

A CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DE SANTA CATARINA DE 2022 E SEUS DESDOBRAMENTOS

The Santa Catarina State Mental Health Conference of 2022 and its Developments

Sabrina Melo Del Sarto¹
Caroline Aparecida da Silva²
Aline Fagundes Silva³

Artigo encaminhado: 01/12/2022
Artigo aceito para publicação: 10/12/2023

RESUMO

As Conferências de Saúde são um importante espaço de controle social e gestão participativa no Sistema Único de Saúde, proporcionando discussão e construção das políticas públicas de saúde. O presente trabalho tem como objetivo analisar as propostas aprovadas na Conferência Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina, construídas nas etapas municipais, macrorregionais e estadual no ano de 2022. Trata-se de pesquisa bibliográfica e de análise documental, de abordagem qualitativa. Para a discussão dos dados foi utilizada a análise de conteúdo e definidas as categorias temáticas: 1) Reforma Psiquiátrica Brasileira e Luta Antimanicomial, 2) Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e 3) Financiamento das Políticas Públicas de Saúde Mental. Concluiu-se a partir da avaliação e discussão das propostas, diversas dificuldades na implantação e manutenção dos serviços de saúde mental, além da drástica diminuição do financiamento e custeio das políticas públicas em saúde mental, ação esta vista como um retrocesso por profissionais, usuários e pesquisadores, levando a precariedade da manutenção dos serviços já existentes. Por fim, ressalta-se que espaços de controle social como as conferências de saúde são importantes para reforçar os princípios da Reforma

¹ Cientista Social. Doutoranda em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: sabrinadelsarto@hotmail.com

² Psicóloga. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú/SC. E-mail: psico.carolsilva@gmail.com

³ Psicóloga. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Prefeitura Municipal de Penha/SC. E-mail: alinefagu27@gmail.com

Psiquiátrica Brasileira, priorizando o cuidado em liberdade e no território do sujeito.

Palavras-chave Conferência Estadual de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica Brasileira. Luta antimanicomial. Rede de Atenção Psicossocial. Financiamento.

ABSTRACT

Health Conferences are an important space for social control and participatory management in the Unified Health System (SUS), providing a platform for the discussion and construction of public health policies. This work aims to analyze the proposals approved in the State Mental Health Conference of Santa Catarina, developed in municipal, macro-regional, and state stages in the year 2022. It is a bibliographical and documentary research with a qualitative approach. Content analysis was used for data discussion, and thematic categories were defined: 1) Brazilian Psychiatric Reform and Anti-Asylum Struggle, 2) Strengthening the Psychosocial Care Network, and 3) Financing of Mental Health Public Policies. From the evaluation and discussion of the proposals, it was concluded that there are various difficulties in the implementation and maintenance of mental health services, along with a drastic reduction in funding for mental health public policies. This action is perceived as a setback by professionals, users, and researchers, leading to the precariousness of maintaining existing services. Finally, it is emphasized that social control spaces such as health conferences are important to reinforce the principles of the Brazilian Psychiatric Reform, prioritizing care in freedom and within the subject's territory.

Keywords State Mental Health Conference. State Conference of Mental Health. Brazilian Psychiatric Reform. Anti-asylum fight. Strengthening of the Psychosocial Care Network. Financing.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido regulamentado pelas Conferências de Saúde, realizadas a cada quatro anos e amparadas pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990). Esta forma de gestão possibilita a participação social nas questões referentes à saúde pública, uma vez que garante o controle social na elaboração e também na execução das

políticas públicas de saúde. Cabe ressaltar que em todas as instâncias das conferências deve ser respeitado o princípio da paridade, o qual indica que 50% dos participantes e dos delegados eleitos devem ser de entidades e movimentos representativos de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (Brasil, 2012).

A 1ª Conferência de Saúde Mental no país, aconteceu em 1987 como um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, a partir da mobilização social e política dos diferentes atores sociais (Brasil, 1988). Foi uma importante iniciativa para a mudança da concepção da política de saúde mental para além do foco asilar, discussão sobre os direitos de cidadania dos usuários e pela busca de alternativas para a criação de uma nova categoria social inclusiva (Costa, Lotta, 2021).

No ano de 1992 ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental com os conceitos direcionadores de “Atenção Integral e Cidadania”, e a estimativa de que aproximadamente 20 mil pessoas participaram diretamente das etapas municipais, estaduais e nacional (Brasil, 1994). A 3ª Conferência foi realizada em 2001 com o tema central “Cuidar, sim. Excluir, não”, após menos de um ano da aprovação da nova Lei Federal de Saúde Mental (Lei. nº 10.216 de 06/04/2001) (Brasil, 2002). Já a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010 foi, pela primeira vez, intersetorial. Seu tema “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” foi apresentado em um cenário em que se ampliou a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental (Brasil, 2010).

Em 14 de dezembro de 2020, foi publicada a resolução nº 652 convocando a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), 10 anos depois do último encontro. A 5ª CNSM, por sua vez, tinha como data para a sua realização o mês de novembro de 2022, entretanto, foi adiada devido à ausência de recursos financeiros com estimativa para acontecer em maio de 2023 (Brasil, 2022). Segundo o Conselho Nacional de Saúde, a 5ª CNSM está entre um dos maiores eventos participativos da área no Brasil. Para a sua execução estão também previstos os eventos prévios. Para as etapas

municipais e macrorregionais, foi dado o prazo de ocorrerem até 30 de abril de 2022, já as etapas estaduais e distrital deveriam acontecer até setembro de 2022 e as etapas livres/preparatórias teriam o dia 30 de setembro como prazo final, todas as etapas prévias já ocorreram e é aguardada agora a etapa nacional (Brasil, 2021b).

O tema central da 5ª CNSM é “A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS” e a mesma tem como eixo principal “Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos”, sendo dividida em outros quatro eixos: 1) Cuidado em Liberdade como Garantia de Direito à Cidadania; 2) Gestão, Financiamento, Formação e Participação Social na Garantia de Serviços de Saúde Mental; 3) Política de Saúde Mental e os Princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade; 4) Impactos na Saúde Mental da População e os Desafios para o Cuidado Psicossocial durante e pós-pandemia (Brasil, 2021a).

Além disso, vale lembrar que todas as conferências são convocadas e organizadas junto aos Conselhos de Saúde (municipal, estadual e nacional). Contam também com a participação dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço, para que sejam discutidas e elaboradas propostas para a construção e reformulação das políticas públicas em Saúde Mental no país (Brasil, 1990; Brasil, 2021b).

Cada conferência é subdividida em diferentes etapas. Iniciam com as Conferências Municipais, posteriormente fazem os encaminhamentos de modo regional, passando para etapas estaduais e sendo finalizadas com a etapa nacional. Vale pontuar que são estimulados os eventos preparatórios em cada uma das etapas das conferências. Além disso, o país também realiza Conferências de Saúde temáticas, como é o caso da Conferência de Saúde Mental (CSM), que segue a mesma forma de atuação, denominada ascendente, com etapas municipais, macrorregionais, estaduais e nacional (Santa Catarina, 2022^a; Brasil, 2021b).

Nas etapas municipais do estado de Santa Catarina, todos os participantes foram divididos dentro dos quatro eixos e construíram propostas

na temática em níveis municipal, estadual e nacional, além de elaborarem propostas a nível macrorregional (Brasil, 2021a; Santa Catarina, 2022b). Após a construção das propostas, em plenária foram votadas as que seriam aprovadas e levadas para as próximas conferências. Cada município pôde aprovar até cinco propostas. Ademais, foram escolhidos os delegados que iriam representar os municípios nas conferências macrorregionais (Brasil, 1990; Brasil, 2021b).

As propostas municipais semelhantes foram aglutinadas pelo Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina e, na etapa macrorregional, as conferências foram realizadas nas sete Macrorregiões de Saúde, sendo elas: Macrorregião Grande Oeste, Macrorregião Meio Oeste, Macrorregião Planalto Norte, Macrorregião Nordeste, Macrorregião Foz do Rio Itajaí, Macrorregião Vale do Itajaí, Macrorregião Grande Florianópolis, Macrorregião Serra Catarinense e Macrorregião Sul. Em cada uma das conferências os delegados foram divididos em grupos, para que fossem discutidas as propostas aglutinadas e para que pudessem criar novas propostas não contempladas pelas anteriores. Depois, em plenária, foram votadas as propostas para aprovação/supressão, além disso foi realizada uma nova votação para a escolha dos delegados que representariam os participantes das macrorregiões (Santa Catarina, 2021).

Já na etapa estadual, foram formados grupos de trabalho para que os participantes pudessem discutir as propostas vindas das outras etapas, porém, naquela etapa não foram construídas novas propostas, eles apenas puderam qualificá-las, melhorá-las ou suprimi-las. Por fim, em plenária, 108 propostas foram aprovadas, entretanto, apenas as 12 que receberam maior quantidade de votos foram selecionadas para a etapa nacional. Além disso, no mesmo dia, foi realizada a eleição dos delegados que irão representar o estado na Conferência Nacional (Santa Catarina, 2023a).

Após este breve panorama sobre as conferências de saúde mental municipais, macrorregionais e estadual, bem como sobre suas metodologias de ação no Estado de Santa Catarina, enfoca-se adiante na análise das 12 propostas mais votadas na etapa estadual e, que posteriormente serão discutidas na 5ª CNSM.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em uma revisão bibliográfica e documental com abordagem qualitativa. Reúne a análise de descrições, classificações e interpretação de dados relacionados às propostas aprovadas durante a etapa estadual da Conferência de Saúde Mental (CSM), no Estado de Santa Catarina.

Inicialmente, a partir de uma revisão bibliográfica, conforme abordada por Lima e Miotto (2007), foi possível delinear uma compreensão sucinta do histórico estrutural das Conferências de Saúde (CS) no país. Além do mais, a revisão capacitou a formulação de hipóteses e interpretações para pesquisas futuras, especialmente em áreas pouco exploradas e documentadas, dado o caráter atual da investigação.

Posteriormente, foi realizada a análise documental do material disponível na página da Secretaria de Saúde de Santa Catarina⁴. No relatório, denominado de “5ª Conferência Estadual de Saúde Mental”, consta as propostas eleitas que serão levadas para a Etapa Nacional, organizadas pelo Eixo (de acordo com a temática) e abrangência (nacional ou estadual).

As propostas, previamente elaboradas e discutidas nas etapas Municipais e Macrorregionais, seguindo o modelo ascendente adotado em todas as CS do país, foram aprovadas em Plenária nos eventos anteriores e, posteriormente, passaram por uma análise adicional na Etapa Estadual, totalizando 108 propostas finais. Destas, apenas 12 foram selecionadas por meio de votação realizada por profissionais, familiares, usuários e gestores para avançar para a Etapa Nacional, agendada para dezembro de 2023.

No segundo momento da pesquisa, a partir de uma análise documental, pôde-se apreender, compreender e analisar essas propostas, conforme delineado por Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009). Desta maneira, foi possível transitar de um documento primário, as propostas, sujeito à análise, para um documento secundário, este artigo, que seria uma representação interpretativa do primeiro (Bardin, 1977).

⁴ <https://www.saude.sc.gov.br> > saude-mental > file

Para a análise e discussão das 12 propostas eleitas, optou-se pela Análise de Conteúdo, conforme proposto por Bardin (1977). Esta, se desdobra em três fases: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados por meio da classificação e escolha de categorias. Após uma revisão minuciosa, foram definidas três categorias temáticas para as investigações deste estudo, sendo elas: 1) Reforma Psiquiátrica Brasileira e Luta Antimanicomial, 2) Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e 3) Financiamento das Políticas Públicas de Saúde Mental.

No Grupo 1, foram analisadas as propostas numeradas por 3, 5, 7, 11 e 12. No Grupo 2, foram abordadas as propostas 3, 5, 7, 11 e 12. Por fim, no Grupo 3, foram interpretadas as propostas de número 1, 2, 3, 4, 7, 11 e 12. Para referência, elas estão descritas na Tabela abaixo (01). Observa-se que algumas das propostas foram analisadas em mais de um grupo, evidenciando a complexidade intrínseca das mesmas.

Tabela 01: Propostas Aprovadas na 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina

Nº	Propostas aprovadas
1	Resgatar o “NASF”, com financiamento federal para garantir a manutenção e ampliação desse programa em todos os municípios, com equipes próprias adequadas para promover a qualidade do cuidado integral da assistência à saúde da população, incluindo as ações de prevenção, proteção, promoção e reabilitação em saúde mental na atenção primária, bem como a implantação dos Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).
2	Revogação da EC 95 e prioridade de investimentos em políticas públicas de inclusão social e cidadania, de exclusividade pública, garantindo a toda a população o acesso a todos os direitos sociais e erradicação da miséria e da fome.

3	<p>Garantia de financiamento público (100% SUS) e gestão pública para a RAPS e reduzindo a participação das entidades de caráter filantrópico e privado, garantindo a saúde como Política de Estado e não de Governo nas esferas municipal, estadual e federal para implementação, custeio (com valores atualizados) e manutenção dos serviços de saúde mental no território, seguindo o princípio do cuidado em liberdade, em especial, CAPS i, CAPS I, CAPS II, CAPSIII, CAPS AD IV e CAPS AD, Centros de convivência, Oficina Terapêutica na Atenção Básica, Redução de Danos, NASF/Equipe Multiprofissional, Acompanhante Terapêutico e leitos de saúde mental em hospital geral, seguindo os princípios do SUS. Ampliar as formas de financiamento e cofinanciamento da assistência farmacêutica a nível federal, estadual aos municípios estimulando o atendimento especializado ambulatorial em saúde mental, álcool e drogas, aumentando e qualificando a lista de medicações do “RENAME” para as demandas de Saúde Mental, diversificar o tratamento farmacológico garantindo o subsídio financeiro e considerando a qualidade de vida ao usuário.</p>
4	<p>Ampliar as formas de financiamento e cofinanciamento da assistência farmacêutica a nível federal, estadual aos municípios estimulando o atendimento especializado ambulatorial em saúde mental, álcool e drogas, aumentando e qualificando a lista de medicações do RENAME para as demandas de Saúde Mental, diversificar o tratamento farmacológico garantindo o subsídio financeiro e considerando a qualidade de vida ao usuário.</p>
5	<p>Restabelecer a ordem legal referenciada pela luta antimanicomial e referendada pela Lei 10.216/2001, retirando incentivos do cuidado asilar e das internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, garantindo que os recursos financeiros, humanos, materiais, tecnológicos e logísticos sejam utilizados nos serviços substitutivos que compõem a RAPS, incluindo a oferta de número adequado de leitos hospitalares de saúde mental nos hospitais gerais, com vagas planejadas de forma regionalizada, considerando a realidade local, com regulação de leitos pelo SUS e</p>

	internação em tempo oportuno, tanto para os adultos quanto para a população infanto-juvenil, pois a disponibilidade insuficiente desses serviços vêm acarretando filas gigantescas, judicialização da saúde e problemas psicossociais muitas vezes irreparáveis.
6	Estabelecer periodicidade (4 anos) para realização das conferências de saúde mental, tendo como base a lei 8142/1990.
7	Criar política e elaborar estratégias que facilitem e ampliem a construção de centros de atenção psicossocial (CAPS I e infanto juvenis), contemplando municípios com menos de 15.000 habitantes, com garantia de financiamento do governo federal, estadual e municipal para manter a equipe técnica multiprofissional qualificada, efetiva e com carga horária específica para atenção em saúde mental, garantindo o transporte aos usuários para o acesso.
8	Implantação imediata da política pública normatizada e institucionalizada que defina a equipe de saúde mental, com inclusão de Assistente Social e Psicólogo na atenção primária na equipe multidisciplinar, compondo a equipe mínima de Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantindo a integralidade da atenção e a intersetorialidade com as demais políticas públicas.
9	Aumento de leitos “SISREG” para demandas de urgência/emergência; como pedidos judiciais ou casos que atentam contra a integridade do usuário ou dos outros; além de fiscalização dentro dos hospitais, exigindo um plano de trabalho de socialização e interação, com cuidado humanizado e acolhedor; bem como garantir leitos de emergência psiquiátrica no hospital geral até a liberação da vaga de internação pelo SISREG, principalmente para crianças e adolescentes.
10	Promover visibilidade, transparência e fiscalização das internações de longa permanência, garantindo o cumprimento dos direitos humanos nos espaços asilares psiquiátricos, até que a desinstitucionalização seja efetivada.

11	Priorizar o financiamento de saúde mental conforme as diretrizes da reforma psiquiátrica, com transparência, garantindo o financiamento prioritário aos CAPS, Centros de Convivências e cultura, entre outros serviços que compõem a RAPS e à formação continuada dos profissionais de saúde - neste último, criando um índice de formação continuada com progressão de carreira, além de ampliar os concursos públicos, diminuindo a rotatividade de profissionais e assegurando a qualidade do atendimento e o vínculo do usuário com a equipe multiprofissional.
12	Abertura permanente do Sistema de informação do MS para inclusão de projetos e liberação do custeio para a estruturação e funcionamento de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM), prevista na Portaria no. 3.588/2017 MS, com resposta em até 90 dias, para os municípios que fizerem a solicitação ao Ministério da Saúde, de modo a viabilizar, juntamente com as equipes da atenção básica, a prestação de serviços qualificados para o atendimento das demandas em saúde mental, respeitando as diretrizes da reforma psiquiátrica e garantindo a convivência familiar e comunitária dos usuários desses serviços.

Fonte: Santa Catarina, 2023a

3 ANÁLISE

Reforma Psiquiátrica Brasileira e Luta Antimanicomial

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) se apresenta como uma construção contínua, por vezes incorporada à agenda de governos, em outros momentos como um movimento de resistência, ou ainda, como um movimento marginal, sufocado por condições ou circunstâncias desfavoráveis ao seu acontecimento (Amarante, Oliveira, 2004). Tal afirmativa pode ser identificada no contexto atual da saúde mental, evidenciada nas propostas 3, 5, 7, 11 e 12. Como um dos resultados deste movimento, foi criada, a partir de intensa mobilização social, a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que se constituiu como um marco para a garantia de direitos e regulamentação das

formas de cuidado oferecidas às pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais, deliberando sobre a proteção, os direitos e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

Sabe-se, atualmente, que as questões referentes à Luta Antimanicomial voltaram à tona no país, uma vez que uma série de retrocessos vêm aparecendo no campo da saúde mental, como é o caso da Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brevemente, tal portaria direciona a "Política de Saúde Mental no sentido de um enfraquecimento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e da rede de base territorial, fomentando a implantação de dispositivos de lógica manicomial e restritivos de autonomia e liberdade." (Brasil, 2018, p. 5).

Vale lembrar que todas as Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas nos anos 1987, 1992, 2001 e 2010, denunciaram instituições manicomiais e reafirmaram a importância da Reforma Psiquiátrica, como pode ser visto:

A assistência prestada por estes hospitais se revelava pelo número elevado de mortes, pela cronificação e abandono e pelo lucro exorbitante dos proprietários dos mesmos, o que se convencionou chamar como "a indústria da loucura" (Brasil, 2018, p. 1).

Desde o início da RPB, mais de 60.000 leitos psiquiátricos foram desativados e foram abertos 2.500 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades, entretanto, a lógica manicomial persistiu e as denúncias estiveram presentes também na última Conferência Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina, realizada em 2022.

Neste tópico, portanto, pretende-se realizar uma breve análise dos conteúdos referentes à Luta Antimanicomial e à Reforma Psiquiátrica Brasileira presentes nas propostas aprovadas pelo estado de Santa Catarina para serem levadas à Conferência Nacional de Saúde Mental. Interessante notar que mesmo com a alta demanda dos serviços de saúde mental no estado, a conferência precisou ainda votar pelo fortalecimento da RAPS e por medidas antimanicomiais. Entre as 12 propostas mais votadas, sete delas abrangiam temáticas já presentes nos direcionamentos da RPB (propostas: 3, 5, 7, 9, 10,

11, 12), embora os termos “Reforma Psiquiátrica” e “Luta Antimanicomial” tenham aparecido apenas em três delas.

De modo geral, as propostas aprovadas apontam para a necessidade do fortalecimento da Luta Antimanicomial, bem como da Reforma Psiquiátrica no país, como: a) urgência da manutenção dos serviços de saúde mental em respeito ao território (propostas 3 e 12); b) cuidado em liberdade, humanizado e acolhedor (propostas 3 e 9); c) fortalecimento da RAPS (propostas 3, 5, 7, 11 e 12); d) criação de leitos de saúde mental em hospital geral (propostas 3, 5 e 9), e) retirada de incentivos de cuidado asilar e das internações em hospitais psiquiátricos e em comunidades terapêuticas (proposta 5); f) fiscalização dentro dos hospitais (propostas 9 e 10); g) exigência de um plano de trabalho de socialização e interação (proposta 9); h) garantia de direitos humanos nos espaços asilares psiquiátricos (proposta 10); i) transparência dos serviços (propostas 10 e 11); e, j) priorização do financiamento em serviços de base territorial em saúde mental (proposta 11).

Instigante pensar que estes direcionamentos já estiveram presentes nas conferências anteriores, mas como não foram efetivamente atendidos, ainda ocupam grande parte das propostas atuais. Uma possível resposta a esse fato seria, como dito anteriormente, as modificações atuais na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Segundo Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), na "Nova Política Nacional de Saúde Mental"⁵ estão propostos: 1) uma desestruturação da RAPS, incluindo o hospital psiquiátrico na mesma, aumentando também o valor da diária de internação nestas instituições; 2) desregulamentação do fechamento de leitos com a desinstitucionalização do paciente crônico, como disposto nas Portarias nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, nº 3090 de 23 de dezembro de 2011 e nº 1840 de 5 de novembro de 2014; 3) exigência de taxa de ocupação em leitos de saúde mental nos hospitais gerais de 80% para que seja possível o recebimento de recursos de custeio; 4) retorno de unidades ambulatoriais especializadas, contrariando a possibilidade de ampliação das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe de Saúde da

⁵ Ressalta-se que esta nomenclatura é como vem sendo chamada popularmente a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.

Família (ESF) e do CAPS; entre outros. Todos esses novos direcionamentos têm afetado os serviços no estado e também impedido que a lógica manicomial seja superada.

Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial

Conforme exposto, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) propôs uma remodelação do sistema assistencial, em que são apresentadas críticas ao paradigma psiquiátrico e novas práticas para a transformação do modelo clássico de atenção em saúde mental para o psicossocial, privilegiando o convívio nos espaços urbanos e contribuindo para que internações sejam evitadas (Martinhago, Oliveira, 2015). Nesse sentido, o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se torna essencial, à medida que através da sua inserção social e comunitária encontra os recursos necessários na comunidade, podendo identificar como os usuários se sentem acolhidos nestes espaços (Martinhago, Oliveira, 2012).

A Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, em seu art. 2º, parágrafo único, que trata sobre os direitos que devem ser garantidos no atendimento em saúde mental, estabelece em seu inciso II, o tratamento com humanidade, respeito, benefício da saúde com o objetivo de atingir a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Já o inciso IX, expõe que o atendimento deve se dar preferencialmente em serviços comunitários e de saúde mental. Tal modelo proposto baseia-se em uma rede diversificada de serviços na comunidade, com atuação integral, descentralizada e intersetorial (Amarante, Oliveira, 2004).

Nas propostas 3, 5, 7, 11 e 12 ficam evidenciadas ações que precisam ser atendidas para que o fortalecimento da RAPS seja consolidado, sendo elas: a) a criação e manutenção dos serviços de saúde mental no território, seguindo o princípio do cuidado em liberdade (propostas 3, 5, 7, 11 e 12); b) que a saúde seja preconizada como uma política de Estado e não somente de Governo (proposta 3); c) a formação continuada para os profissionais de saúde (proposta 11); e d) a efetivação da Portaria nº 3.588/2017 (proposta 12).

A RAPS inicialmente foi instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e prevê a criação, ampliação e articulação dos serviços de

atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no contexto do Sistema Único de Saúde. Contudo, como já exposto, a RAPS sofreu alterações posteriores, indo de encontro aos princípios da RPB.

É preciso atentar ao fato exposto por Amarante (2007) de que a RPB é pautada em uma nova forma de cuidado, entendida como um processo social e complexo, e não apenas na reformulação e reestruturação de serviços de assistência. Na proposta 3, é evidenciada a necessidade de manutenção e criação de serviços substitutivos no território, tendo como prerrogativa o cuidado em liberdade, como o CAPSi, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD IV, CAPS AD, Centros de Convivência, Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica, Redução de danos, NASF/Equipe Multiprofissional, Acompanhante Terapêutico e leitos de saúde mental em hospital geral.

Ainda na proposta 3, é resgatada a necessidade de que a saúde seja concebida como uma política de Estado, permanente e duradoura, e não somente de governo, para que a sua sustentação e efetivação estejam comprometidas com a melhoria das condições de vida e criação de um sistema de ações e serviços que seja universal, para promoção, proteção e recuperação da saúde de toda população, conforme preconizado pelo artigo nº 196 da Constituição Federal (CEBES, 2014).

Já a proposta 7, que versa sobre a atualização da Portaria nº 3.088/2011, em que para a instalação de CAPS I a população mínima é de 20 mil habitantes por município, tem como objetivo ampliar o número de CAPS dada a realidade do estado de Santa Catarina, no qual 79% dos municípios ficam abaixo do parâmetro estabelecido, e conseqüentemente não podem ser contemplados pela política. Importante ressaltar que atualmente no estado de Santa Catarina, estão implantados 108 CAPS e 18 CAPS microrregional, levando em consideração um estado com 295 municípios (Santa Catarina, 2023b; Santa Catarina, 2016).

Outro ponto que surgiu na proposta 11, foi referente a formação continuada dos profissionais de saúde, podendo incidir sobre a progressão de carreira. Scafuto, Saraceno e Delgado (2017) ressaltam que a formação dos profissionais da RAPS é permeada por desafios, realçados pelo

redirecionamento para a perspectiva da desinstitucionalização e da atenção psicossocial, como um modelo de cuidado em liberdade, atuação territorial, produção de autonomia, garantia e exercício de direitos.

A Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 que dispõe sobre a RAPS, é citada na proposta 12 para enfatizar a necessidade de abertura permanente do sistema de informação do Ministério da Saúde para inclusão de projetos e liberação do custeio para estruturação e funcionamento de Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental (EMAESM). Este serviço tem o seu acesso referenciado pela Atenção Primária à Saúde (APS) e presta atendimento aos casos estratificados como médio risco, que são intermediários entre a APS e o CAPS (Paraná, 2021).

Financiamento das Políticas Públicas de Saúde Mental

Dentre as 12 propostas aprovadas para a etapa nacional, sete delas (propostas 1, 2, 3, 4, 7, 11 e 12) estão direta e/ou indiretamente relacionadas ao financiamento para as políticas de saúde mental, sejam elas para redirecionar o atual custeio, como nas propostas 1, 3, 11, mas também para que seja atualizado o investimento nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como nas propostas 4 e 7. Além disso, a proposta 2 sobre o atual teto de gastos não se refere unicamente à saúde mental, porém a afeta diretamente.

Ressalta-se que o financiamento em saúde é de responsabilidade das três esferas (União, estados e municípios), porém historicamente é notável que a saúde mental é subfinanciada. De acordo com a Organização Mundial da Saúde o investimento em saúde mental deve estar em torno de 5% de todo o investimento em saúde, mas o que se observa no Brasil é que apenas 2,3% do orçamento direcionado para a saúde é investido em políticas de saúde mental (Gonçalves, Vieira, Delgado, 2012; Campos, Trapé, 2017).

Este subfinanciamento se observa nos dados coletados entre 2016 e 2019, no qual foi demonstrada a queda expressiva na implantação de novos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, no qual houve uma taxa de crescimento de 2,2% no triênio 2016-2018, quando comparado ao triênio anterior que houve crescimento de 6,3% de 2013-2015, o que dificulta o

atendimento de qualidade para que se cumpra as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) (Cruz, Gonçalves, Delgado, 2020). Indo ao encontro desses dados, observa-se nas propostas 3, 5, 7, 11 e 12 a necessidade do financiamento na esfera federal para atender as demandas de implantação e custeio da RAPS.

A proposta 2, solicita a revogação da Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 15 de dezembro de 2016 que estabelece limites para as despesas primárias da União, congelando os financiamentos destinados à saúde por até 20 anos. Isto impacta diretamente o financiamento na RAPS, dificultando a manutenção e crescimento dos serviços de saúde mental de base territorial no país e aumentando o tratamento em serviços de internação. Tal emenda impacta a médio e longo prazo a construção de uma rede de atenção de qualidade, resultando em uma redução progressiva da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional, e na garantia de direitos sociais à população (Santos, Vieira, 2018; Oliveira, 2022).

Paralela à EC nº 95/2016, a “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (NPSM), também vem afetando o financiamento na RAPS, indo na contramão do estabelecido pela Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, ao redirecionar o financiamento para serviços hospitalares e comunidades terapêuticas, diminuindo desse modo recursos destinados a serviços substitutivos à lógica manicomial. Dentre as mudanças na NPSM ocorreu o reajuste no valor das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de hospitais psiquiátricos a depender de seu tamanho, indo na contramão da própria política brasileira de redução de tamanho dos hospitais monovalentes (Onocko-Campos, 2019).

Tal retrocesso é apontado nas propostas 3, 5 e 11, nos quais reforçam a necessidade do financiamento público prioritário na RAPS, e nos serviços de base territorial e do cuidado em liberdade, com redução do custeio em entidades filantrópicas e/ou privadas. Estas proposições denunciam uma grave mudança na atual política de saúde mental, Oliveira (2022) aponta uma maior participação do setor privado, com redirecionamento dos recursos públicos indo de encontro à Reforma Psiquiátrica.

A proposta 1, que trata sobre o desfinanciamento federal do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), se refere à Nota Técnica nº 3 de 28 de

janeiro de 2020 (Brasil, 2020), que dentre as medidas adotadas, cita que não serão realizados credenciamentos de novas equipes de NASF, e as solicitações enviadas serão arquivadas. Além disso, não será mais repassado incentivo federal, ficando sob a responsabilidade dos gestores municipais a implantação e manutenção das equipes. Esta Nota Técnica em análise, aponta para retrocessos em face das conquistas do SUS na redução das desigualdades em saúde, além de limitar a universalidade de acesso e restringir as ações na atenção primária à saúde (Massuda, 2020).

A partir do exposto, observa-se redução progressiva do financiamento e custeio das políticas públicas em saúde mental, Onocko-Campos et al. (2018) apontam a NPSM como um retrocesso, devido à uma redução drástica no financiamento, levando à precariedade para manutenção dos serviços já existentes da RAPS e fragilizando o modelo pré existente. Em consonância, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva pontua que o cuidado em saúde mental deve ser territorial e substitutivo, com foco na ressocialização e reabilitação das pessoas (Reis, 2019).

4 CONCLUSÃO

A partir da discussão exposta neste artigo, pode-se pontuar algumas importantes considerações. O intuito principal de revelá-las será, antes de tecer conclusões finais, abrir espaço para a continuação da produção de diálogos sobre o tema, visto que a etapa nacional da 5ª Conferência de Saúde Mental está prevista para ocorrer em dezembro de 2023. Primeiramente, nota-se que mesmo após aproximadamente 20 anos da consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, ainda tem sido necessário reforçar os princípios básicos dos movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que têm sofrido inúmeros processos que os desestabilizam.

Nas propostas construídas e aprovadas, foi preciso, mais uma vez, reforçar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), objetivando-se barrar a propagação de medidas manicomiais alimentadas pelos direcionamentos advindos do que se supõe ser uma "Nova Política de Saúde Mental" no país. Interessante ressaltar que quase todos os direcionamentos votados já

estiveram em discussão nas conferências anteriores, mas como estão fragilizados, ocuparam grande parte das propostas atuais.

As propostas ratificam, mais uma vez, a necessidade de manutenção e criação de serviços substitutivos no território, tendo como prerrogativa o cuidado em liberdade. Além disso, resgatam a necessidade de que a saúde seja concebida como uma política de estado, e não somente de governo, para garantir sua sustentação e efetivação, que devem, por sua vez, estarem comprometidas com a melhoria das condições de vida dos usuários dentro de um sistema de ações e serviços que seja universal.

O sistema de informação do Ministério da Saúde para inclusão de projetos e liberação do custeio para estruturação e funcionamento de Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental (EMAESM) também foi apontado como indispensável. Retomam, ademais, a discussão sobre a população mínima para instalação de CAPS I, dada a realidade do estado de Santa Catarina, no qual 79% dos municípios não podem ser contemplados pela política. Outro ponto que merece destaque é sobre o notável subfinanciamento da saúde mental, no qual pode-se identificar uma queda expressiva na implantação de novos CAPS no Brasil, o que dificulta o atendimento de qualidade para que se cumpra as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A partir do exposto, examina-se ainda, uma redução progressiva do financiamento e custeio das políticas públicas em saúde mental, ação esta vista como um retrocesso por profissionais, usuários e pesquisadores, que tem levado a precariedade da manutenção dos serviços já existentes.

Em síntese, observa-se que tais tópicos vêm se repetindo nas Conferências de Saúde Mental, denotando que ainda há desafios a serem superados, como a necessidade de manutenção da periodicidade para a realização das Conferências de Saúde como prevê a Lei nº 8142/1990. Estes espaços de controle social se constituem como importantes dispositivos para reforçar os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, priorizando o cuidado em liberdade e no território do sujeito.

Por fim, salienta-se como um dos desafios encontrados para a construção deste estudo, a dificuldade no acesso e atualização dos dados em relação ao financiamento e custeio de saúde mental a nível estadual e

nacional, o que pode denunciar a precarização dos sistemas de informação e sua transparência.

5 REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo D. C. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

AMARANTE, Paulo D. C.; OLIVEIRA, Walter F. de. A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Tecno-Científica*, Blumenau, v. 12, n. 47, p. 6-21. 2004. Disponível em: <<https://gpps.paginas.ufsc.br/files/2020/09/Amarante-e-Oliveira-Dynamis-2004.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2022.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Relatório Final I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 18 nov 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 1994.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>> . Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html>. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html> Acesso em: 09 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios. Brasília: 2018. Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Comentarios_sobre_a_Portaria_3588.pdf> Acesso em: 18 nov 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. Nota técnica nº 3/2020. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 678, de 30 de junho de 2022. Dispõe sobre o adiamento da etapa nacional da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2022/Reso678_-_Disp%C3%B5e_sobre_o_adiamento_da_Etapa_Nacional_da_5%C2%AA_CNSM.pdf> Acesso em: 09 nov. 2022.

BRASIL. Documento orientador da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2021a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/5cnsm/doc/documento_orientador_5CNSM.pdf> Acesso em: 09 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 660, de 5 de agosto de 2021. Dispõe sobre o Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2021b. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2022/RESOLU%C3%87%C3%83O_N%C2%BA_660_DE_5_DE_AGOSTO_DE_2021_-_RESOLU%C3%87%C3%83O_N%C2%BA_660_DE_5_DE_AGOSTO_DE_2021_-_DOU_-_Imprensa_Nacional.pdf> Acesso em: 07 dez. 2023

CEBES. Saúde como política de Estado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140039>. Acesso em: 16 out. 2022.

COSTA, M. I. S.; LOTTA, G. S. De “doentes mentais” a “cidadãos”: análise histórica da construção das categorias políticas na saúde mental no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 3467–3479, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/CJzrn5mCHqpRvXQ3xybXQ6P/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 dez. 2023.

CRUZ, Nelson F. de O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-20, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>>. Acesso em: 6 out. 2022.

GONÇALVES, Renata W.; VIEIRA, Fabíola S.; DELGADO, Pedro G. G.. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>. Acesso em: 12 out. 2022.

LIMA, Telma C. S. de; MIOTO, Regina C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. spe, p.37-45, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>. Acesso em: 02 nov. 2022.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter F. de. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Bj63LCHtYZHjqd8fN7MyP6r/?lang=pt>>. Acesso em: 05 out. 2022.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter F. de. (Des) institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015136741>. Acesso em: 05 out. 2022.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. DOI:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>. Acesso em: 6 out. 2022.

OLIVEIRA, Paloma A. de. Política Nacional de Saúde Mental: a contrarreforma neoliberal. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. *et al.* Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 42, n. 113, 2018. DOI: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>>. Acesso em: 6 out. 2022.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-5, 2019. DOI: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>>. Acesso em: 6 out, 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Nota Técnica em Saúde Mental nº 07/2021*. Implantação de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM). Curitiba: Secretaria de Saúde, 2021. Disponível em: <[https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uid=@gtf-escriba-sesa@fdfaa9c4-ffac-47b3-a71c-2db70b23e465&emPg=true#:~:text=Mental%20\(eMAESM\).-,A%20Equipe%20Multiprofissional%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Especializada%20em%20Sa%C3%BAde%20Mental%20](https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uid=@gtf-escriba-sesa@fdfaa9c4-ffac-47b3-a71c-2db70b23e465&emPg=true#:~:text=Mental%20(eMAESM).-,A%20Equipe%20Multiprofissional%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Especializada%20em%20Sa%C3%BAde%20Mental%20)>. Acesso em: 15 out. 2022.

REIS, Vilma. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. *ABRASCO*, 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acesso em: 06 out. 2022.

SANTOS, Isabela S.; VIEIRA, Fabiola S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>>. Acesso em: 6 out. 2022.

SÁ-SILVA, Jackson R.; ALMEIDA, Cristóvão D. de; GUINDANI, Joel F.. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, Rio Grande, ano 1, n.1, p. 1-15, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

SCAFUTO, June Corrêa Borges; SARACENO, Benedetto; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comunicação em ciências*

da saúde. Brasília, v. 28, n. 3-4, p 350-358, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-39890>>. Acesso em: 12 out. 2022.

SANTA CATARINA. Conselho Estadual de Saúde. Comissão Organizadora. Texto preparatório para a 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental, 2022a. Disponível em: <<https://www.criciuma.sc.gov.br/site/files/voce-ja-ouviu-falar-das-conferencias-d-e-saude-mental.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. Plano operativo da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina com os 16 planos de ação regionais 2015 - 2018 / Secretaria de Estado da Saúde; organizado por Alan Índio Serrano. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

SANTA CATARINA. Conselho Estadual de Saúde. Resolução nº 009 de 06 de outubro de 2021. Dispõe sobre o Regimento da V Conferência Estadual de Saúde Mental (5ª CESH).

SANTA CATARINA. Conselho Municipal de Saúde. Regimento Interno da 1ª Conferência Municipal de Saúde de Balneário Camboriú. Balneário Camboriú: 2022b. Disponível em: <https://www.bc.sc.gov.br/arquivos/conteudo_downloads/MJ4UH7JG.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2023.

SANTA CATARINA. Conselho Estadual de Saúde. V Conferência Estadual de Saúde Mental (5ª CESH). Relatório da 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental. 2023a.

SANTA CATARINA. Diretoria da Atenção Primária à Saúde. Sala de Situação da APS. Monitoramento de CAPS. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMjFkMTRiMjgtNWUwMC00YzY3LWFMOTUtMmViMzg2ZTViY2ZiliwidCI6IjhhNjNIOThhLWw0MzktNDM5Yy1iYjAyLTEwOGM5ZWZiZTBjMyJ9>> Acesso em: 07 dez. 2023.

TRAPÉ, Thiago L.; CAMPOS, Rosana O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 19, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>>. Acesso em: 6 out. 2022.