com a formação de agentes. O LAPS protagoniza essa tarefa de forma continuada e realiza uma importante articulação entre os campos da saúde mental e da cultura, tendo participado da Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais, para pessoas em sofrimento mental, e apoiado diversas

manifestações da cultura realizadas por pacientes. O LASAMEC realiza encontros periódicos que abrangem a saúde mental e diversas áreas de conexão, como educação, sistema prisional, gestão e outras.

Outra forma de contribuição com o campo se realiza através dos Conselhos Profissionais, que têm participado da construção e proteção do campo psicossocial, na defesa dos direitos dos pacientes. Dentro do sistema de conselhos, podemos destacar o trabalho dos conselhos federal e regionais de Psicologia, assim como os de assistência social, enfermagem, e outras profissões que participam do tramado interdisciplinar da política proposta.

Mas devemos escutar também, dentro desse panorama, algumas importantes objeções levantadas por pessoas ligadas aos movimentos sociais. Em entrevista ao JORNAL PSI, publicação do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2009), o sociólogo Rudá Ricci, que integra o Fórum Brasil de Orçamento e o Observatório Internacional da Democracia Participativa, faz as seguintes observações:

Um entrave importante do processo de participação é o da articulação. Em uma mesma cidade podem existir até seis ou mais conselhos, que nem sempre se articulam entre si, dispersando a possibilidade de controle social sobre as políticas públicas locais. Outro é o da fragmentação temática que cria um espírito corporativo e fechado, em vez de interferir efetivamente na agenda nacional, pública. Um terceiro aspecto é que as conferências não se articulam com o processo decisório das políticas públicas: dependem da boa vontade do parlamento e do executivo [...]

Ultimamente percebo uma forte tendência das conferências adotarem uma agenda governamental e não da sociedade civil [...] Os conselhos poderiam apontar para uma nova estrutura de gestão pública no Brasil, mais participativa, aumentando o poder da sociedade civil sobre os governos, mas, muitas vezes, tornam-se auxiliares. E não apenas em função do fenômeno da 'prefeiturização', isto é, do

comando dos conselhos pelas prefeituras, mas porque os conselheiros não possuem visão estratégica sobre seu papel [...]

Sem o poder de responsabilizar a autoridade pública, os conselhos e conferências se tornam peça marginal ao poder político real no Brasil. E serão paulatinamente refutados pelo poder real.

Fazemos nossas as considerações supracitadas. A discussão sobre a questão do controle social das políticas públicas tem um lugar central, já que nos leva a pensar até onde os mecanismos definidos pelo SUS para garantir esse controle estão atravessados por uma tendência de burocratização e recaptura dos seus fluxos por parte da estrutura formal do Estado. Tendência essa que nos parece estar presente na sociedade como um todo, na medida em que a educação para a cidadania participativa dista muito ainda de ser um ideal social efetivo. A sociedade brasileira avança com dificuldade nessa direção, sujeita a muitas contradições, o que implica na modificação de um modelo instituído de controle social por parte das elites dominantes, imperante por muitos séculos. A passividade popular frente aos desmandos das instituições não é uma condição natural da sociedade brasileira, mas uma formatação social, apreendida ao longo de muitos anos de domínio autoritário. Entendemos que chacoalhar esse traço implica um longo processo de trabalho sobre a subjetividade imperante, simultâneo e intrínseco ao processo de recuperação da dignidade das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

Consideramos, porém, que o relatório da última conferência da área – a IV Conferência Intersectorial em Saúde Mental – avalia, nas suas conclusões, que a participação de associações de usuários e familiares tem mostrado um crescimento significativo em comparação aos inícios do processo. Podemos atribuir esse crescimento à prática desenvolvida ao longo desses anos, onde não somente teve lugar um chamamento aos atores sociais, desde o próprio campo da saúde mental, como cobrou impulso o discurso de setores da sociedade em torno dos direitos humanos, marco significativo de todo esse processo.

Referências

HEIMANN, L. S. *et al.* *São Paulo: O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec. 1992

MENDES, Á. MARQUES, R. *Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro*. 2009. (Apresentação de Trabalho/Seminário).

RICCI, R. Entrevista. *Jornal PSI*. São Paulo, n. 160, abr/maio 2009.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1. *Relatório Final*. Brasília, 1988.

CONFERENCIA INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL, 4. *Relatório Final*. Brasília, 2011.

Recebido para publicação em Abril/2012

Versão definitiva em Junho/2012

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesses: Inexistente