



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TATIANE DA ROSA VASCONCELOS

***As ramificações do cuidado em liberdade como potência instituinte para (re)pensar a participação social em saúde e os diferentes modos culturais das coletividades***

PORTO ALEGRE

2022

TATIANE DA ROSA VASCONCELOS

***As ramificações do cuidado em liberdade como potência instituinte para (re)pensar a participação social em saúde e os diferentes modos culturais das coletividades***

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de concentração: Saúde Coletiva  
Linha de Pesquisa: Saúde, Sociedade e Humanidades  
Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

PORTO ALEGRE

2022

CIP - Catalogação na Publicação

da Rosa Vasconcelos, Tatiane  
As ramificações do cuidado em liberdade como  
potência instituinte para (re)pensar a participação  
social em saúde e os diferentes modos culturais das  
coletividades / Tatiane da Rosa Vasconcelos. -- 2022.  
96 f.  
Orientador: Alcindo Antônio Ferla.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2022.

1. cuidado em liberdade. 2. participação social. 3.  
saúde mental. I. Antônio Ferla, Alcindo, orient. II.  
Titulo.

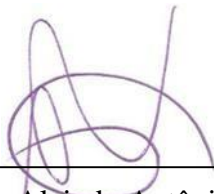
TATIANE DA ROSA VASCONCELOS

**As ramificações do cuidado em liberdade como potência instituinte para (re)pensar a participação social em saúde e os diferentes modos culturais das coletividades**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em Porto Alegre, 25 de fevereiro de 2021.

BANCA EXAMINADORA



---

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla  
Presidente da Banca –  
Orientador PPGCol/UFRGS



---

Prof. Dr. Frederico Viana  
Machado Membro da banca  
PPGCol/UFRGS



---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Érica Rosalba Mallmann  
Duarte Membro da banca  
PPGCol/UFRGS



---

Prof. Dra. Márcia Fernanda de Mello Mendes  
Membro da banca  
PPGCol/UFRGS

## AGRADECIMENTOS

Chego ao final desse percurso com um novo jeito de *andar a vida*, pois fui capaz de tecer um caminho repleto de saberes e perceber meu amadurecimento enquanto escrevia e pensava sobre a saúde, o cuidado e a vida. Me sinto orgulhosa do caminho que percorri e que construí ao longo do mestrado, junto de cada um e cada uma que esteve comigo perto ou longe.

Agradeço à minha mãe, Rosimeri, minha irmã gêmea, Viviane, minha afilhada, Alice, meu pai, Ivori, e minha madrastra, Carla, vocês são meu incentivo e apoio diário. Obrigada por entenderem minhas ausências ou presenças limitadas dando conta de afazeres acadêmicos. Obrigada por serem minha família, saber que tenho vocês é ter a certeza que posso seguir voando por aí.

Agradeço à minha madrinha, Márcia, ao meu padrinho, Rudilar, e ao meu avô, Ivo, que me recebem de braços abertos, sorrisos e comidas deliciosas no lugar que é minha segunda casa, meu refúgio pra descansar e seguir trilhando meus caminhos. Estar com vocês é estar em paz.

Agradeço às minhas amigas, especialmente Érika e Thayátira, que são como família pra mim e fazem parte dos meus dias. Obrigada pelas escutas afetivas, pelos momentos compartilhados de angústias e alegrias, pela presença e troca de palavras sinceras que há entre nós. A vida com vocês é mais leve e especial.

Agradeço ao meu orientador, Alcindo, que com sua generosidade me acolheu e permitiu que eu me desenvolvesse como pesquisadora através das inúmeras oportunidades de compartilharmos escritas, desde a especialização em saúde mental coletiva. Obrigada pelas trocas, pela paciência, pelos ensinamentos e pela vivência em aprender contigo sobre o cuidado com o outro e com a vida das *gentes*.

Gratidão a todos vocês por fazerem parte e realizarem esse percurso junto comigo!

“Na vida, não vale tanto o que temos nem tanto importa o que somos.  
Vale o que realizamos com aquilo que possuímos e,  
acima de tudo, importa o que fazemos de nós”

Chico Xavier

## RESUMO

Esta dissertação é fruto de um itinerário que foi se construindo no andar e no corpo da pesquisadora como fio condutor de um processo cartográfico. Em cada uma das aproximações empíricas apresentadas nos capítulos da dissertação, foi se constituindo um percurso cartográfico durante o mestrado que processou as aproximações com o campo empírico da participação e que desenvolveu a capacidade de pesquisar. O objetivo desta dissertação foi compreender ramificações que o cuidado em liberdade produz ao (re)pensar os efeitos da participação social em saúde em diferentes expressões da cultura em saúde de coletividades. Há uma dobra entre participar e produzir saúde, que desperta potência instituinte na afirmação da autonomia das pessoas e capacidade das coletividades de interferir nas políticas de saúde. A pesquisa fez aproximações empíricas com a 16ª Conferência Nacional de Saúde e com populações tradicionais amazônicas, analisando documentos sobre diferentes aspectos da participação, seja na definição da política nacional de saúde, seja no enfrentamento à pandemia de COVID-19 na Amazônia. É necessário destacar que a “potência” não poderia ser “medida” com técnicas e métodos da pesquisa representacional. Então, o deslocamento entre uma experimentação e outra, permitiu enxergar linhas de força e expressões, muitas vezes lábeis, outras vezes apenas diversas daquelas encontradas nas pesquisas representacionais sobre os conselhos e conferências de saúde. A potência também se expressou como espaço de protagonismo, como autonomia para ocupar lugares de fala singulares e como reconhecimento da capacidade de expressar ideias válidas para a formulação da política e do cuidado. A condição do cuidado em liberdade se verifica na compreensão de que a saúde mental não está dissociada do corpo e da existência mesma das pessoas, que está associada com o contexto em que se vive e que se agudizam as condições de sofrimento diante de uma pandemia que interfere nos modos de ir e vir, sobretudo em um contexto em que o discurso governamental coloca segmentos da sociedade e a vida em si em vulnerabilidade. Mas o cuidado em liberdade também se expressa na capacidade de protagonismo das pessoas e coletividades para fortalecer formas de cuidar inclusivas e respeitadas às diferenças sociais e culturais. As ramificações da presente pesquisa referem-se à saúde como direito de todos, no encontro à “outras saúdes” e a liberdade em fazer parte de uma cultura com base no seu modo particular de viver através da integralidade enquanto um dos princípios do SUS, a políticas públicas que respeitem o outro e tanto nas coletividades quanto na confiança em um estado sem negacionismos. A pesquisa mostrou que a participação de todos se faz necessária quando se trata de defender o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde como direito, a produção de saúdes próprias de cada território e, principalmente, de exercer a democracia nos tempos atuais em que existem constantes ameaças em relação à saúde, ao cuidado e à vida.

**Palavras-chave:** Cuidado em liberdade; Participação social; Ramificações; Saúde; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

The following dissertation is result of a schedule that had been created by the researcher as a guide of a mapping process. At each stage of experiential approach presented on the thesis' chapters, a cartographic pathway during the masters degree that has processed the proxies with the empiric field of the participation and developed the capacity of search. This essay aimed to understand branches that the freedom care produces by (re)think the effects of social engagement on health at different expressions of the wellbeing culture of communities. There is a gap between participate and produce health that awakens instituting output at the autonomy statements of people and public ability of disrupt at the health policies. This research made empirical approaches with the 16<sup>o</sup> National Conference of Health and the amazonic traditional groups, analyzing documents about different aspects of participation, both in the definition of national politics of health and in the confrontation to COVID-19 in Amazônia. Is necessary to detach that "power" couldn't be "measured" with techniques and methods of the representational research. Thus, the displacement between two trials allowed to perceive lines of force and expressions, many times labile, other times just several those found in the representational researchers about the council and conferences of health. The power also conveyed as protagonism, as self-sufficiency to occupy singular places of speech and as reconnaissance of ability to express valid ideas to the formulation of politic and care. The condition of liberty caution is verified in the comprehension that the mental health isn't decoupled from the body and the existance of people, which is associated to the inserted environment and that is aggravated the conditions of suffering before a pandemic that interfere in the right to come and go, mainly on the context which the governamental speech puts segments of society and life itself in susceptibility. But the precaution on freedom also is expressed on the ability of people's protagonism to fortify ways of taking care inclusive and reverents to the social and cultural differences ramifications of the current study are alluded to health as common right concerning other healthinesses and the possibility of making part of a culture based on its particular way of living thru the completeness as one of the SUS' principles, the public policies that preserve another and as in the collectivity as in trust on a state without negationisms. The present search showed the importance of everyone's participation in terms of defending the Single Health System (SUS), the health as a right, the production of specific soundness of each territory and specially of pursuing the democracy in current times on which health, care and life are frequently threatened.

**Keywords:** Liberty care; Social Participation; Ramifications; Health; Mental Health; Single Health System.



## LISTA DE SIGLAS

Abrasme – Associação Brasileira de Saúde Mental

AIRCA – Associação Yanomami do Rio Cauburis e Afluentes

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APOIANP – Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Amapá e Norte do Pará

APS – Atenção Primária à Saúde

CAP – Comportamento, Atitudes e Práticas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular

CGTT – Conselho Geral das Tribos Ticuna

CIR – Conselho Indígena de Roraima

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

COIAB – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira

COVID-19 – Corona Vírus Disease 2019

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

ESF – Equipes de Saúde da Família

ESPIN – Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

FEPIPA – Federação dos Povos Indígenas do Pará

FOCIMP – Federação das Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Purus

FOIRN – Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro

ILMD – Instituto Leônidas e Maria Deane

IMESF – Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família

LAHPSA – Laboratório de História, Políticas Públicas e Amazônia

MATPHA – Manxinerune Tsihi Pukte Hajene

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNI – Programa Nacional de Imunização

PPGCol – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

PLANTANDO A SEMENTE DA ÁRVORE DO CUIDADO .....	12
AS RAMIFICAÇÕES DO CUIDADO EM LIBERDADE .....	16
O PERCURSO DO MESTRADO COMO PRODUÇÃO DA PESQUISADORA E COMO EXPRESSÃO DE PARTICIPAÇÃO .....	21
ITINERÁRIO METODOLÓGICO .....	28
CAPÍTULO 1: POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E PRODUÇÃO DE VIDA DAS PESSOAS: INTERFACES DELIBERADAS NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.....	32
CAPÍTULO 2: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID- 19: PARTICIPAÇÃO NO CONTEXTO INSTITUINTE E PRODUÇÃO DE SAÚDE NO COTIDIANO DO CUIDADO .....	56
CAPÍTULO 3: A PANDEMIA, A SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: AFIRMAÇÃO DO BEM VIVER ENTRE MOVIMENTOS DO <i>TERRITÓRIO LÍQUIDO</i> .....	72
A ÁRVORE QUE DÁ FRUTOS E FOLHAS .....	88
REFERÊNCIAS .....	91

## PLANTANDO A SEMENTE DA ÁRVORE DO CUIDADO

Sugiro inicialmente que possamos plantar uma semente da árvore do cuidado<sup>1</sup>, isto é, pensar o cuidado em liberdade fazendo uma analogia à figura de uma árvore, com uma raiz principal e suas ramificações. Essa ideia remete a diversos pontos que se cruzam, que falam de um tipo de cuidado que vai para além dos muros e das instituições de saúde. A saúde não se produz apenas no corpo individual, assim como o adoecimento, mas nos entrecruzamentos de vários aspectos da vida e de forças que estão além da compreensão dura das práticas contemporâneas, prolongando-se para o meio, as diferentes expressões culturais. A imagem da árvore também nos remete às populações tradicionais, com concepções mais vitalistas sobre a saúde, e que mantém relações mais harmônicas com o ambiente, compreendendo que há interdependência entre a vida e a saúde de cada um e o seu entorno, desde as coisas que são próximas até o planeta. É a partir dessa proposta que o objetivo desta dissertação foi compreender as ramificações que o cuidado em liberdade produz ao (re)pensar a participação social em saúde e os diferentes modos culturais das coletividades enquanto potência instituinte, a partir de produções que permitiram aproximações empíricas. Nos interessava, desde o começo, em compreender a participação como capacidade de protagonismo e, ao encontrar a expressão “cuidado em liberdade”, formou-se inicialmente uma imagem metafórica e depois um dispositivo de pensamento. Participação em liberdade é, ao mesmo tempo, produção de saúde, ordenamento do sistema de saúde e fortalecimento da democracia, como no evento marcador da reforma sanitária brasileira, a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A temática mobiliza o percurso de investigação desde a formação em psicologia, quando se traduzia na autonomia do uso da palavra, e seguiu pela especialização em saúde mental coletiva, buscando analisar as tensões entre a formulação das conferências de saúde e a política de saúde mental. Alcançou o mestrado, desejado e concorrido, com uma expectativa de expandir a compreensão da capacidade instituinte da participação social, inicialmente bastante mobilizada pela temática da saúde mental e pelas evidências de retrocesso na condução da política nacional. O mestrado chegou e, muito rapidamente, também a pandemia de COVID-19, o que desafiou a capacidade de reorganizar percursos,

---

<sup>1</sup> Ao refletir sobre as dimensões que o cuidado pode tomar, a representação e analogia de uma árvore traz um sentido peculiar, pois permite a aproximação com algo da natureza pra dialogar com a proposta da pesquisa. Isso remete aos diferentes modos culturais, de fazer saúde, de participação social, de andar a vida e de cuidar em liberdade.

buscar oportunidades e ocupá-las. O relatório da dissertação de mestrado registra percursos, aprendizados e o conhecimento produzido, ainda de forma parcial, que, como a pandemia, ainda se processa no corpo. Fiz um esforço para que o relatório acomodasse, como um retrato de paisagem, um certo volume de conhecimentos produzidos pelas aproximações ao campo empírico, mediadas por métodos e técnicas, mas também os eventos do percurso da aprendizagem. E faço isso num tempo de transição, em que a potência que o mestrado ativou em mim despertou a vontade de um novo platô para a aprendizagem, agora no curso de doutorado. Uma e outra dessas intencionalidades conectam a história da saúde mental e da saúde coletiva brasileiras e o tempo atual, mobilizado por uma crise existencial que atravessa o campo da saúde e alcança dimensões subjetivas da existência de cada um de nós.

Tendo em vista que o marco da Reforma Psiquiátrica decorreu da concepção de um novo modo de produzir saúde mental e cuidar fora dos manicômios a partir da substituição por serviços comunitários, ou seja, promover o cuidado em liberdade, é preciso que o manicômio “mental” também seja desconstruído dentro de cada um. Quando se trata de pré-conceitos e estereótipos estabelecidos, principalmente no campo da saúde mental que são voltados aos diagnósticos, a sociedade que inclui todas as pessoas e coletividades sejam usuários, gestores ou profissionais precisam respeitar as singularidades de cada um e olhar para o outro em sua complexidade, sem rótulos e estigmas sociais. É a partir desse cuidado e da disponibilidade em estar presente para o encontro que se promove saúde e vida nos espaços e serviços de saúde, mas é necessário que cada um exerça sua capacidade de despir-se dos manicômios mentais que estão presentes em nossas ações, teorias, conceitos e práticas.

O contexto de enfrentamento à pandemia de COVID-19, que assolou o mundo no ano seguinte à 16ª Conferência Nacional de Saúde, significativamente denominada de 8ª+8 (reencontro das pautas da 8ª Conferência Nacional de Saúde), colocou um desafio relevante para o controle social, sobretudo pela perspectiva negacionista claramente assumida pelo governo federal e diante de diversas iniciativas de desconstrução das políticas sociais desencadeadas pela Constituição de 1988. Os direitos sociais estão sempre ameaçados devido aos contextos de fortalecimento de valores individualistas e liberais, por isso é fundamental reafirmar e determinar a saúde no sentido ampliado para a defesa do projeto do SUS (BISPO JUNIOR e MORAIS, 2020). A liberdade e a saúde ficam constrangidas por relações de poder, pela financeirização da vida e pelo

individualismo violento. O conceito de saúde que a 8ª CNS trouxe em que a “saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”, revela-se apropriado e pertinente ao debate atual (BRASIL, 1987). Saúde e democracia, saúde e liberdade, saúde e participação fazem conexões fortes, que dão significados à saúde e à participação.

A análise das recomendações emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde para o enfrentamento à pandemia demonstra que o colegiado nacional de controle social se manteve atento e resistente às iniciativas do governo federal e parte da sociedade brasileira. As recomendações ocupam a lacuna de direção nacional diante da postura subserviente do Ministério da Saúde, atualizando orientações de natureza técnica e política para diversos órgãos com interface na execução da política de saúde e com base nas diretrizes emanadas nas conferências e na legislação do SUS.

O conteúdo expresso em relação à proteção aos trabalhadores, à vacinação e aos cuidados e proteção da população, que foram as categorias empíricas sistematizadas nesta análise, demonstram que se essa tivesse sido a orientação geral da direção nacional do Sistema Único de Saúde, o Brasil teria um desempenho menos desastroso no enfrentamento à pandemia. Mais do que isso, as orientações emanadas do CNS tiveram um diálogo intenso com o cotidiano dos componentes descentralizados do SUS, onde se verificou respostas mais adequadas em termos técnicos e de respeito às disposições legais do sistema de saúde brasileiro e à saúde como direito humano universal.

Particularmente em relação à saúde mental, temática que a resistência do CNS já se expressava na ideia de cuidado em liberdade e demais diretrizes dos processos de reforma das redes especializadas e das interfaces entre a saúde mental nos diferentes pontos de atenção nos territórios, as orientações demonstraram uma grande coerência e consistência. Essa condição se verifica na compreensão de que a saúde mental não está dissociada do corpo e da existência mesma das pessoas, que ela está associada com o contexto em que se vive e que se agudizam as condições de sofrimento diante de uma pandemia que interfere nos modos de ir e vir. Sobretudo num contexto em que o discurso governamental coloca em vulnerabilização segmentos da sociedade e a vida em si mesma. Pensar nas ramificações de uma árvore permite que o cuidado em liberdade trace caminhos possíveis para (re)pensar a participação social em saúde e os diferentes modos

culturais das coletividades. Ou seja, “brotamentos” que conectam coisas que se aprendeu a ver e outras que precisam ser aprendidas.

## AS RAMIFICAÇÕES DO CUIDADO EM LIBERDADE

O cuidado em liberdade, enquanto objeto dessa pesquisa, não se reduz apenas ao cuidado fora dos manicômios ou de outras instituições, mas sim à sua potência instituinte em cada uma das aproximações empíricas que foram se constituindo durante o percurso cartográfico do mestrado, a partir do andar da vida da pesquisadora que tem o corpo como fio condutor desse processo. Esse cuidado refere-se aqui também ao manicômio mental (PELBART, 1990), que por vezes está enraizado dentro de cada um e toma forma à medida em que os preconceitos e discriminação vão ditando os modos *corretos* do andar da vida das pessoas e coletividades. O manicômio mental, por sua vez, não funciona apenas no segmento da doença mental, senão, e principalmente, como força de subjetivação.

A partir da analogia à figura de uma árvore sugerida no capítulo anterior, a raiz principal, nessa pesquisa, remete ao olhar que além de enxergar repara, pois, ao reparar leva em consideração o sujeito como um todo e não sua doença ou diagnóstico. Entre as ramificações que se cruzam a partir desse olhar atento que o cuidado em liberdade requer, algumas tem sentido substancial e serão elencadas a partir do meu olhar como pesquisadora em saúde coletiva e que abarcam os capítulos dessa pesquisa que falam sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde, ao Conselho Nacional de Saúde e a Pandemia de COVID-19 e às populações indígenas.

Dou início às ramificações com a ideia de que a saúde é um direito de todos, independente de cor, raça, gênero, entre outras diferenças, todos nós temos o direito de receber uma saúde de qualidade. Conforme o art. 2º da Lei 8.080 de 1990, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Além disso, elas podem se dar no encontro à “outras saúdes”, no sentido de que cada grupo ou povo pode desenvolver seus modos de fazer saúde, a partir das suas crenças e conhecimentos adquiridos dentro de determinada cultura. Sobretudo, promover uma saúde mental que permite a liberdade em fazer parte de uma cultura com base no seu modo particular de viver.

Há um modo particular e subjetivo de vida e de saúde das populações tradicionais, nesse caso em específico as populações indígenas, de acordo com suas cultura e especificidades. Conforme Minayo (2012), “é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é



preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere”.

A articulação da atenção à saúde mental com os sistemas de saúde tem variações históricas e sociais relevantes. Durante um longo período da história dos sistemas de saúde contemporâneos, essa articulação se deu, sobretudo, pela existência de serviços hospitalares especializados, os manicômios, e pelo desenvolvimento da psiquiatria, como a “ciência” especializada do diagnóstico e tratamento dos “eventos” relativos à doença mental. Em verdade, o que se verifica nesse período é um paralelismo, sendo que os serviços especializados no tratamento das doenças mentais mantinham com os demais serviços somente conexões muito pontuais. A criação da expressão “doença mental” para designar a loucura e os comportamentos atípicos é apresentada por Foucault (1978) como a afirmação da racionalidade biomédica, que também fragmenta o cuidado pela especialização. O desenvolvimento dos conhecimentos e técnicas da psiquiatria, como disciplina e prática social, se deu dissociado do desenvolvimento da saúde mental, expressão utilizada aqui para designar um campo de pensamentos e práticas e um componente do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas também para designar uma orientação de reformas tecnoassistenciais nos serviços de saúde, na qual o cuidado em liberdade e a produção de autonomia compõem mais adequadamente o fundamento e o objetivo da atenção à saúde (SANTOS e FERLA, 2017).

Percorrendo a árvore do cuidado em liberdade, outra ramificação possível se dá através da integralidade enquanto um dos princípios do SUS, cujo art. 7º da Lei 8.080 de 1990 entende esse conceito como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). A principal estratégia tecnoassistencial de articulação entre os territórios e a atenção à saúde é a Atenção Básica e, portanto, o espaço privilegiado de constituição do encontro entre a integralidade e a participação. A integralidade tem aqui o sentido do conjunto articulado e contínuo de ações e serviços que são necessários à atenção resolutiva dos problemas e necessidades de saúde, mas também, diversamente ao colonialismo biomédico que nos habituamos na assistência à saúde, o diálogo que se estabelece entre a dimensão tecnológica do cuidado, os saberes sobre a saúde dos territórios e os modos do andar da vida de cada pessoa ou grupo (FERLA, 2004).

Na atenção básica, como “porta de entrada”, mas, sobretudo, como espaço da ação articulada com o território, a saúde pode desenvolver ações de vigilância e educação em saúde, mas pode também, pelo contato com a dinâmica da produção de saúde real, desenvolver conhecimentos e tecnologias. Nesta dissertação, interessa a abertura dos conhecimentos e práticas de saúde oficiais à participação das pessoas, das coletividades e dos movimentos. Essa participação não pode ser classificada apenas de “leiga”, como demonstra a ação do Conselho Nacional de Saúde no período da pandemia.

Considerar que existam políticas públicas que respeitem o outro e as coletividades dá seguimento as ramificações que estão sendo abordadas aqui e que vão se aproximando de uma ideia para além do que se encontra na superfície da *árvore*, das coisas e da vida. Segundo Luz (2013), não apenas o conhecimento das ciências da saúde europeu e urbano, mas também a tecnoburocracia estatal, operam no sentido da ação institucional que, entre outras consequências, especializa com muita precisão o conhecimento válido e fragmenta técnica e profissionalmente a ação no seu interior. O que, entre outras consequências, tende a afastar a institucionalidade e o cotidiano do sistema e dos serviços de saúde dos saberes tradicionais, dos saberes ancestrais e das práticas territoriais de saúde e do andar da vida. As características socioculturais dos povos indígenas brasileiros ilustram precisamente essa condição.

A produção de saúde nos povos indígenas está envolta em questões culturais e pragmáticas que diferem significativamente daquela que nos acompanha, desde a ciência eurocêntrica moderna ou a cultura urbana. As diferenças culturais incluem a compreensão da saúde como “bem viver”, onde os adoecimentos constituem-se em eventos da vida, mais do que uma condição ou estado (HEUFEMANN et al., 2020; SCHWEICKARDT et al., 2020). A diversidade étnica, linguística, cosmológica, social e cultural do Brasil é reconhecida na literatura e nas políticas, mas esse reconhecimento não se traduz em diálogos produtivos com os diversos modos de conceber a saúde e de compreender o corpo, a origem e causa das doenças, o tratamento e a produção de saúde (SCHWEICKARDT, FREITAS e AHMADPOUR, 2020).

Uma última ramificação e tão importante quanto as demais, que envolve o cuidado em liberdade, é a confiança em um estado democrático, inclusivo e sem negacionismos, que não banaliza a vida e o modo como as pessoas e coletividades agem diante do andar da vida. Nos sistemas cultural e sanitário prevalentes, as diversidades são frequentemente ignoradas e até mesmo combatidas. As notícias de assassinatos de indígenas pipocam nos

veículos de comunicação dos grandes centros, seja no trânsito dos indígenas nos territórios urbanos, seja nos territórios em que vivem, por conflitos com invasores (das terras indígenas para exploração de madeira, agricultura, pecuária ou mineração), doutrinação religiosa, exploração comercial, entre tantos colonialismos que seguem àquele original, dos europeus. Há aqui um ruído civilizatório muito forte. O extermínio da população indígena não é uma tendência inequívoca da história, é uma opção política e cultural fascista. Esse extermínio retira pessoas da convivência e busca apagar as diversidades e contribuições dos povos tradicionais. Assim como a negligência em relação à COVID-19. O compromisso aqui ao falar das ramificações do cuidado em liberdade é também de defender que as vidas e a vida importam, sejam de quem forem e onde quer que estejam.

O cuidado em liberdade toma um sentido agudo em tempos de pandemia de COVID-19, onde a crise de civilidade que o exemplo da saúde mental exemplifica toma proporções inéditas e escala mundial. E a crise civilizatória (FERLA et. al., 2020) explicitada na pandemia aponta a necessidade de equalizar a circulação de todos, para preservar a saúde de cada um e, sobretudo, a vida de quem está exposto às condições de vulnerabilidade que o modo de viver em sociedade criou, sobretudo pelas restrições de renda e acesso a bens de consumo e à moradia, e a vida das pessoas que trabalham em funções essenciais e que sustentam as condições de saúde e de sobrevivência.

A crise atual parece nos recolocar a questão do cuidado em liberdade, apontando a ineficácia das restrições seletivas, na história da psiquiatria muitas vezes utilizadas como punição moral a pessoas e grupos, e propondo a mediação com a ideia da equidade. Mas nos mostra também que há uma tensão que precisa ser cultivada entre a ação do estado nas políticas públicas, os interesses privados e a participação social. Nesse caso, diante da omissão translúcida da gestão federal no enfrentamento à pandemia, além de estados, municípios e serviços isoladamente, têm visibilidade as iniciativas desencadeadas pelo Conselho Nacional de Saúde, cujas recomendações se expressam em dinâmica interação com as questões do cotidiano, ao longo do ano de 2000.

À medida em que a pandemia evolui e os estudos reúnem novos dados, o regulamento sanitário internacional, do qual o Brasil é signatário e que é coordenado pela Organização Mundial da Saúde, vem sendo regularmente atualizado. Conforme a OMS, “muitos países já demonstraram que a transmissão por COVID- 19 de uma pessoa para outra pode ser desacelerada ou interrompida”. As medidas que mais deram mais tempo

ao restante do mundo para preparar-se para a chegada da COVID-19 e ajudaram a salvar vidas, para a OMS, foram:

Prontidão dos sistemas de resposta a emergências; aumento da capacidade de detecção e assistência aos pacientes; garantia de espaço, insumos e equipes necessárias nos hospitais, e desenvolvimento de intervenções médicas que salvam vidas. Todos os países devem urgentemente tomar as medidas necessárias para desacelerar a disseminação e evitar que seus sistemas de saúde fiquem sobrecarregados, em função de pacientes gravemente doentes por COVID-19 (OPAS, 2021).

A contribuição da participação social é reconhecida também no âmbito da configuração do SUS, como resultado de um movimento que repercutiu fortemente na 8ª CNS, mas que opera por meio de um conjunto de fóruns. As conferências e os conselhos de saúde, no âmbito do SUS, conectam-se com a ideia de que a participação social, seja das pessoas no espaço terapêutico ou seja no âmbito das políticas e das organizações, é necessária para a afirmação da cidadania, da condição da saúde como direito e da incidência sobre as políticas e organizações do Sistema Único de Saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o marco político mais importante para a constituição do SUS e, em 2019, a 16ª Conferência Nacional de Saúde, com a intencionalidade política de revisitar esse marco, foi constituída com a designação de 8ª + 8. Na edição mais recente, que se constituiu como uma das maiores e mais importantes oportunidades de participação social na saúde, reencontrou o tema da “Democracia e Saúde: Saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS”, também questão central em 1986 (BRASIL, 2019).

Portanto, abordar a temática da participação social em saúde e nas demais políticas públicas reivindica abordagens que perpassem a ocupação, no sentido da presença e da capacidade ergonômica de operar fluxos e processos, das instituições de saúde, mas também perscrutar os territórios, em busca de evidências que demonstrem a potência da participação e os constrangimentos da institucionalidade ao seu exercício. O que está em questão aqui não é exatamente a arquitetura e a logística dos espaços de participação, mas a capacidade de constituir um plano ético-estético-político (FERLA, 2004) compatível com a proposta do SUS aos sistemas, redes, serviços e à atenção ofertada à população nos diferentes territórios.

## O PERCURSO DO MESTRADO COMO PRODUÇÃO DA PESQUISADORA E COMO EXPRESSÃO DE PARTICIPAÇÃO

Cheguei ao final do percurso no mestrado em saúde coletiva e mobilizada pelo desejo de seguir na formação acadêmica, nas aproximações com a docência e com novos platôs para o trabalho de cuidar em saúde. Ultimamente tenho sentido certa dificuldade em dar andamento à minha escrita como mestranda-pesquisadora em saúde coletiva. Na verdade, acredito que, quanto mais vou me aproximando do “final” desse percurso, mais difícil é encontrar as palavras para colocar aqui, uma vez que me torno mais rigorosa e pretendo mais precisão nas escolhas. Me dou conta de que eu que gosto de usar palavras para me expressar e contar as nuances das situações, me vejo sem saber usá-las, como usá-las da maneira correta—se é que existe uma maneira correta de fazer isso? ... Me pego capturada nessa palavra “correta”, pois, desde que comecei a escrever textos ditos científicos, aprendi que existe um jeito de fazer isso – *jeito certo* – que atravessa minha experiência durante o ensino superior. Já na especialização, consegui expressar um pouco mais meu ponto de vista, usar minhas palavras, dizer como e o que penso sobre determinado tema/assunto.

Para ser mais precisa, não se trata exatamente da expectativa de uma contribuição particular, colada com estilos de escrita ou expressão; trata-se mesmo de que na produção científica e no seu compartilhamento caiba um pouco da singularidade do percurso, do olhar singular com que eu – e as tantas pessoas que foram lapidando a retina, por meio de afecções – observo e me insiro nas questões que mobilizam a minha pesquisa, dos pensamentos que me desperta os eventos com os quais me deparo na complexidade com que se produz a saúde nos territórios e, ainda mais fortemente, a saúde mental. Como disse Ferla (2021), as afecções dos diferentes modos do andar da vida nos territórios que as pessoas produzem quando os ocupam, criam condições de implicação que singularizam também a produção de pensamento e do conhecimento e o desafio do pesquisador – do sanitarista ainda mais – é falsear a sobreimplicação, que torna o percurso do pesquisador insensível ao que há de singular naquele território. Nessa perspectiva, tornar particular ou “comparável” diferentes territórios e modos de produção de saúde diversos, inclusive pela redução de variáveis de observação até que sobre apenas aquelas que satisfazem um modelo prévio de observação, também poderia ser classificado como sobreimplicação. Mas aqui interessa mais dizer de uma politicidade da pesquisa que, afinal, aproxima o

fazer da pesquisa do fazer da participação, que é saber o quanto do sujeito “cabe” no fazer que ele empreende. O fazer da pesquisadora, inclusive o fazer a pesquisadora em saúde coletiva, se aproxima do fazer da participação, que me interessou e me interessa como tema de pesquisa e que me acompanha no percurso acadêmico, desde precocemente.

Em 2012 escolhi fazer minha formação em psicologia, antes disso não havia planos e sonhos para essa profissão, foi algo que aconteceu no momento. Os “acontecimentos”, afinal, se produzem com base em contextos e dispositivos que estão na cena, mesmo que invisíveis para as pessoas que a ocupam (FERLA, 2021). Durante os cinco anos de formação, tive certeza sobre ter feito a tal “escolha certa”, principalmente depois de ter contato com a teoria e atuação na área da saúde mental. Perceber o quanto as pessoas são excluídas, negligenciadas e sofrem pelo fato de terem um diagnóstico em saúde mental sempre me causou, e ainda causa, um grande desconforto e indignação ... Pois acredito que todas as pessoas, todas as vidas importam e merecem ser tratadas de forma digna, com respeito e acesso à saúde, principalmente, e demais direitos que o Estado promove. Bem, nessa altura do parágrafo, talvez a “escolha certa” tenha sido, na verdade, os percursos que escolhi fazer no processo formativo ...

Falar de saúde mental é defender o SUS, é saber que apesar de todos serem iguais perante a lei, na realidade não é assim que funciona. Sabe-se que além dos transtornos mentais, existem muitas outras formas de preconceito e exclusão na sociedade que vivemos. Por isso, através da participação social e das instâncias que exercem o controle social em saúde, como é o caso dos Conselhos e das Conferências, pode-se agir em prol de acesso e melhorias.

Ninguém deveria precisar calar-se por medo, intimidação ou vergonha de lutar por aquilo que quer e que é seu direito. Dar voz às pessoas e proporcionar espaços de fala são fundamentais para a ampliação e conquista de direitos. Bem, constituir espaços de fala implica na disponibilidade da escuta. Aqui a implicação volta à cena da produção: sem afetar-se pelo contexto, a medicalização da fala do outro, a psiquiatrização dos sinais e sintomas e a objetualização do outro numa identidade que enfraquece sua fala ou a expressão de suas ideias são fenômenos que tomam a cena. Aliás, tem tomado as cenas a produção de conhecimentos quando as metodologias assumem a gestão do percurso, na expressão das diversidades nos espaços de participação quando eles são tomados pelas certezas das instituições, na implementação das políticas sociais e de saúde quando certas vidas são aprisionadas em desvalias ...

Ao escolher cursar uma especialização em saúde mental coletiva, meu desejo de conhecer mais sobre essa área pulsava dentro de mim a cada aula, cada ensinamento e vivência ao longo desses dois anos. Tive o prazer de conhecer pessoas incríveis que me ensinaram muito sobre a saúde mental e sobre a vida, inclusive o Alcindo. Aqui, a propósito, um novo acontecimento: nossos diversos reencontros foram, sempre, encontros.

Antes mesmo de finalizar o curso de especialização eu decidi trilhar um novo caminho e tentar a seleção no mestrado da UFRGS em saúde coletiva. Chegando no mestrado em uma universidade tão almejada e admirada por mim, me causa uma certa angústia – como vou escrever? Será que consigo escrever e produzir algo bom? O que esperam de mim? Vários questionamentos surgem até o momento em que meu orientador, sem saber das minhas inquietações, vai acalmando meus questionamentos e tornando meu processo de vivência no mestrado mais leve. Esse foi e é um processo em andamento, me vejo nesse mundo em que caminho de mãos dadas com as possibilidades que vão surgindo. Com isso, quero dizer que a escrita produzida ao longo desse processo, não veio de um projeto elaborado, com objetivo e metodologia delineados. Havia uma ideia inicial, que advém da minha trajetória na saúde mental, especificamente por causa da especialização em saúde mental coletiva, que contei com a orientação do prof. Alcindo. Percebi – e aprendi – que para ser pesquisadora em saúde coletiva posso tecer percursos, dialogar com teorias, fazer nexos entre teorias e práticas, exercitar a participação, que é, de certa forma, permitir que os diferentes processos de subjetivação que foram me constituindo caibam no percurso da pesquisa, atuem como dispositivos ao pensamento e me deixar formar pelo percurso. *Fazer o caminho ao caminhar* é distinto, também epistemologicamente, do que entrar no molde da teoria e de práticas disciplinares. Num percurso desenhado pelos encontros do próprio percurso, caibo mais como psicóloga, como sanitarista, como mulher, como alma inquieta com déficits de democracia e liberdade ...

A partir do encontro na orientação da especialização, com o trabalho de conclusão de curso intitulado “Políticas de saúde mental, participação social e produção de vida das pessoas: Interfaces deliberadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde” percebi que ainda havia muita coisa que eu gostaria de pesquisar, escrever, conhecer dentro desse universo de possibilidades que a saúde coletiva proporciona. Surge assim o interesse pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS e a expectativa de seguir esse

percurso com o Alcindo, o que em seguida é confirmado e comemorado com muita alegria esse novo desafio que iniciaria. Bem, propus seguir pesquisando sobre a participação e controle social no SUS, sem desapegar da saúde mental. Aos poucos, fui deixando de dar atenção àquela estrutura *dura* de elaboração de um projeto de mestrado para a qualificação. (Aqui um pensamento surge como erupção: deixei de dar atenção ou desincumbi-me da obediência ao ponto de partida?). É difícil desaprender antigos caminhos, mas por vezes necessário... fui despindo os medos, cobranças (minhas) e necessidade de me encaixar em uma lógica academicista que muitas vezes causa dor e sofrimento a quem está passando por esse ou outro processo de tornar-se pesquisadora. Além desse “termo” vem também a responsabilidade de vir a ser sanitarista, ou melhor - psicóloga sanitarista - devido ao curso que escolho vivenciar. O que quero dizer com esse despir-se, é que meu caminho para construir esse trabalho começa pelo fim e hoje “junto os pedaços” das minhas e *nossas*<sup>2</sup> escritas pra relatar como o objeto de pesquisa vai se materializando ao longo do tempo. Aqui também me parece possível supor que, em certa medida, a produção de escritas foi também a produção da pesquisadora que foi surgindo em mim.

Lembro de uma imagem (Figura 1) do artista gráfico holandês Maurits Cornelis Escher, denominada Arte Ilusória, em que duas mãos são ilustradas, mas na forma de apresentação, uma mão parece desenhar a outra. Essa imagem sempre me fala de uma certa autopoiese, mas também da aprendizagem como movimento. Novamente, a conexão entre aprendizagem e transformação de si e do mundo, entre contextos de complexidade como potências para a aprendizagem e produção de conhecimentos (FERLA, 2021).

---

<sup>2</sup> Por via de regra, quando vou falar de mim, espontaneamente início dizendo que tenho uma irmã gêmea. Percebo o quanto isso me representa e o quanto é difícil usar pronomes como “eu, meu, minha...”, sempre me refiro às coisas, situações e pessoas usando o plural “nós, nossos...”. Pode ser que isso tenha alguma relação com a forma como me expresso e escrevo, porém, gosto de me expressar através da escrita. Tudo que produzi foi compartilhado com pessoas admiráveis que cruzaram meu caminho, e aqui sigo compartilhando meu percurso.





Figura 1. Fonte: Imagem do artista gráfico holandês Maurits Cornelis Escher, denominada Arte Ilusória.

As escritas e o percurso feitos até aqui, serão apresentados conforme ordem cronológica. O dispositivo inicial que possibilitou a primeira escrita durante o processo do mestrado foi o Trabalho de Conclusão de Curso da especialização “Políticas de saúde mental e produção de vida das pessoas: Interfaces deliberadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde”. A realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 2019, com suas etapas municipal e estadual realizadas ao longo daquele ano, produziram um processo relevante para atualizar as diretrizes às políticas de saúde mental no território brasileiro. Nesse contexto, foi realizada pesquisa documental nos relatórios finais da etapa nacional, da etapa estadual do Rio Grande do Sul e da etapa municipal de Canoas/RS, com o objetivo de compreender as orientações presentes nos relatórios das etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde quanto à formulação das políticas sobre a Saúde Mental e as interfaces com a produção de vida para as pessoas. Embora os recortes territoriais tenham sido feitos por conveniência, é relevante assinalar que o estado do Rio Grande do Sul possui a primeira lei de reordenamento das redes de cuidado em saúde mental (Lei Estadual nº 9.716), com criação de serviços substitutivos ao manicômio (BRASIL, 1992). Por outro lado, a análise comparada entre recortes territoriais diferentes permite reconhecer a diversidade de compreensões sobre a saúde mental, suas condicionalidades e as relações com os contextos social e político.

Um segundo desafio de escrita foi para um capítulo de livro do PPGCol, que advém de um trabalho realizado pra uma disciplina, que se intitulou “Produção de saúde, cotidiano do cuidado, liberdade e participação social: Resistências no cuidado em saúde mental e no enfrentamento à Pandemia”. O estudo buscou refletir sobre o cuidado em saúde mental no período em que vivemos, com dois analisadores importantes: as iniciativas federais de desestruturação da política de atenção psicossocial, principalmente nos últimos quatro anos, e o enfrentamento à pandemia de COVID-19, que coloca o sofrimento mental na agenda do cuidado.

A terceira escrita, traz uma nova perspectiva ao tratar da população indígena e está dividida em dois momentos, num primeiro colaborei no Relatório do Estudo Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia. O presente Relatório se refere ao estudo sobre o Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP), realizado no âmbito do Projeto “Saúde mental de populações indígenas na Amazônia brasileira no contexto do Covid-19”, realizado na parceria entre UNICEF/Brasil, Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia e Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. O estudo e o projeto tiveram apoio financeiro da USAID. No caso deste estudo, o instrumento teve como motivação o levantamento de informações para subsidiar o desenvolvimento de um programa educativo, realizado em conjunto com as entidades parceiras. Já num segundo momento, surge a oportunidade de produzir um artigo com base no estudo anterior, que resultou em “A Pandemia, a saúde das populações indígenas e o Programa Mais Médicos: Afirmção do bem viver entre movimentos do *território líquido*”. Nesse capítulo, compartilhou-se algumas análises dos efeitos da pandemia nos territórios indígenas, compreendendo a dimensão epistêmica desse encontro entre os povos indígenas na Amazônia, as práticas oficiais de saúde, a evolução da pandemia de COVID-19 e a dimensão cultural da saúde. Este texto em formato de ensaio discutiu o efeito da pandemia de Covid-19 nas populações indígenas a partir dos dados publicados no “Relatório do Estudo: Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia”. Tratou-se, assim, de evidenciar as particularidades dos povos indígenas em relação a doença de Covid-19, a saúde mental e ao modo de produzir o cuidado em saúde.

A partir do compartilhamento que fiz até aqui sobre meu percurso, chego nesse momento de quase finalização do processo do mestrado com a compreensão de que, desde

o começo, me mantive curiosa e disposta para aprender e conhecer mais sobre a saúde, o SUS, participação e controle social para além do que tinha “estruturado” como projeto. Poder fazer parte e contribuir com tantas produções potentes me trouxe até aqui, com a bagagem que venho adquirindo a cada “novo convite” e possibilidades de mostrar um pedacinho da sanitarista que veio se (des)construindo aos poucos.

## ITINERÁRIO METODOLÓGICO

A metodologia utilizada para o desenvolvimento e apresentação da proposta do estudo foi de abordagem qualitativa. Conforme Minayo (2010), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, efeitos das interpretações que as pessoas fazem de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Mas a questão é que não há garantias que a direcionalidade descrita seja predominante e, portanto, a pesquisa buscou compreender as ramificações que o cuidado em liberdade produz ao (re)pensar a participação social em saúde e os diferentes modos culturais das coletividades enquanto potência instituinte. Por “potência instituinte” estamos designando a “produção estética da clínica e da gestão”, como referiu Ferla (2004) ou, mais recentemente, a expansão do conceito de saúde na proposição de políticas de saúde, como referem Machado et al. (2020).

Conforme aponta a literatura (FERLA, 2004; MACHADO et al., 2020), os estudos sobre a participação e o controle social tendem a analisar a capacidade dos participantes na ocupação da institucionalidade do estado, por meio dos fóruns participatórios. De fato, essa não foi a questão que mobilizou a pesquisa, mas, diferentemente, como se expressa a diversidade populacional e cultural na configuração de políticas e institucionalidades que são diversas daquelas do padrão biomédico. A expressão “padrão biomédico” aqui refere-se, ao mesmo tempo, às institucionalidades tecnoburocráticas do aparelho do estado, incluindo os fóruns de participação, conforme revisaram Machado et al. (2020); às instituições médicas, conforme nos alertou Madel Luz (2013), ao identificar uma grande semelhança entre o conteúdo das políticas de saúde e a racionalidade biomédica; e à medicalização do cuidado, como apontou Ferla (2004).

A busca de subsídios para refletir sobre o tema gerou a necessidade de mobilizar uma diversidade de fontes empíricas, seja no processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde, seja na mobilização social para o enfrentamento à pandemia, na iniciativa autogestionária do conselho nacional de saúde para a educação permanente de conselheiros e movimentos sociais, ou, mesmo, na identificação de modos de compreender a saúde e a pandemia nas populações tradicionais indígenas na Amazônia. A diversidade de fontes não foi um recurso meticulosamente planejado, mas um

acontecimento ao longo do percurso da formação no mestrado em saúde coletiva, que se traduziu também como experimentação.

O percurso foi fazendo o pesquisar e, quando algumas oportunidades foram sendo materializadas em sincronia com novas questões para desenvolver o objetivo principal, a pesquisa, tal qual um rizoma (FRANCO e MERHY, 2012), foi se conectando para alcançar um novo platô de pensamento sobre a potência da participação. Necessário destacar que a “potência” não poderia ser “medida” com técnicas e métodos da pesquisa representacional. Então, o deslocamento entre uma experimentação e outra, permitiram enxergar linhas de força e expressões, muitas vezes lábeis, outras vezes apenas diversas daquelas encontradas nas pesquisas representacionais sobre os conselhos e conferências de saúde.

O fio condutor da “produção estética” da gestão e da clínica, no caso a clínica em saúde mental, criou conexões entre a participação social na saúde e nas políticas públicas, a participação das pessoas e coletividades na organização do cuidado e o espaço de expressão da economia subjetiva das pessoas e coletividades no encontro com profissionais e serviços. A potência também se expressou como espaço de protagonismo, como autonomia para ocupar lugares de fala singulares e como reconhecimento da capacidade de expressar ideias válidas para a formulação da política e do cuidado.

As aproximações empíricas que serão apresentadas nos capítulos a seguir foram se constituindo a partir de um percurso cartográfico durante o mestrado, conforme o andar da vida da pesquisadora que tem o corpo como fio condutor desse processo. A cartografia envolve um corpo estrangeiro, que está exposto à determinada realidade que não é a mesma que a sua, que possui uma visão de turista. Parte de um olhar implicado do pesquisador e da observação de diferentes contextos e indicadores que acontece no encontro, sempre num grande esforço de falsear a sobreimplicação, que tenta projetar o já sabido sobre a experimentação de cada momento. É um movimento de se perguntar o que está enxergando e o que está ficando escondido em sua implicação, configurando assim um desenho mais participativo (MENDES, 2021).

No estudo da 16ª CNS, foi utilizada a pesquisa documental, cujo os dados obtidos nos relatórios das conferências e no relatório da pesquisa compõe projeto maior, denominado “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, sob a coordenação do Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla, vinculado ao Conselho Nacional de Saúde e a uma rede científica interinstitucional, com

a aprovação diretamente pela CONEP por meio do protocolo CAAE nº 14851419.0.0000.0008. De acordo com Oliveira (2007), esse tipo de pesquisa “caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação” (p. 69).

A revisão bibliográfica foi utilizada nos estudos “Produção de saúde, cotidiano do cuidado, liberdade e participação social: Resistências no cuidado em saúde mental e no enfrentamento à Pandemia” e “A Pandemia, a saúde das populações indígenas e o Programa Mais Médicos: Afirmação do bem viver entre movimentos do *território líquido*”, cujas fontes também foram tratadas por técnicas de análise de conteúdo temático e serão apresentadas nos capítulos a seguir.

Para elaborar o trabalho analítico foram utilizadas como fontes principais os Relatórios: Relatório Final/ Parcial da 16ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Consolidado da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e o Relatório da VII Conferência Municipal de Canoas; Recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovadas naquele colegiado no ano de 2020, especificamente em relação à pandemia; Relatório do Estudo: Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia e outras fontes documentais coletadas por conveniência junto a entidades e movimentos sociais da cidade e do campo.

Nesse sentido, as políticas sociais, quando formuladas e implementadas com essa direcionalidade, são garantidoras dos direitos dos cidadãos e, normalmente, em sociedades democráticas, são precedidas de discussões e análises dos sujeitos envolvidos com a temática em questão. No caso da saúde, as Conferências Nacionais são os espaços de encontro (gestores, governos, população, trabalhadores, especialistas, usuários, sociedade) que permitem essas reflexões e que possibilitam a construção de consensos, de forma a gerar contribuições e as respectivas construções conceituais que as sustentam. Esses conhecimentos são sistematizados em relatórios que podem (ou devem) servir de referência e orientação para a implementação de projetos, programas e ações de saúde e que ajudam na operacionalização do próprio SUS (STEDILE *et al.* 2015).

Os capítulos que seguem a seguir, sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde em “Políticas de saúde mental e produção de vida das pessoas: Interfaces deliberadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, do Conselho Nacional de Saúde em “Conselho

Nacional de Saúde na Pandemia de COVID-19: Participação no contexto instituinte e produção de saúde no cotidiano do cuidado” e das populações indígenas em “A Pandemia, a saúde das populações indígenas e o Programa Mais Médicos: Afirmção do bem viver entre movimentos do *território líquido*” relacionam-se com a ideia das ramificações do cuidado em liberdade trazida como reflexão nessa pesquisa. Foram pousos metodológicos sobre experimentações empíricas que foram sendo agenciadas no percurso da pesquisa. E, diante de cada um dos encontros, a intencionalidade de aprofundar uma ou outra experimentação sobre a potência instituinte da participação na saúde, permitiu planejar métodos e técnicas de produção e análise de dados, conforme está descrito em cada capítulo.

Percebe-se que os objetos de cada estudo têm suas nuances específicas, diante de determinado tema, porém é comum entre eles as ramificações do cuidado em liberdade. O primeiro, dá ênfase à saúde mental além de tratar sobre os princípios do SUS como universalidade e integralidade da atenção e a produção de vida das pessoas. O segundo, apresenta a participação social em saúde a partir das recomendações elaboradas pelo CNS, cujo contexto deixou-se atravessar pela pandemia. O terceiro estudo traz uma nova perspectiva ao tratar sobre a saúde das populações indígenas, dando visibilidade à um modo particular de cultura e de vida. Todavia, o cuidado em liberdade e as relações que produz com a saúde ficam explicitadas não apenas pela ideia de que não pode haver cuidado sem liberdade, mas que há situações em que as restrições às liberdades individuais, feitas de forma coletiva, são expressão da produção da saúde.

O relatório da pesquisa se torna, nesse contexto, também um registro cartográfico do percurso e um dispositivo para sistematizar pontos de articulação entre as diferentes experimentações realizadas, algumas das quais já tiveram publicidade individualmente. E, portanto, um lugar para contar das produções feitas até aqui.

## **CAPÍTULO 1**

### **POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E PRODUÇÃO DE VIDA DAS PESSOAS: INTERFACES DELIBERADAS NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE<sup>3</sup>**

#### **Introdução**

Ao longo da história tem havido mudanças na gramática das doenças e da saúde, sobretudo em relação à abrangência do que se atribui como responsabilidade assistencial aos sistemas e serviços de saúde e às práticas profissionais que se desenvolvem no seu interior. E a saúde mental tem lugar central nessa transformação, inclusive com a liderança no movimento de reformas conceituais e do aparato assistencial (AMARANTE, 1995).

No Brasil, o processo da Reforma Psiquiátrica surgiu no final da década de 1970 em defesa da saúde coletiva, a fim de propor mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de cuidado (BRASIL, 2005). Os objetivos da Reforma consistiam em questionar o modelo assistencial até então vigente e propor estratégias para a transformação contribuindo para o processo de construção de serviços substitutivos (AMARANTE, 1995).

O Projeto de Lei nº 08/91 do Deputado Federal Paulo Delgado foi de fundamental importância para mais adiante ser instituída a Política Nacional da Saúde Mental, pois esse integrava as proposições do movimento dos trabalhadores de saúde mental com o objetivo de formalizar a Reforma Psiquiátrica como lei nacional. Em 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216, que redireciona a assistência em saúde mental dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2004).

O tema da saúde mental tem uma evolução substantiva nas últimas conferências de saúde brasileiras, inicialmente com inspiração nos movimentos de reformas de saúde de outros países, sobretudo na italiana, e posteriormente com base numa acumulação singular brasileira, associada às produções dos movimentos sociais no campo da saúde mental. A partir do cenário de desmonte da seguridade social e os retrocessos nas políticas

---

<sup>3</sup> Texto em revisão, sendo formatado para encaminhamento à revista Saúde e Sociedade.



de proteção social, a 16ª CNS acontece numa conjuntura de séria ameaça à saúde do povo brasileiro (BISPO JUNIOR e MORAIS, 2020). As Conferências de Saúde, no aparato institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), têm a prerrogativa de “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”, conforme determina a Lei Federal nº 8.142/90 (BRASIL, 1990).

A recuperação histórica da articulação da saúde mental no conjunto das ações de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde não esgota a análise da prospecção sobre o que se pode esperar do cuidado às pessoas em sofrimento mental. Como construção histórica e social, essa articulação está em movimento. Nos últimos anos, mudanças importantes no cenário brasileiro e mundial apontam reflexos sobre a saúde mental das pessoas e coletividades e sobre a organização dos sistemas de saúde no acolhimento e cuidado.

A realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 2019, com suas etapas municipal e estadual realizadas ao longo daquele ano, produziram um processo relevante para atualizar as diretrizes às políticas de saúde mental no território brasileiro. Nesse contexto, foi realizada pesquisa documental nos relatórios finais da etapa nacional, da etapa estadual do Rio Grande do Sul e da etapa municipal de Canoas/RS, com o objetivo de compreender as orientações presentes nos relatórios das etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde quanto à formulação das políticas sobre a Saúde Mental e as interfaces com a produção de vida para as pessoas. Embora os recortes territoriais tenham sido feitos por conveniência, é relevante assinalar que o estado do Rio Grande do Sul possui a primeira lei de reordenamento das redes de cuidado em saúde mental (Lei Estadual nº 9.716/1992), com criação de serviços substitutivos ao manicômio. Por outro lado, a análise comparada entre recortes territoriais diferentes permite reconhecer a diversidade de compreensões sobre a saúde mental, suas condicionalidades e as relações com os contextos social e político. Essa é a contribuição central que o artigo pretende.

## **Material e método**

A metodologia utilizada para o desenvolvimento e apresentação da proposta do estudo foi a análise documental, com abordagem qualitativa. Minayo (2008) ao discutir o conceito e o papel da metodologia nas pesquisas em ciências sociais, imprime um enfoque plural para a questão: “a metodologia inclui as concepções teóricas de

abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e, também, o potencial criativo do pesquisador” (MINAYO, 2008 pg. 22). Nesta perspectiva, a pesquisa documental permite a investigação de determinada problemática não em sua interação imediata, mas de forma indireta, por meio do estudo dos documentos que são produzidos pelo homem e por isso revelam o seu modo de ser, viver e compreender um fato social (SILVA *et al.*, 2009).

A análise de conteúdo, utilizada para o tratamento dos dados obtidos nos relatórios das conferências, é compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes associadas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados. Constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, onde o processo analítico tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos (MINAYO, 2010).

Os relatórios finais das conferências de saúde são documentos muito singulares. Além de sintetizar diferentes vozes dos participantes, que são heterogêneos, eles registram prioridades e conferem visibilidade a temas relevantes que orientarão – ou deveriam orientar, segundo a legislação brasileira (BRASIL, 1990) – no período subsequente. A pesquisa que embasa o manuscrito utilizou-se dos relatórios finais das etapas municipal, estadual e nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde e o conhecimento produzido na análise terá relevância no acompanhamento das ações no período de 2020 a 2024, além de dialogar com as práticas cotidianas no interior dos serviços de saúde e representar um registro histórico.

Como método para a análise dos dados, foi utilizada a categorização temática dos conteúdos. A categorização temática, de acordo com Minayo (2015), pode surgir a partir da análise do material de pesquisa, como também, pode ser realizada previamente, exigindo um conhecimento sólido por parte do pesquisador para encontrar um esquema classificatório adequado ao assunto a ser analisado. Na pesquisa, os eixos e as categorias temáticas foram construídos a partir do material empírico, sendo que a mediação com a teoria foi feita no interior das mesmas.

Foram sistematizados três eixos temáticos conforme mostra o Quadro 1 a seguir.

Quadro 1: Eixos e respectivas categorias temáticas derivadas dos documentos

<b>Eixos temáticos</b>	<b>Categorias de análise</b>
1. Universalidade do SUS e a produção da integralidade em saúde mental	1.1 Saúde como direito de todos 1.2 Princípios do SUS 1.3 Práticas de cuidado em saúde
2. Participação Social e o Controle Social no SUS: Conferências e Conselhos de Saúde	2.1 Ações e práticas das conferências e dos conselhos de saúde 2.2 Organização, desafios e garantia da participação e do controle social em saúde 2.3 Estratégias para seguir e avançar no processo democrático em que o SUS está alicerçado
3. A Saúde Mental como eixo prioritário da política de saúde	3.1 Compreensão da saúde mental e articulação com as demais ações do sistema de saúde 3.2 Organização dos serviços para suprir as necessidades das pessoas e coletividades 3.3 Desenvolvimento do trabalho no interior das linhas de cuidado

O primeiro eixo denominado “Universalidade do SUS e a produção da integralidade em saúde mental” foi analisado a partir de três categorias, sendo elas: saúde como direito e seus determinantes, propostas referentes aos princípios do SUS e aquelas que apresentaram as práticas de cuidado em saúde. O segundo eixo “Participação Social e o Controle Social no SUS: Conferências e Conselhos de Saúde” refere-se às categorias de análise que identificaram ações e práticas das conferências e conselhos de saúde, sua organização, desafios e garantia da participação e do controle social em saúde e as estratégias para manter a participação no SUS. O último eixo “A Saúde Mental como eixo prioritário da política de saúde” apresenta como categorias de análise a compreensão da saúde mental e articulação com as demais ações do sistema de saúde, propostas relativas à organização dos serviços para suprir as necessidades das pessoas e coletividades e desenvolvimento do trabalho no interior das linhas de cuidado.

Embora tenha utilizado centralmente materiais de domínio público, é importante registrar que a pesquisa realizada compõe projeto maior, denominado “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, vinculado ao Conselho Nacional de Saúde e a uma rede científica interinstitucional, com a aprovação diretamente pela CONEP por meio do protocolo CAAE nº 14851419.0.0000.0008.

## Resultados e discussão

A análise dos dados produzidos na interação com os relatórios das etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde permitiu construir três eixos temáticos conforme sintetizados abaixo.

### Universalidade do SUS e a produção da integralidade em saúde mental

Quadro 2: Extratos dos documentos relacionados a Universalidade do SUS e a produção da integralidade em saúde mental

	<b>Saúde como direito de todos</b>	<b>Princípios do SUS</b>	<b>Práticas de cuidado em saúde</b>
<b>Relatório da Etapa Municipal</b>	<p>-A partir da Constituição, com o reconhecimento legal da saúde como direito e dever do Estado;</p> <p>-O acesso a ações e serviços se torna universal, ficando reconhecido que é direito de cidadania;</p> <p>-A CF/1988 deu materialidade legal para a “saúde como direito de todos e dever do Estado”;</p> <p>-O conceito de saúde é entendido como direito humano, o qual deve ser universal, indivisível e interdependente;</p> <p>-A indivisibilidade dos direitos significa que direitos outros, como educação, moradia, alimentação, emprego e renda são também fundamentais para que as pessoas possam ter saúde;</p> <p>- Para que a saúde seja tratada como direito humano além de universal e indivisível; para termos saúde de qualidade, dependemos que outros direitos, não especificamente de ações e serviços de saúde, mas que condicionam e determinam o bem viver, sejam também garantidos;</p> <p>-A saúde é uma prerrogativa de todo cidadão, ou seja, o direito à saúde é indissociável ao direito à vida;</p>	<p>-Os princípios doutrinários, chamados de princípios ideológicos do SUS, conferem legitimidade ao Sistema, além de definirem os rumos para a sua implantação;</p> <p>-O modelo de atenção idealizado para o SUS precisa preconizar as seguintes questões: integralidade do cuidado e garantia do acesso; regionalização e descentralização dos serviços</p>	Não trata

<p><b>Relatório da Etapa Estadual</b></p>	<p>-Fortalecer o status constitucional da saúde como direito e garantir que os determinantes e condicionantes da saúde) sejam acessíveis a todas as pessoas;</p>	<p>-Efetivar os princípios da descentralização e da regionalização da atenção à saúde de forma que garanta a universalidade e integralidade; - Utilizando o princípio da equidade, bem como assegurar que as condições e fatores que expõem as pessoas à vulnerabilidade em saúde sejam reconhecidas e sanadas, garantindo o direito à saúde em cada território, e que suas especificidades sejam respeitadas;</p>	<p>-Garantir que o SUS ofereça para toda a população a estrutura física, tecnológica, equipamentos, exames e profissionais capacitados, nas especialidades demandadas, para atendimento às suas necessidades. Efetuar ações de promoção e prevenção em saúde, bem como educação em saúde; -Efetivar políticas públicas em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde que garantam acesso, atenção de qualidade, humanizada e integral ao cidadão;</p>
<p><b>Relatório da Etapa Nacional</b></p>	<p>-Reafirmar e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto direito constitucional de todas e todos, considerando-o como organismo vivo e patrimônio de todas as brasileiras e brasileiros; -Garantir incondicionalmente o SUS público, 100% estatal, universal, de qualidade sob gestão direta do Estado; A saúde é um direito inalienável de todos, que deve ser assegurada com a garantia de acesso aos direitos de vida digna como direito à renda, trabalho, moradia, alimentação saudável, educação, esportes, lazer, transporte; -Garantir que a saúde permaneça como o que preconiza o artigo 196 da Constituição Federal – Saúde como direito de todos e dever do Estado; -Investir na promoção e prevenção em saúde no que se refere aos condicionantes; - Garantir o SUS público, 100% estatal e de qualidade, com comando único em cada esfera de gestão;</p>	<p>- Garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade, articulando outras políticas intersetoriais; -Reafirmar o SUS como política pública e patrimônio do povo brasileiro, conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde, para garantia da qualidade de vida; - Valorizando os princípios do SUS e sua interlocução com outras políticas públicas em especial a da Seguridade Social;</p>	<p>-Estruturar políticas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde; -Reestruturar, fortalecer, implementar e expandir as Redes de Atenção à Saúde, integrando-as para potencializar o cuidado multidisciplinar e intersetorial, de forma a garantir a implementação de linhas de cuidado, promovendo o cuidado integral nos vários ciclos de vida;</p>

O primeiro eixo de análise é “Universalidade do SUS e a produção da integralidade em saúde mental” e inclui as formulações dos relatórios que, mesmo não detalhando questões relacionadas diretamente ao cuidado em saúde mental, atravessam a temática em estudo por definirem questões relacionadas ao acesso e à abrangência das ações que os serviços e redes devem responder, assim como orientações às políticas a serem implementadas no âmbito do SUS.

Trata-se aqui de apresentar as formas de articulação entre a saúde e o contexto dos diferentes territórios, sobretudo do que se denomina de condicionantes e determinantes da saúde. De acordo com a Lei 8080/90:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

As propostas indicadas nesta categoria apresentam a saúde como direito de todos, levando em consideração os condicionantes e determinantes de saúde como influenciadores na qualidade de vida e acesso a bens e serviços nesse campo. Os princípios da universalidade, integralidade e equidade também são discutidos, pois são a base para a consolidação do SUS e para a garantia do cuidado, incluindo também dispositivos como a educação permanente em saúde, promoção e prevenção em saúde. Para Bispo Junior e Morais (2020), os direitos sociais estão sempre ameaçados devido os contextos de fortalecimento de valores individualistas e liberais, por isso é fundamental reafirmar e determinar a saúde no sentido ampliado para a defesa do projeto do SUS que se revela apropriado e pertinente ao debate atual.

A partir da conquista ao direito da saúde assegurado na Constituição Federal de 1988, o princípio da universalidade do acesso constitui-se como um dos mais importantes, pois ao afirmar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garante a saúde para todas as pessoas sem distinção. Entre as conquistas concebidas como um dos ideários do movimento sanitário e reconhecida na Constituição Federal de 1988 está a universalização da saúde, que compõe um dos princípios básicos do SUS e caracteriza a saúde como um direito de cidadania (BRASIL, 1988; SOUSA, 2014). Nesse sentido, manifesta a ideia de que o Estado tem o dever de prestar atendimento à toda a população brasileira, englobando o acesso, a cobertura e o atendimento nos serviços do SUS (MENDES, 1999). O princípio da integralidade garante que as múltiplas dimensões que

integram o ser humano serão consideradas no cuidado em saúde, nela incluída a saúde mental. Por outro lado, é constatação reiterada nos estudos sobre a saúde da população que sistemas universais de saúde com serviços territorializados, embasados na atenção primária e organizados em redes integradas de atenção sustentáveis e compatíveis com as características de cada país (OPAS, 2008) são mais eficientes para melhorar a qualidade das ações que são ofertadas e os níveis de saúde da população.

A ação orientada pelos condicionantes e determinantes da saúde é atributo importante para os sistemas de saúde e tende a se efetivar de forma mais permanente diante de estratégias fortes de participação da população. Para que a promoção da saúde se efetive enquanto potência de ação é necessário passar pelo desejo de ser livre e de ser feliz, da passividade para a atividade através de iniciativas, programas e ações que resultem no fortalecimento e ampliação da autonomia das coletividades e dos sujeitos. Além de incentivar a participação, conhecer as dinâmicas territoriais e as instâncias locais de gestão e criar e recriar significados para cada experiência e acerca das práticas de cada um (MENDES, FERNANDEZ e SACARDO, 2016).

Já o princípio da integralidade concede à população o direito de atendimento de forma ampla em função das suas necessidades, pela articulação de ações preventivas e curativas nos três níveis de assistência (BRASIL, 2006). O intuito é possibilitar o atendimento desigual para necessidades desiguais, a fim de diminuir as diferenças sociais, reconhecido como o princípio de justiça social, já que não vivemos em uma sociedade igualitária. Ou seja, é um desdobramento da ideia de universalidade, pois a partir de uma característica redistributiva determina recursos onde há maiores carências e garante a ideia das diferenças entre os diversos grupos de pessoas. Através do princípio da equidade é que se pretende diminuir as desigualdades, embora todos tenham direito de acesso aos serviços, sem nenhum tipo de privilégio e independente de raça, cor ou religião, as pessoas têm necessidades diferentes (CUNHA e CUNHA, 1998).

Esse eixo foi composto a partir de três categorias de análise em que a primeira se refere à saúde enquanto direito e acesso para todas as pessoas, a partir da garantia e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a segunda categoria compreende as propostas que se referem aos princípios do SUS e a terceira diz respeito às propostas que trazem as práticas de cuidado em saúde.

A primeira categoria de análise realizada neste eixo refere-se à saúde enquanto direito e acesso para todas as pessoas, a partir da garantia e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme apontado nos trechos: “*garantir que a saúde permaneça como o que preconiza o artigo 196 da Constituição Federal – Saúde como direito de todos e dever do Estado*”; “*reafirmar e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto direito constitucional de todas e todos, considerando-o como organismo vivo e patrimônio de todas as brasileiras e brasileiros*”; “*a CF/1988 deu materialidade legal para a saúde como direito de todos e dever do Estado*”; “*a partir da Constituição, com o reconhecimento legal da saúde como direito e dever do Estado, o acesso a ações e serviços se torna universal, ficando assim reconhecido que é direito de cidadania*”; “*garantir incondicionalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) público, 100% estatal, universal [...] A saúde é um direito inalienável de todos, que deve ser assegurada com a garantia de acesso aos direitos de vida digna [...]*”; “*reafirmar o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública e patrimônio do povo brasileiro [...]*”.

Algumas das propostas destacam a saúde como um direito indivisível e direito humano e trazem os condicionantes e determinantes da saúde como fundamentais para o bem-estar e bem viver: “*fortalecer o status constitucional da saúde como direito e garantir que os determinantes e condicionantes da saúde sejam acessíveis a todas as pessoas [...]*”; “*[...] saúde seja entendida como direito humano, o qual deve ser universal, indivisível e interdependente*”; “*a indivisibilidade dos direitos significa que direitos outros, como educação, moradia, alimentação, emprego e renda são também fundamentais para que as pessoas possam ter saúde [...]*”; “*para termos saúde de qualidade, dependemos que outros direitos, não especificamente de ações e serviços de saúde, mas que condicionam e determinam o **bem viver**, sejam também garantidos*”; “*a saúde é uma prerrogativa de todo cidadão, ou seja, o direito à saúde é indissociável ao direito à vida*”; “*investir na promoção e prevenção em saúde no que se refere aos condicionantes [...]*”. A Organização Mundial da Saúde define a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, afirmando que a maioria das doenças físicas e mentais advém de uma combinação de fatores sociais, biológicos e psicológicos. Por isso, a saúde mental é indispensável ao bem-estar e bem-viver das pessoas (WHO, 2005).

A segunda categoria de análise deste eixo compreende as propostas que se referem aos princípios do SUS. Os princípios do SUS são valores éticos sociais que constituem e



organizam o sistema de saúde e são divididos em doutrinários e organizativos, sendo eles: equidade, universalidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação da comunidade. Alguns desses princípios são trazidos nas propostas no intuito de reafirmar sua garantia e assegurar a saúde como direito, pois é através da garantia e efetivação desses que o direito à saúde é exercido. Alguns trechos que se destacam são: *“utilizando o princípio da equidade, bem como assegurar que as condições e fatores que expõem as pessoas à vulnerabilidade em saúde sejam reconhecidas e sanadas”*; *“efetivar os princípios da descentralização e da regionalização da atenção à saúde de forma que garanta a universalidade e integralidade [...]”*; *“garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade, articulando outras políticas intersetoriais [...]”*; *“valorizando os princípios do SUS e sua interlocução com outras políticas públicas em especial a da Seguridade Social [...]”*; *“conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde, para garantia da qualidade de vida”*; *“os princípios doutrinários, aqueles chamados de princípios ideológicos do SUS, conferem legitimidade ao Sistema, além de definirem os rumos para a sua implantação”*; *“o modelo de atenção idealizado para o SUS precisa preconizar as seguintes questões: integralidade do cuidado e garantia do acesso; regionalização e descentralização dos serviços [...]”*.

A terceira categoria de análise refere-se as propostas que trazem as práticas de cuidado em saúde. Para que o SUS possa consolidar-se enquanto política, é necessário que se estabeleçam ações de promoção e prevenção em saúde, como mencionado em algumas das propostas a partir da Rede de Atenção à Saúde e também das práticas de cuidado: *“garantir que o SUS ofereça para toda a população a estrutura física, tecnológica, equipamentos, exames e profissionais capacitados, nas especialidades demandadas, para atendimento às suas necessidades [...] Além de efetuar ações de promoção e prevenção em saúde, bem como educação em saúde”*; *“efetivar políticas públicas em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde que garantam acesso, atenção de qualidade, humanizada e integral ao cidadão”*; *“estruturar políticas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde”*; *“reestruturar, fortalecer, implementar e expandir as Redes de Atenção à Saúde, integrando-as para potencializar o cuidado multidisciplinar e intersetorial, de forma a garantir a implementação de linhas de cuidado, promovendo o cuidado integral nos vários ciclos de vida”*.

Diante da análise dos eixos nesta primeira categoria identificou-se que as etapas municipal, estadual e nacional buscaram articular a defesa do SUS com a garantia de que a saúde seja um direito de todos os cidadãos conforme estabelecido na Constituição Federal, a partir de condições de vida dignas como os condicionantes e determinantes de saúde. Além disso, abordam que as práticas de cuidado em saúde sejam efetivadas com base na sua promoção, proteção e recuperação, bem como da expansão das Redes de Atenção à Saúde e melhorias nas estruturas dos serviços para que o SUS esteja disponível para todos. A análise também possibilitou articular os princípios que constituem o SUS como forma de acesso e exercício da democracia, de modo que sejam efetivados conforme o que estabelece a lei para que o cuidado em saúde possa contemplar as pessoas que vivem no Brasil além da produção de vida e da integralidade em saúde mental.

### **Participação Social e o Controle Social no SUS: Conferências e Conselhos de Saúde**

Quadro 3: Extratos dos documentos relacionados a Participação Social e o Controle Social no SUS: Conferências e Conselhos de Saúde

	<b>Ações e práticas das conferências e dos conselhos de saúde</b>	<b>Organização, desafios e garantia da participação e do controle social em saúde</b>	<b>Estratégias para seguir e avançar no processo democrático em que o SUS está alicerçado</b>
<b>Relatório da Etapa Municipal</b>	<p>-A Lei 8142/90 regula a participação social por meio de instâncias oficiais de controle social (conselhos de saúde e conferências de saúde).</p> <p>-Os conselhos de saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde.</p> <p>-As conferências de saúde são fóruns públicos de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários) para avaliar e propor diretrizes para a</p>	<p>-O desafio que se coloca é a criação de uma eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre esses espaços de participação e ainda fazer com que o cidadão perceba o seu papel fundamental na reivindicação pelo direito à saúde e no controle social do SUS.</p>	<p>Não trata</p>

	<p>formulação da política de saúde.</p> <p>-A principal característica da gestão concebida no SUS é a Gestão Estratégica e Participativa.</p>		
<b>Relatório da Etapa Estadual</b>	Não trata	<p>-Respeitar a democracia participativa como forma de garantia de participação popular nos processos decisórios, fortalecendo, as instâncias de controle e de participação no poder são condição fundamental para que se mantenham os legítimos espaços de participação popular, .</p> <p>-Garantir e fortalecer o direito conquistado pela população de exercer o Controle Social através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde como espaços deliberativos sobre a política pública de saúde.</p>	<p>-Garantir capacitação, educação permanente e educação continuada aos profissionais de saúde, aos gestores e aos usuários sobre as ações, processo, técnicas e temas relevantes ao processo de trabalho e controle social.</p>
<b>Relatório da Etapa Nacional</b>	Não trata	<p>-Garantir e manter a participação social nos conselhos de saúde, em todos os âmbitos;</p> <p>-Fortalecer os conselhos de saúde e as instâncias de pactuação de políticas públicas de saúde, bem como a descentralização de modo a garantir aos estados e aos municípios exercer a governança e gestão participativa;</p>	<p>-Elaborar estratégias de mobilização e sensibilização da sociedade civil organizada através de suas entidades, para estimular e fortalecer o processo democrático de participação social do Sistema Único de Saúde (SUS);</p> <p>-Fortalecer os conselhos de saúde garantido maior suporte técnico, apoio institucional, acesso às informações, estrutura física materiais e programas de EPS para conselheiros;</p> <p>-Fortalecer a infraestrutura dos conselhos de saúde para efetivar o controle social, garantindo a participação social nos conselhos de saúde, e a qualificação dos conselheiros;</p> <p>-Fortalecer os conselhos de saúde.</p> <p>- Efetivar a política de EPS para o controle social e da Política Nacional de Educação</p>

			Popular em Saúde nas instâncias de controle social, movimentos sociais e lideranças comunitárias.
--	--	--	---

O segundo eixo de análise inclui as questões relacionadas ao processo de participação social em saúde e o controle social no SUS a partir das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Compreende-se que o acesso ao SUS e aos serviços que estão à disposição da sociedade são fruto de lutas e reformas em que os usuários estiverem presentes na reivindicação de melhorias voltadas à saúde. E o processo democrático consolida-se com base nisso onde as pessoas exercem a cidadania e manifestam sua voz e posição frente às suas necessidades. Esse inclusive é um componente destacado por Benevides (1994) como fundamental a saúde mental.

Uma das particularidades que dá ao SUS singularidade histórica e internacional, no Brasil, é a participação popular, que compreende o assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, isto é, a participação da sociedade no SUS denominada controle social. Assegura o direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, a execução e a avaliação da política nacional de saúde (CÔRTEZ, 1996). A participação em espaços de controle social deve ser investida, especialmente em tempos sombrios nos quais temos vivido retrocessos do SUS. Visto que a luta pela garantia constitucional e pela produção de valores de uso a que o SUS se dispõe deve ocorrer também nas instâncias da avaliação, da fiscalização e da proposição de políticas. Pois, é função dos trabalhadores elaborar linhas de força que incorporem gestores e usuários, em direção às defesas comuns que estão postas como alicerces das políticas públicas de saúde (EMERICH e ONOCKO-CAMPOS, 2019).

No final dos anos 70, verificou-se a formação de uma comunidade bem estruturada de política que era a favor da democratização do acesso a serviços vinculada à democratização da gestão em saúde. A área da saúde, em comparação com as demais áreas, foi a que mais previamente incorporou mecanismos de participação, visto que o movimento sanitário viria a ter papel determinante na definição do modo como a participação seria introduzida como elemento constituinte do desenho institucional do sistema, além da construção do SUS (CÔRTEZ, 2009).

Há pouco tempo, as avaliações dos atores implicados em experiências da sociedade civil ou governamentais e as análises acadêmicas têm apontado um conjunto

de obstáculos vivenciados no cotidiano dos fóruns participativos, na direção de alcançarem os objetivos inscritos no ideário normativo que respaldou sua implantação. As diretrizes que constituem a forma como se organizam o processo de decisão sobre políticas públicas em sociedades contemporâneas e as relações sociais são elaboradas por um conjunto de outros condicionantes. Além das influências administrativa e legal há outras normativas como a relação entre atores, os quais refletem sobre caminhos fechados ou oportunidades abertas para a defesa de suas sugestões e, a permanência de regras tradicionais de ação (CÔRTEZ, 2009).

A articulação de forças sociais e políticas defendeu e estabeleceu no texto constitucional a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que oferecia atenção integral à saúde, de acesso universal, com a participação da comunidade e era financiado com recursos da previdência social e dos orçamentos federal, estadual e municipal provenientes de diversas fontes fiscais (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080 foi votada em 19 de setembro de 1990 e aborda as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços relacionados à saúde. O artigo segundo dessa Lei regulamenta o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 trazendo que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, devendo este prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990). A saúde não compreende restritamente aos aspectos biológicos, mas sim uma perspectiva ampliada, ou seja, a saúde é resultante das condições de vida das pessoas. Por isso, não existe saúde sem a elaboração de políticas intersetoriais que proporcionem condições dignas de vida e trabalho para a totalidade da população (SILVA et al., 2014).

A participação social passa a representar um elemento estruturante nas políticas sociais no período pós-constituente, não restrita ao setor saúde, e sua análise oferece elementos significativos sobre o debate atual de políticas públicas, em relação à estratégia para o enfrentamento das desigualdades sociais e à sua institucionalização e execução. Está baseada na maior aproximação das demandas populares, transparência e democratização do sistema decisório, repercussão sobre a equidade nas políticas públicas e ampliação da presença da sociedade nas ações estatais, a fim de expandir os direitos e a execução de ações para responder ao interesse público (SILVA, JACCOUD e BEGHIN, 2005).

A primeira categoria de análise elaborada neste eixo se dá a partir das propostas com ações e práticas das conferências e dos conselhos de saúde que são regulamentados pela Lei 8142/90, nos seguintes trechos: *“a lei 8142/90 regula a participação social por meio de instâncias oficiais de controle social que são os conselhos de saúde e as conferências de saúde”*; *“os conselhos de saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde”*; *“as conferências de saúde consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários) para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde”*; *“a principal característica da gestão concebida no SUS é a Gestão Estratégica e Participativa [...] valorizando e fortalecendo os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os conselhos e as conferências de saúde, instrumentos essenciais na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde [...]”*.

No que se refere à organização, desafios e garantia da participação e do controle social em saúde, o segundo eixo de análise expõe a importância de a população fazer-se presente nos espaços proporcionados pelo SUS para exercer a democracia participativa, como é de direito, e assim construir ações e políticas que contribuam para o fortalecimento da saúde enquanto acesso universal para todos. Os trechos que ilustram essa análise são: *“o desafio que se coloca é a criação de uma eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre esses espaços de participação e ainda fazer com que o cidadão perceba o seu papel fundamental na reivindicação pelo direito à saúde e no controle social do SUS”*; *“respeitar a democracia participativa como forma de garantia de participação popular nos processos decisórios, fortalecendo, assim, as instâncias de controle e de participação no poder [...] são condição fundamental para que se mantenham os legítimos espaços de participação popular, tanto pelo papel fiscalizador, quanto de formulador e avaliador de políticas públicas”*; *“garantir e fortalecer o direito conquistado pela população de exercer o Controle Social através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde como espaços deliberativos sobre a política pública de saúde [...] pelo estímulo à participação dos usuários(as) e trabalhadores(as) da saúde nos espaços de gestão, controle social e promoção da saúde, mediante educação permanente e tornando acessível a comunicação para a população em geral”*; *“garantir*

*e manter a participação social nos conselhos de saúde, em todos os âmbitos [...]”; “fortalecer o controle social nas três esferas de governo [...]”; “fortalecer os conselhos de saúde e as instâncias de pactuação de políticas públicas de saúde [...] bem como a descentralização de modo a garantir aos estados e aos municípios exercer a governança e gestão participativa”.*

Considerando que a participação e o controle social são essenciais para o estabelecimento de políticas sociais de saúde, o terceiro eixo de análise apresenta algumas propostas que esboçam estratégias para seguir e avançar no processo democrático em que o SUS está alicerçado. Como exemplo, têm-se os meios de comunicação, capacitação, educação permanente, educação continuada, além de suporte técnico, infraestrutura e estrutura física dos conselhos de saúde: *“elaborar estratégias de mobilização e sensibilização da sociedade civil organizada através de suas entidades, para estimular e fortalecer o processo democrático de participação social do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando-se dos meios de comunicação (mídias sociais, outdoor, imprensa falada e televisionada, entre outros)”*; *“garantir capacitação, educação permanente e educação continuada aos profissionais de saúde, aos gestores e aos usuários sobre as ações, processo, técnicas e temas relevantes ao processo de trabalho e controle social”*; *“fortalecer os conselhos de saúde garantindo maior suporte técnico, apoio institucional, acesso às informações, estrutura física adequada, materiais e programas de educação permanente para conselheiros [...]”*; *“fortalecer a infraestrutura dos conselhos de saúde para efetivar o controle social [...] garantindo a participação social nos conselhos de saúde [...] assim como a qualificação dos conselheiros”*; *“fortalecer os conselhos de saúde através de ações como: estruturação física, recursos humanos, educação permanente dos conselheiros e população em geral”*; *“[...] com efetivação da política de Educação Permanente em Saúde para o controle social e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde nas instâncias de controle social, movimentos sociais e lideranças comunitárias”.*

Tendo em vista as análises realizadas neste eixo, enfatiza-se que a Lei 8142/90 discorre sobre a participação social através de instâncias oficiais de controle social que são os conselhos de saúde e as conferências de saúde e que essas se constituem em espaços fundamentais para que o SUS seja garantido e fortalecido enquanto política pública. Para isso, as propostas das etapas analisadas utilizam-se do termo democracia participativa como forma de elucidar a participação e o direito conquistado pela população de exercer

o Controle Social. Outra possibilidade que pode ampliar essa discussão se dá a partir das propostas que trouxeram algumas estratégias para manter e seguir buscando meios e dispositivos que deem conta do tema em questão. Como exemplo destaca-se a educação permanente, o apoio institucional, os meios de comunicação e a educação popular em saúde.

### A Saúde Mental como eixo prioritário da política de saúde

Quadro 4: Extratos dos textos relacionados a Saúde Mental como eixo prioritário da política de saúde

	<b>Compreensão da saúde mental e articulação com as demais ações do sistema de saúde</b>	<b>Organização dos serviços para suprir as necessidades das pessoas e coletividades</b>	<b>Desenvolvimento do trabalho no interior das linhas de cuidado</b>
<b>Relatório da Etapa Municipal</b>	Não trata	Não trata	Não trata
<b>Relatório da Etapa Estadual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reafirmar a garantia do cuidado em liberdade dos usuários de álcool e outras drogas.</li> <li>- Ampliar ofertas de cuidado variado que superam a lógica médico centrada, como NASF, Equipes de Apoio Matricial, SRT, CAPS, pontos de cultura e saúde, atenção farmacêutica, PSE, PICS, utilizando o princípio da equidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantir a reforma antimanicomial através da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, oficina de trabalho e renda, oficinas terapêuticas, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No âmbito da Saúde Mental, facilitar o acesso às internações nas Comunidades Terapêuticas;</li> <li>-Realização de acompanhamentos dos usuários após a internação. Fortalecer os serviços do CAPS, assim como contratação de profissionais e implantação de Consultório de Rua;</li> </ul>
<b>Relatório da Etapa Nacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- -Garantir, fortalecer e ampliar a política de álcool e outras drogas de adição, priorizando o tratamento e o financiamento em dispositivos de meio aberto, espontâneo e comunitário.</li> <li>- Fortalecer a política de atenção integral à saúde mental das(os) brasileiras(os), assegurando acesso e continuidade no atendimento nos CAPS,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fortalecer as ações de saúde mental com a implantação de novos Caps.</li> <li>-Implantar políticas de promoção da saúde mental integradas com outras políticas públicas;</li> <li>-Garantir e fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde Mental, respeitando as conquistas da Reforma Psiquiátrica.</li> <li>-Garantir na Raps a implantação de um programa de reabilitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Criar campanhas nacionais que incentivem a população em situação de rua a cuidar de sua saúde integral.</li> <li>-Garantir a realização da Conferência de Saúde Mental nas três esferas de governo.</li> <li>-Implementar e fortalecer as Pics nos serviços Raps</li> <li>- Ampliar investimentos em políticas voltadas para a promoção de saúde mental.</li> </ul>



	<p>na iniciativa de redução de danos e outros serviços na lógica antimanicomial.</p> <p>-Garantir a implementação da reforma antimanicomial com o cuidado em liberdade para todos os usuários.</p> <p>- Promover o cuidado centrado no sujeito, na busca de melhoria, de qualidade de vida, e de sua autonomia, modificando a cultura de cuidado baseada na lógica medicalizante e segregatória.</p> <p>-Garantir a efetivação da política de saúde mental, sem retrocessos, mantendo os princípios contidos na Lei nº 10216.</p> <p>-Assegurar o cuidado em liberdade para as(os) usuárias(os) dos dispositivos de saúde mental, sem nenhum retrocesso aos princípios da Lei Federal nº 10.216/2001.</p> <p>- Garantir o direito à saúde e à vida, respeitando a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o caráter não-asilar, fomentando o cuidado em serviços substitutivos de base territorial.</p>	<p>-Ampliar a implantação de serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental.</p> <p>-Efetivar as RAS: Raps.</p> <p>- Assegurar a desinstitucionalização e fechamento dos manicômios e 49mpliação das Equipes Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf) com obrigatoriedade da participação de profissional de saúde mental.</p>	<p>-Fortalecer e capilarizar a Raps, ampliação da sua atuação conjunta com os pontos da Atenção Básica e RAS.</p> <p>- Desenvolver os programas de promoção, prevenção, atenção e reabilitação de usuários de substâncias psicoativas.</p> <p>-Aumentar e garantir os recursos para o funcionamento e regularização da RAPS;</p> <p>-Raps; Rede de Urgência e Emergência; Rede Cegonha e Rede de Pessoas com Deficiência.</p>
--	---	--	---

Esse eixo temático apresenta a visibilidade da saúde mental no relatório final e o nível de detalhamento e orientação que as políticas, ações e serviços são contemplados pelas formulações e orientações das etapas das conferências estadual e nacional que, como se registrou anteriormente, têm força legal para orientar as políticas, a organização dos serviços e o trabalho que se desenvolve no seu interior para os próximos anos.

A visibilidade da inserção do tema da saúde mental no escopo prioritário das políticas de saúde nas três etapas da Conferência apresenta diferenças relevantes. Na etapa municipal, o tema da saúde mental não é citado explicitamente na estrutura dos eixos do relatório que foram analisados, como é citado nas etapas estadual e nacional conforme pode ser visualizado no Quadro 3.

Na Reforma Psiquiátrica, o processo de participação social iniciou-se com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica a partir da constituição do primeiro sujeito coletivo, que foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O cenário da participação social no contexto da Reforma Psiquiátrica foi representado por um novo elemento com a criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), com o propósito de constituir um novo ator que reunisse os múltiplos sujeitos envolvidos, como os usuários, familiares, ativistas vinculados às questões de diversidade culturais, etnia, sexualidade, direitos humanos e gênero, assim como todos que estivessem em serviços ou outros dispositivos e aqueles atuando na produção de conhecimento e políticas (AMARANTE e NUNES, 2018).

O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira estabeleceu a criação de um Sistema Único de Saúde em que as ações e serviços fossem gratuitos, públicos e com a viabilidade da complementação do setor privado, efetivando-se através dos princípios da universalidade do atendimento, da integralidade das ações e da regionalização. Assim, o SUS foi indicado como proposta de democratização da saúde mediante a descentralização administrativa, política e financeira, com a gestão exercida pelos municípios, concebida como transformação de poder no sistema de modo a estruturar processos emancipatórios. Apesar das dificuldades e da sustentação, os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira são processos de singularizações, pois se encontram em ruptura com a produção de saúde, de vida e cidadania do capitalismo (REVERBEL, 1996).

O processo de desinstitucionalização torna-se possível a partir da transformação de conceitos, estigmas e preconceitos que envolvem o adoecimento psíquico e pela via de políticas públicas de aprimoramento do tratamento em saúde mental no intuito da liberdade e de desinstitucionalizar a lógica do cuidado (OLIVEIRA e VALENÇA, 2020). Ao encontro disso, a Rede de Atenção Psicossocial ou RAPS, é instituída pela Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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. A RAPS tem como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território

qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2004).

Partindo desse pressuposto, este eixo de análise foi categorizado a partir dos quadros que reuniram informações dos relatórios e resultaram em: compreensão da saúde mental e articulação com as demais ações do sistema de saúde, propostas relativas à organização dos serviços para suprir as necessidades das pessoas e coletividades e desenvolvimento do trabalho no interior das linhas de cuidado.

Em relação à primeira categoria, os principais achados nos documentos das conferências sobre a compreensão da saúde mental e sua articulação as demais ações do sistema de saúde foram no sentido de reafirmar a política antimanicomial a partir do cuidado em liberdade como segue nos trechos: *“priorizando o tratamento e o financiamento em dispositivos de meio aberto, espontâneo e comunitário [...]”*; *“garantir a reforma antimanicomial através da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial [...]”*; *“fortalecendo a política de atenção integral à saúde mental das(os) brasileiras(os), assegurando acesso e continuidade no atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial”*; *“garantir a implementação da reforma antimanicomial com o cuidado em liberdade para todos os usuários [...] reafirmar a garantia do cuidado em liberdade dos usuários de álcool e outras drogas”*; *“promover o cuidado centrado no sujeito, na busca de melhoria, de qualidade de vida, e de sua autonomia, modificando assim a cultura de cuidado baseada na lógica medicalizante e segregatória”*; *“garantir a efetivação da política de saúde mental, sem retrocessos e contra a política de internações de longa permanência mantendo os princípios contidos na Lei nº 10216 [...] assegurando a desinstitucionalização e fechamento dos manicômios”*; *“reafirmar a garantia do cuidado em liberdade dos usuários de álcool e outras drogas”*; *“assegurar o cuidado em liberdade para as(os) usuárias(os) dos dispositivos de saúde mental [...] sem nenhum retrocesso aos princípios da Lei Federal nº10.216/2001”*; *“[...] garantindo o direito à saúde e à vida, respeitando a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o caráter não-asilar, fomentando o cuidado em serviços substitutivos de base territorial”*.

Ainda na mesma categoria há um trecho que chama a atenção *“no âmbito da Saúde Mental, facilitar o acesso às internações nas Comunidades Terapêuticas”*, pois esta proposta indica o retrocesso na política de saúde mental no que diz respeito aos princípios da Reforma Psiquiátrica, visto que esta orienta para o cuidado em serviços abertos e comunitários, em que os centros de atenção psicossociais são a principal

referência para a ação e execução de práticas de cuidado em liberdade e não as Comunidades Terapêuticas, como mencionadas na proposta em questão.

A segunda categoria de análise teve como propósito a análise das propostas relativas à organização dos serviços para suprir as necessidades das pessoas e coletivas. Aqui foram agrupados trechos referentes a garantia e fortalecimento da política de saúde mental, com a intenção de que as necessidades sejam atendidas a partir das ofertas de cuidado que os serviços podem oferecer. Os trechos correspondentes ao eixo são: *“garantir, fortalecer e ampliar a política de álcool e outras drogas de adição”*; *“ampliando as Equipes Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf) com obrigatoriedade da participação de profissional de saúde mental”*; *“[...] ampliando as ofertas de cuidado variado que superam a lógica médico centrada, como, por exemplo NASF, Equipes de Apoio Matricial, SRT, CAPS, pontos de cultura e saúde, atenção farmacêutica, PSE, PICS [...]”*; *“fortalecer as ações de saúde mental com a implantação de novos Caps [...]”*; *“implantar políticas de promoção da saúde mental integradas com outras políticas públicas [...]”*; *“garantir e fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde Mental, respeitando as conquistas da Reforma Psiquiátrica e efetivando as propostas das conferências de saúde anteriores”*; *“garantir na Rede Atenção Psicossocial (Raps) a implantação de um programa de reabilitação com oficinas estruturadas [...] englobando a capacitação, produção, divulgação e comercialização”*; *“ampliar a implantação de serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental [...]”*; *“efetivar as Redes de Atenção à Saúde (RAS): Rede de Atenção Psicossocial (Raps) [...]”*.

A última categoria de análise que corresponde ao desenvolvimento do trabalho no interior das linhas de cuidado apresenta trechos das propostas que corroboram para se pensar no cuidado em saúde mental a partir da formação profissional, formação em serviço, educação permanente, entre outros, como por exemplo: *“criar campanhas nacionais que incentivem a população em situação de rua a cuidar de sua saúde integral”*; *“garantir a realização da Conferência de Saúde Mental nas três esferas de governo”*; *“realização de acompanhamentos dos usuários após a internação. Fortalecer os serviços do CAPS, assim como contratação de profissionais e implantação de Consultório de Rua”*; *“implementar e fortalecer os serviços da Política de Práticas Integrativas e Complementares na Saúde (Pics) nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) da Política Nacional de Saúde Mental”*; *“[...] com ampliação dos investimentos em políticas voltadas para a promoção de saúde mental [...] incentivando*

*a capacitação das(os) profissionais para lidar com saúde mental mantendo equipes qualificadas para atendimento na rede [...]”; “fortalecer e capilarizar a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com a implantação e financiamento dos desenhos das Raps regionais, qualificação profissional e ampliação da sua atuação conjunta com os pontos da Atenção Básica e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [...]”; “desenvolver os programas de promoção, prevenção, atenção e reabilitação de usuários de substâncias psicoativas [...]”; “aumentar e garantir os recursos para o funcionamento dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial [...]”; “fortalecer e garantir recursos para a regularização das Redes de Atenção à Saúde (RAS); Rede de Atenção Psicossocial (Raps) [...]”.*

Conforme referido no início da análise deste eixo, a etapa municipal não cita explicitamente o tema da saúde mental na estrutura do relatório. Já nas etapas estadual e nacional verificou-se que a saúde mental aparece como forma de reafirmar os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, sem retrocessos, seguindo a lógica do cuidado em liberdade com o intuito de fortalecer os dispositivos territoriais substitutivos que são os CAPS. Essa é uma necessidade de luta diária devido aos retrocessos que tem acontecido e que ainda estão por vir, visto que a saúde mental precisa ser reafirmada pelo SUS enquanto política que possibilita novos modos de produzir saúde e modos de ser, que vai ao encontro dos princípios do SUS ao considerar as pessoas em sua integralidade e não seu diagnóstico.

No que se refere à organização dos serviços como as Equipes de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – que foram desconstruídos no atual governo –, entre outros, é necessária a ampliação das ofertas de cuidado que possam suprir as necessidades das pessoas e coletividades e superar a lógica médico centrada. Salienta-se que a Rede de Atenção Psicossocial foi um ponto em comum que os relatórios trouxeram, visto que quando se trata de saúde mental a RAPS é fundamental para articular a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral no âmbito do Sistema Único de Saúde e o desenvolvimento do trabalho no interior das linhas de cuidado. O cuidado em saúde mental se consolida a partir do SUS e de ações e serviços que contribuem para promoção de saúde mental, reinserção social, capacitação de profissionais, execução de conferências de saúde mental e debates que abarquem as subjetividades das pessoas.

## **Considerações finais**

Com a realização desta pesquisa, foi possível compreender as orientações presentes nos relatórios das etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde à formulação das políticas sobre a Saúde Mental e as interfaces com a produção de vida para as pessoas que vivem no Brasil para os próximos anos. A análise comparada entre recortes territoriais diferentes permite reconhecer a diversidade de compreensões sobre a saúde mental, suas condicionalidades e as relações com os contextos social e político.

O primeiro eixo temático denominado “Universalidade do SUS e a produção da integralidade em saúde mental” foi analisado a partir de três categorias, sendo elas: saúde como direito e seus determinantes, propostas referentes aos princípios do SUS e aquelas que apresentaram as práticas de cuidado em saúde. A partir disso, as propostas apresentam a saúde como direito de todos, levando em consideração os condicionantes e determinantes de saúde como influenciadores na qualidade de vida e acesso. Os princípios da universalidade, integralidade e equidade também são discutidos, pois são a base para a consolidação do SUS e para a garantia do cuidado, incluindo também dispositivos como a educação permanente em saúde, promoção e prevenção em saúde.

O segundo eixo denominado “Participação Social e o Controle Social no SUS: Conferências e Conselhos de Saúde” referiu-se às categorias de análise que identificaram ações e práticas das conferências e conselhos de saúde, sua organização, desafios e garantia da participação e do controle social em saúde e as estratégias para manter a participação no SUS. Ao compreender o que são as conferências e os conselhos de saúde, a sociedade pode e deve fazer-se presente nestes espaços que são os principais meios de exercer sua cidadania, a democracia e a participação em saúde. As propostas discorrem sobre a Lei 8142/90 que instituiu estas instâncias e traz a importância de ocupar o lugar de voz e representatividade enquanto cidadão de direitos.

O terceiro eixo “A Saúde Mental como eixo prioritário da política de saúde” trouxe como categorias de análise a compreensão da saúde mental e articulação com as demais ações do sistema de saúde, propostas relativas à organização dos serviços para suprir as necessidades das pessoas e coletividades e desenvolvimento do trabalho no interior das linhas de cuidado. Identificou-se que, apesar do cuidado ser ofertado em serviços substitutivos à lógica manicomial, é necessário reafirmar isso para que não haja

retrocessos na política, pois a articulação da saúde mental com o SUS contribui para o processo de consolidação da democracia e da cidadania.

A pesquisa mostrou que a participação de todos se faz necessária quando se trata de defender o SUS, a saúde como direito e principalmente de exercer a democracia nos tempos atuais em que vivemos constantes ameaças em relação ao desmonte da saúde. O tema precisa estar presente nos debates e nos relatórios das conferências de saúde municipal, estadual e nacional.

Destaca-se a importância da continuidade de estudos sobre o tema do SUS e da saúde mental além do fortalecimento de políticas públicas relacionadas a todo o processo que envolve a saúde. É através dos lugares de fala e possibilidades de ocupar espaços de participação que é possível fazer a diferença no acesso, garantia e fortalecimento da saúde mental no SUS e na sociedade, para que os relatórios sejam um dispositivo de resistência e persistência aos modos de produzir vida.

## CAPÍTULO 2

### CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: PARTICIPAÇÃO NO CONTEXTO INSTITUINTE E PRODUÇÃO DE SAÚDE NO COTIDIANO DO CUIDADO<sup>4</sup>

#### Introdução

Esse texto, formatado como ensaio teórico e empírico, busca refletir sobre o cuidado em saúde mental no período em que vivemos, com dois analisadores importantes: as iniciativas federais de desestruturação da política de atenção psicossocial, principalmente nos últimos quatro anos, e o enfrentamento à pandemia de COVID-19, que coloca o sofrimento mental na agenda do cuidado. Essa reflexão é decorrente de um exercício de pensamento, produzido na disciplina de “Seminário Integrador de Saúde e Sociedade”, que teve encontros virtuais muito produtivos durante o segundo semestre de 2020, com trocas e compartilhamentos de ideias que despertaram reflexões e curiosidades, mesmo na modalidade de ensino remoto. Pensando na temática que mobiliza o estudo no Mestrado em Saúde Coletiva, que é a saúde mental, fica difícil recortar o contexto e escolher apenas um tema do que foi abordado para trazer aqui, pois cada aula trouxe contribuições para (re)pensar essa temática. Por isso, farei uma relação do que considero fazer sentido para respaldar minhas colocações, considerando disparadores de pensamento que operaram durante as dinâmicas pedagógicas da atividade de ensino. Como as demais questões da saúde e da vida, em geral, a temática foi atravessada, no ano de 2020, com as medidas de enfrentamento à pandemia de COVID-19, fazendo com que o tema inicial, saúde mental e participação/controle social, também formassem um triângulo analítico com a condição específica, que representaremos aqui pelas reações do Conselho Nacional de Saúde.

Acredito que os pressupostos da Reforma Psiquiátrica foram e são essenciais nas práticas do cuidado em saúde de todos os trabalhadores. Mas, mais do que isso, é preciso estudar, apreender e compreender tais pressupostos, suas implicações e objetivos para que

---

<sup>4</sup> Texto publicado como capítulo de livro: VASCONCELOS, Tatiane da Rosa; FERLA, Alcindo Antônio. Produção de saúde, cotidiano do cuidado, liberdade e participação social: resistências no cuidado em saúde mental e no enfrentamento da pandemia. Em: MARTINS, Aline Blaya; PILOTTO, Luciane Maria; BITENCOURT, Renata Rieffel; GUARNIERI, Jaqueline Miotto; FERLA, Alcindo Antônio. **A pandemia e a Saúde Coletiva**: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em <https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/livro-a-pandemia-e-a-saude-coletiva/>



não seja apenas um conceito que traz um novo olhar sobre a saúde mental e sim um cuidar e produzir. Penso que o cuidar está relacionado ao modo como realizamos nosso trabalho enquanto profissionais da saúde... no quanto estamos disponíveis ao encontro com o outro... se nossos princípios estão em consonância com nossas ações... se estamos seguindo ou imitando uma lógica de desinstitucionalização em que controlamos e ditamos nossas próprias regras... etc. Para Meneghel (2007) “as coisas acontecem fora e acontecem dentro, percebemos ouvindo as histórias e relativizando no tapete do coletivo as nossas próprias vulnerabilidades.”

Quando cuidamos do outro respeitando-o e dando espaço, lugar e voz à sua singularidade é que conseguimos produzir saúde, laços, redes, caminhos, possibilidades, etc. Machado, Baptista e Alencar (2018) corroboram com isso ao falar sobre um dos significados de participação social:

“A participação social significa também a sociabilidade, o vínculo e a experimentação para novas possibilidades de existirmos coletivamente, o que, muitas vezes, se relaciona ao enfrentamento político e a criação de estratégias de luta. Na saúde, isto implica em aprendermos coletivamente, em ato, integrando saberes, culturas e formas de nos comunicarmos.”

Percebo que ao longo da construção histórica da saúde as pessoas que detinham o saber médico e que trabalhavam nos sistemas de saúde exerciam o poder sobre as demais, sobre a população que às vezes não entendia o que estava acontecendo, mas que eram obrigadas a fazer o que era imposto. Mas, também havia aquelas pessoas que lutavam por seus direitos e que reivindicavam as imposições que lhe eram feitas. Só que, hoje em dia, ainda percebo muitas pessoas vivendo como antigamente, apenas aceitando o que vem de cima sem questionar, sem entender, sem saber o porquê das coisas e isso é o reflexo da nossa história.

Tais situações nos levam a responsabilizar não apenas os profissionais da medicina ou que trabalham nos sistemas de saúde, mas também os usuários desses serviços, a nossa sociedade, os sujeitos que buscam ajudas para suas demandas e que aceitam ser tratados apenas com a medicação como milhares de outros casos que existem por aí e apenas isso basta. Ao invés de receber o devido olhar e amparo para sua subjetividade sem ser estigmatizado com o seu diagnóstico. Pensando nisso, segundo Machado, Baptista e Alencar (2018):

“Os espaços de participação integram um amplo conjunto de pessoas, tais como acadêmicos (lecionando, estudando ou pesquisando),

trabalhadores nos serviços (aprimorando as formas de cuidado e demandando melhores condições de trabalho), gestores comprometidos (buscando avanços nas políticas públicas), ativistas de movimentos sociais e, principalmente, os usuários, que de alguma forma somos todos, mas que devem contemplar a diversidade da realidade social em que vive cada um. Esta composição é a grande beleza da participação social, pois nos ensina sobre a sociedade e sobre nós mesmos, ao buscarmos aprender juntos a superar nossas contradições, conviver e articular nossas diferenças. Não é uma tarefa fácil...”

Com a Reforma Psiquiátrica há uma reformulação no sentido do cuidar que passa a ser em liberdade e em espaços comunitários. Porém, mesmo com os muros sendo derrubados, o que permanece é o enraizamento moral e social diante dos usuários que frequentam os serviços de saúde mental, tanto nos espaços comunitários que deveriam prestar o cuidado de forma integral e subjetivo há profissionais que ainda exercem a lógica manicomial através de suas ações e/ou falas, como na sociedade em geral através dos modos de agir e pensar. Além disso, há a discriminação do outro por ser diferente, pois estamos inseridos numa cultura que estigmatiza a diferença, mas cabe lembrar que a reforma é uma via de mão dupla que além de estar registrada em lei também deve ser um campo estudado e discutido na formação e em cada encontro que se produz consigo mesmo e com o próximo.

### **SUS, Participação Social e Reforma Psiquiátrica**

Quando falamos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso ressaltar que ele se insere a partir da luta de toda a sociedade e é um patrimônio de todos os brasileiros. Para Dimenstein (2001):

“O SUS pode ser considerado uma das principais inovações da reforma do Estado Brasileiro. É fruto de um amplo processo de discussão em relação à situação de saúde do país, o qual envolveu o Governo, profissionais de saúde progressistas e a população. A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, representa um marco na luta pela melhoria do sistema de atenção à saúde no Brasil, na medida em que se constituiu como o espaço de negociação e definição do SUS enquanto política nacional.”

O conceito de participação social incorporado ao SUS deve estar vinculado com o de democracia participativa, onde a comunidade participa do poder decisório propondo e definindo o serviço público que deseja. Com isso, a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptor desta (BRASIL, 2019).

O controle social é uma diretriz e princípio do SUS, pode ser entendido como a participação da comunidade nas ações de saúde em todas as esferas de governo, tendo em vista que quanto maior o envolvimento da sociedade em todo o processo de implementação do SUS, maiores as chances de êxito. É um mecanismo de fortalecimento da cidadania que oportuniza os cidadãos acompanharem as ações dos governos e cobrarem uma boa gestão pública contribuindo na aproximação da sociedade e do Estado (BRASIL, 2019).

Um contraponto trazido por Miranda (2019) a respeito do SUS é o de que:

“O SUS ainda não foi legitimado socialmente e apropriado pelo seu valor de uso, muito menos por seus valores redistributivos. Além de suas dificuldades e insuficiências, enfrenta ainda a guerra de desinformações promovida pelo mercado especializado em doenças, que, evidentemente, busca realçar midiaticamente a ineficácia simbólica do “SUS”, para continuar capitalizando as vantagens decorridas de tal depreciação.”

A Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS entre outros, dando caráter legal às Conferências e aos Conselhos, permitindo que o caráter deliberativo da gestão participativa fosse consolidado e consagrando o papel do controle social em relação a saúde o que possibilitou a formulação, fiscalização e mobilização da saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2019).

As Conferências de Saúde têm sua importância reconhecida para a construção de diretrizes na formulação de políticas públicas de saúde e para o fortalecimento do processo democrático de participação social na gestão do SUS que correspondam às necessidades da população. O reconhecimento está orientado no caráter de inovação que se estabelece na formulação e execução de políticas públicas e na sua capacidade de fortalecer o arranjo democrático do Estado brasileiro (BRASIL, 2019).

A primeira conferência aberta à participação popular ocorreu em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde, que confirmou o conceito ampliado de saúde, deixando de ser visto apenas como ausência de doença (BRASIL, 2019). Em seguida, no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 a participação da comunidade é citada como uma das diretrizes que constitui o Sistema Universal de Saúde além da descentralização e do atendimento integral (BRASIL, 1988).

Em vista disso, constituem-se como espaços de discussão das políticas, com a participação política da população em defesa da saúde como direito das pessoas e de

coletividades, do SUS, da democracia e do bem-estar de todos os brasileiros (BRASIL, 2019). Segundo Machado, Baptista e Alencar (2018):

“Isto nos faz lembrar que a participação nos conselhos não é apenas uma questão de fiscalizar e aprovar processos burocráticos, mas são também espaços de construção, são lugares para organizar a população e articular diferenças multiplicando afetos e construir ações coletivas que extrapolem estes espaços constitucionais. As ações que construímos pretendem fazer parte da formação cidadã, em escolas de democracia que, em ato, assim como a Educação Permanente, se faz com os saberes de todas as pessoas e comunidades envolvidas, sobretudo aquelas que historicamente têm sua voz abafada e deturpada pelos meios de comunicação. Dar voz para as experiências que a mídia esconde e que atualmente são deturpadas em seus conteúdos e práticas por um senso comum reacionário que simplifica as demandas sociais e naturaliza as relações de opressão. Por esta razão, essas vozes são fundamentais para a compreensão do processo histórico que atravessa nossas instituições e construções coletivas.”

Conforme a Lei Federal nº 8142/90, as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos, sem prejuízo das funções das instâncias de governo, que acontecem de quatro em quatro anos através da representação dos vários segmentos sociais que constituem os diferentes territórios de abrangência, para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (BRASIL, 1990). As Conferências são, portanto, vitais para o exercício do controle social, por serem espaços institucionais designados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em níveis correspondentes (BRASIL, 2019).

A Lei 8.080 votada em 19 de setembro de 1990 aborda as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços relacionados à saúde. O artigo segundo dessa Lei regulamenta o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 trazendo que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, devendo este prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. No artigo 7º são apresentados os princípios do SUS integrado pelas ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, os quais são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal e, dentre eles está a participação da comunidade (BRASIL, 1990).

De acordo com Mehry e Franco (2009):

“[...] Nas sociedades de direito à saúde, como é a brasileira, de acordo com sua constituição de 1988, o ‘trabalho em saúde’ deve pautar-se pelo ‘referente simbólico’: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar

como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Em última instância, a finalidade que advogamos para as práticas de saúde é a de visar à produção social da vida e defendê-la.”

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da Reforma Sanitária, inicia-se no final dos anos 70 em prol da defesa da saúde coletiva, mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de cuidado. Tal processo foi estabelecido na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, bem como na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é entendida como um conjunto de transformações de saberes, práticas e valores sociais e culturais, onde avança a partir dos serviços e das relações interpessoais, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. Incide em territórios diversos, nos governos federal, municipal e estadual, no mercado dos serviços de saúde, nas universidades, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares e no território do imaginário social e da opinião pública, constituindo um processo político e social complexo, composto de instituições, atores e diferentes origens (BRASIL, 2005).

Os objetivos da Reforma Psiquiátrica consistem em questionar o modelo assistencial até então vigente e propor estratégias para a transformação, fazendo emergir um novo paradigma para a psiquiatria. Além disso, têm-se também a proibição e construção de novos hospitais psiquiátricos ou ampliação dos que já existiam, mas desativando os leitos existentes; implantação de uma rede extra-hospitalar e atenção multiprofissional e integração da saúde mental a outros programas de saúde, movimentos sociais e instituições (AMARANTE, 1995).

Conforme Carvalho, Bosi e Freire (2009):

“O cuidado não implica a rejeição do uso da técnica ou do controle da doença. Abordar, porém, a questão do cuidado é ir além e redimensionar a prática nas instituições de saúde a partir de uma atitude de resposta à necessidade do outro que se paute pelo respeito, pela escuta de seu sofrimento e pelo acolhimento de sua singularidade. Na realidade, a área da saúde necessita que o cuidado seja caracterizado como a tarefa orientadora de todos os profissionais, pois a arte da assistência à saúde não pode reduzir-se à mera manipulação de objetos.”

No Brasil, o Projeto de Lei nº 08/91 do Deputado Federal Paulo Delgado, foi de fundamental importância, pois o mesmo incorporava as proposições do movimento dos

trabalhadores de saúde mental com o objetivo de formalizar a Reforma Psiquiátrica como lei nacional. Dessa maneira, em 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216, onde redireciona a assistência em saúde mental dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2004).

Quando abordamos o trabalho em saúde e o cuidado, Mehry e Franco (2009) reforçam que:

“[...] o ‘trabalho em saúde’ é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do ‘trabalho em saúde’: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde. Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos.”

O trabalho em saúde borra, portanto, a identidade de cada pessoa e produz enlaces entre o individual e um certo arranjo de coletividades. Um arranjo de dupla face: o trabalho somente se realiza de forma eficaz em redes de cuidado e o trabalho de cuidado nos transforma, por meio de forças de subjetivação que operam nas relações entre os diferentes seres que protagonizam as cenas de cuidado, por meio da aprendizagem permanente produzida no e pelo trabalho e por meio das visibilidades que o cuidar produz sobre os modos de organizar a vida em cada território. Nesse quesito, a pandemia de COVID-19 explicitou a crise nas políticas de cuidado, sejam elas os documentos oficiais, os discursos e as práticas que representam os lugares de coordenação, ou, mesmo, as diferentes resistências que se estabelecem no âmbito micropolítico do trabalho. Interessa aqui perceber e analisar as reações do Conselho Nacional de Saúde, espaço de controle social já caracterizado em relação às funções legais e atuação na defesa do cuidado em liberdade na saúde mental, na resposta às omissões e ações negacionistas que caracterizaram o governo federal no enfrentamento à pandemia, localizando-o no segmento social com ações claramente necropolíticas (FERLA *et. al*, 2020).

## O Conselho Nacional de Saúde e o enfrentamento à COVID-19

Durante o ano de 2020, portanto sob as orientações renovadas de atuação do setor saúde no Sistema Único de Saúde emitidas pelas etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) teve protagonismo relevante na resistência política à agudização da crise civilizatória e ao vácuo na coordenação técnica solidamente embasada do Ministério da Saúde e do Governo Federal como um todo, produzindo e sendo sustentado por um segmento social para o qual o extermínio e a produção de vulnerabilidade de extensos segmentos da sociedade é “preço inevitável” para um modelo de país que lhes mobiliza no campo da política. Para ilustrar a análise dessas ideias, tomaremos as recomendações aprovadas naquele colegiado no ano de 2020, especificamente em relação à pandemia. No ano de 2020, diante da resistência dos diversos Ministros da Saúde em homologarem as recomendações emitidas no colegiado, houve a opção política de substituí-las e seu potencial efeito administrativo, pelo efeito político e, a cada nova crise provocada pelo governo no enfrentamento à pandemia, o colegiado nacional organizou respostas, com base na defesa do direito à saúde e orientação nas recomendações internacionais. Para compreender a reação política do CNS, as recomendações foram analisadas e sistematizadas no Quadro 1 que possibilita uma síntese das informações de forma geral. Além de interpretar as informações e apresentar três categorias empíricas, formuladas a partir dos conteúdos das mesmas: proteção aos trabalhadores, vacinação e cuidados e proteção da população.

Quadro 1: Categorização de Recomendações do Conselho Nacional de Saúde para o enfrentamento da pandemia COVID-19, 2020.

CATEGORIAS	RECOMENDAÇÕES
<b>Proteção aos trabalhadores</b>	<u>RECOMENDAÇÃO Nº 065, DE 09 DE OUTUBRO DE 2020</u> Recomenda medidas de proteção ao trabalho e à Atenção Básica no Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre.
	<u>RECOMENDAÇÃO Nº 033, DE 05 DE MAIO DE 2020</u> Recomenda medidas de transparência na divulgação dos dados estatísticos e notificações compulsórias dos agravos em saúde do/a trabalhador/a devido ao COVID-19.
	<u>RECOMENDAÇÃO Nº 032, DE 05 DE MAIO DE 2020</u> Recomenda medidas prioritárias para trabalhadoras e trabalhadores dos serviços públicos e atividades essenciais, nas ações estratégicas do Ministério da Saúde.

	<p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 029, DE 27 DE ABRIL DE 2020</u> Recomenda ações relativas ao combate ao racismo institucional nos serviços de saúde no contexto da pandemia da Covid-19, provocada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 020, DE 07 DE ABRIL DE 2020</u> Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 018, DE 26 DE MARÇO DE 2020</u> Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 106/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19.</p>
<b>Vacinação</b>	<p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 073, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2020</u> Recomenda ao Ministério da Saúde a ampliação do Plano Nacional de Vacinação contra a Covid-19 para toda a população brasileira.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 067, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020</u> Recomenda a adoção de medidas que visam a garantia do acesso à vacinação enquanto estratégia de enfrentamento à pandemia da Covid-19.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 059, DE 03 DE SETEMBRO DE 2020</u> Recomenda a retirada de material de comunicação alusivo à não obrigatoriedade de vacinação enquanto estratégia de enfrentamento da pandemia da Covid-19, entre outras providências.</p>
<b>Cuidados e proteção da população</b>	<p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 019, DE 06 DE ABRIL DE 2020</u> Recomenda medidas que visam a garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência e de seus familiares.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 026, DE 22 DE ABRIL DE 2020</u> Recomenda aos gestores do SUS, em seu âmbito de competência, que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 030, DE 27 DE ABRIL DE 2020</u> Recomenda medidas que visam a garantia dos direitos e da proteção social das Pessoas com Doenças Crônicas e Patologias.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 031, DE 30 DE ABRIL DE 2020</u> Recomenda medidas emergenciais complementares que visam a garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência no contexto da COVID-19.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 061, DE 03 DE SETEMBRO DE 2020</u> Recomenda que a retomada das aulas presenciais só ocorra depois que a pandemia estiver epidemiologicamente controlada e mediante a articulação de um plano nacional que envolva gestores e a sociedade civil.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 060, DE 03 DE SETEMBRO DE 2020</u> Recomenda a não interrupção do Programa Farmácia Popular, haja vista, a sua importância para salvar vidas, reduzir situações de adoecimento, internações e desigualdades.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 054, DE 20 AGOSTO DE 2020</u> Recomenda orientações ao Ministério da Saúde e órgãos de controle, bem como ações para aquisição de medicamentos para o enfrentamento à pandemia do COVID-19.</p>



<p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 053, DE 14 DE AGOSTO DE 2020</u> Recomenda ao Ministério da Saúde medidas para a garantia do abastecimento de Cloroquina e Hidroxicloroquina para os pacientes que fazem uso contínuo e imprescindível destes medicamentos.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 041, DE 21 DE MAIO DE 2020</u> Recomenda ações sobre o uso das práticas integrativas e complementares durante a pandemia da Covid-19.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 040, DE 18 DE MAIO DE 2020</u> Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 042, DE 22 DE MAIO DE 2020</u> Recomenda a suspensão imediata das Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19, como ação de enfrentamento relacionada à pandemia do novo coronavírus.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 039, DE 12 DE MAIO DE 2020</u> Recomenda aos Governadores Estaduais e Prefeitos Municipais o estabelecimento de medidas emergenciais de proteção social e garantia dos direitos das mulheres.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 037, DE 11 DE MAIO DE 2020</u> Recomenda ao Congresso Nacional a tramitação em regime de urgência dos projetos de lei 1267/2020, 1291/2020 e 1444/2020, que estabelece medidas emergenciais de proteção à mulher vítima de violência doméstica durante a emergência de saúde pública decorrente da pandemia do coronavírus.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 036, DE 11 DE MAIO DE 2020</u> Recomenda a implementação de medidas de distanciamento social mais restritivo (lockdown), nos municípios com ocorrência acelerada de novos casos de COVID-19 e com taxa de ocupação dos serviços atingido níveis críticos.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 038, DE 11 DE MAIO DE 2020</u> Recomenda ao Ministério da Saúde a inclusão das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) na portaria nº 492/2020, que instituiu o programa “O Brasil conta Comigo”.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 035, DE 11 DE MAIO DE 2020</u> Recomenda ações relativas à saúde do povo Cigano/Romani no contexto da pandemia da Covid-19, provocada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2.</p> <p><u>RECOMENDAÇÃO Nº 034, DE 07 DE MAIO DE 2020</u> Recomenda medidas para garantir uma produção sustentável, distribuição e doação de alimentos, com respeito à natureza e aos direitos dos agricultores familiares, povos indígenas e povos e comunidades tradicionais.</p>
---

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da página do Conselho Nacional de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns>).

Na primeira categoria “proteção aos trabalhadores” foram selecionadas seis recomendações que tratam sobre a temática. A recomendação nº 65 trata sobre a proteção ao trabalho no Sistema Único de Saúde, público e de qualidade, a garantia da continuidade do acesso à Atenção Básica no município de Porto Alegre e recomenda ao Ministério Público do Trabalho do Estado do Rio Grande do Sul que tome as providências cabíveis

para a proteção dos trabalhadores e trabalhadoras em saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Essa recomendação teve como motivação o desmonte da Atenção Primária à Saúde (APS) devido a decisão do Governo Municipal de fechamento do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) em meio à pandemia, com repasse de serviços de atenção básica a organizações privadas. O IMESF era o órgão que fazia a gestão da atenção básica no município, e que afetou muitos trabalhadores e trabalhadoras do SUS.

As recomendações de nº 32 e nº 33 trazem respectivamente questões referentes à priorização de todas as trabalhadoras e todos os trabalhadores essenciais, no intuito de reduzir riscos e trazer o mínimo de proteção social e sanitária para melhorar as condições de trabalho no âmbito das atividades consideradas essenciais durante a pandemia e sobre a promoção da transparência na disponibilização atualizada dos dados estatísticos relacionados a morbimortalidade entre os/as trabalhadores/as. As de nº 18 e nº 20 recomendam a observação dos Pareceres Técnicos nº 106/2020 e 128/2020, que constam respectivamente orientações técnicas ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde e dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Doença por Coronavírus – COVID-19.

Destaca-se que a recomendação nº 29 apresenta algumas estratégias para serem usadas na orientação de profissionais dos serviços de atenção à saúde, incluindo gestores, prestadores e todas as profissões da saúde, que são: atuação em todo o manejo com os pacientes em situação de vulnerabilidade deve ser realizada de maneira antirracista; todo o atendimento e procedimentos de acolhimento das pessoas nas portas dos serviços de saúde devem ser realizados sem nenhum tipo de discriminação de etnia, idade, raça-cor, sexual, religião, com a promoção da equidade; garantia do acesso das populações vulneráveis aos serviços de atenção básica, bem como ser realizado em tempo hábil ao atendimento das necessidades de saúde, com atenção especial às emergências provocadas pela COVID-19, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); priorização das ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade das populações vulneráveis, considerando as ações de enfrentamento ao racismo institucional e o acolhimento das populações do grupo de risco; para a inserção da temática étnico-racial nos processos de trabalho e educação permanente das equipes de atenção básica e dos trabalhadores/profissionais de saúde do SUS, é necessário enviar todos os esforços com especial atenção ao quadro de emergências provocado pela COVID-19; deve ser

estimulada a atuação da população negra nos espaços de participação, controle social e da gestão participativa e ações como o trabalho de desinfecção e limpeza urbana organizada por pessoas das próprias comunidades e favelas devem ser apoiadas, inclusive, financeiramente; a coleta, a análise e a publicação dos dados desagregados por raça/cor devem ser realizadas de acordo com a realidade social e populacional brasileira, a fim de produzir a representação mais próxima da realidade e à elaboração das melhores soluções no enfrentamento à COVID-19; produzir indicadores e instrumentos para o enfrentamento, acompanhamento e monitoramento dos serviços de saúde no intuito de coibir práticas de racismo institucional, bem como elaborar instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à observância da PNSIPN e ao combate à COVID-19, respeitando-se as realidades, demandas e necessidades locais.

A segunda categoria de análise referente à “vacinação” é composta por três recomendações do CNS, a recomendação de nº 73 inicialmente salienta que o Ministério da Saúde exerça seu papel de coordenador-geral das atividades de combate à COVID-19 através do gerenciamento e harmonização das condutas científicas e técnicas que levem a obtenção da vacina em número adequado para toda a população brasileira de modo gratuito e oportuno garantindo eficácia, segurança e qualidade; que incorpore em sua estratégia de imunização todas as vacinas que se mostrarem eficazes e seguras para proteção da população contra a COVID-19, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e da rede de serviços do Sistema Único de Saúde ; a ampliação do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 a fim de que seja apresentado à sociedade brasileira um plano de caráter estratégico para a imunização contra a COVID-19 que contemple as estratégias, diretrizes e ações de curto, médio e longo prazos, para que por meio da administração de vacina toda a população seja imunizada; a ampliação da lista de grupos prioritários na vacinação contra a COVID-19; que a estratégia de comunicação prevista do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 seja viabilizada de forma imediata com o adendo de reforçar junto à população: o caráter obrigatório da vacinação, o que garante que o Estado Brasileiro viabilize a vacina para toda a população; que vacinar-se é um ato solidário; que sejam mantidas as medidas preventivas (uso de máscaras, lavagem das mãos, distanciamento social e não aglomerações) por parte de toda a população, mesmo as pessoas vacinadas; e que, embora a Constituição Federal proteja o direito de cada cidadão de manter suas convicções filosóficas, religiosas, morais e existenciais, os direitos da

sociedade devem prevalecer sobre os direitos individuais para que haja a preservação da vida humana.

Outra recomendação sobre a temática que se insere nessa categoria é a nº 67. Recomenda-se o cumprimento do que está disposto nos compromissos internacionais assumidos e acordados, que evidenciem o compromisso com a saúde no Brasil o envolvimento com a saúde mundial. Também, aponta para providências de proteção à população brasileira, de decisões da Presidência da República baseadas em crenças ideológicas e na negação das evidências da ciência e orientações internacionais. Como o risco da não incorporação de vacina registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no SUS. Solicita que se consolidem estratégias de comunicação para enfrentar notícias falsas quanto às vacinas e encaminhar ao Poder Público os casos que constituírem crimes, abusos ou situações que prejudiquem de alguma forma a saúde dos brasileiros e brasileiras. Recomenda ainda que a Anvisa zele por sua autonomia para análise técnica das vacinas contra a COVID-19, e que o Ministério da Saúde assuma o papel de Coordenador-Geral das atividades de combate à COVID-19, para que as condutas científicas e técnicas levem a obtenção de vacina, em qualidade, eficácia, segurança e em número adequado para toda a população brasileira, de modo gratuito e oportuno.

Por último, a recomendação nº 59 propõe a retirada de material de comunicação alusivo à não obrigatoriedade de vacinação enquanto estratégia de enfrentamento da pandemia da COVID-19, entre outras providências e a realização de campanha junto à população sobre a importância da vacinação como uma intervenção preventiva capaz de reduzir a morbimortalidade de doenças imunopreveníveis, possibilitando a proteção da coletividade e de indivíduos vulneráveis.

Na terceira categoria sobre os “cuidados e proteção da população” considera-se a saúde mental como fator primordial que compõe as recomendações agrupadas aqui. Suas proposições referem-se à toda população brasileira, independente de suas condições raciais, culturais, sociais, mentais, econômicas e físicas, que vão ao encontro das recomendações nº 19, nº 30, nº 31 e nº 39 que tratam de medidas de proteção às pessoas com deficiência em residências terapêuticas inclusivas, em serviços de acolhimento institucional, nos centros de acolhida, Instituições de Longa Permanência para Idosos; garantia do acesso das populações vulneráveis aos serviços de saúde da atenção básica; proteção à saúde e planos de apoio às Pessoas com Doenças Crônicas e Patologias durante

a epidemia da SARS-COV-2; fornecimento de serviços acessíveis de apoio à saúde mental para pessoas com deficiência, especialmente para pessoas com demandas de atenção psicossocial; garantia do direito ao acesso a informações sobre a rede de proteção a violência e demais violações de direitos contra crianças e adolescentes, mulheres e idosos; criação de políticas estaduais e municipais emergenciais de combate e de mitigação de riscos de violências contra a mulher; garantia do cumprimento da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva às crianças e adolescentes que necessitam de atendimento educacional especializado durante o período de isolamento social; proteção às pessoas em situação de rua no período da pandemia, inclusive pessoas LGBTIQ+, de forma articulada com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e outros setores.

As recomendações nº 37 e nº 38 recomendam o estabelecimento de medidas emergenciais de proteção à mulher vítima de violência doméstica durante a pandemia do coronavírus e a inclusão das Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) na portaria nº 492/2020, que instituiu o programa “O Brasil conta Comigo”. A recomendação nº54 fala da necessidade de manter as medidas de isolamento social, as campanhas de esclarecimento e orientação à população, a nº 26 recomenda ao Ministério da Saúde que, no âmbito de sua competência, assuma a coordenação nacional da alocação dos recursos assistenciais existentes, incluindo leitos hospitalares de propriedade de particulares, requisitando seu uso quando necessário, e regulando o acesso segundo as prioridades sanitárias de cada caso. As recomendações nº 41 e nº 60, respectivamente preconizam que se proceda a ampla divulgação das evidências científicas referentes às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e que o Programa Farmácia Popular não seja interrompido devido a sua importância para salvar vidas, reduzir situações de adoecimento, internações e desigualdades.

Assim sendo, com o intuito de fortalecer ações e serviços de base territorial e comunitária para atenção psicossocial no contexto de pandemia, a recomendação nº 40 faz referência à revisão da Nota Técnica nº 12/2020 - CGMAD/DAPES/SAPS/MS; que se construam medidas intersetoriais que favoreçam a proteção e atenção psicossocial de crianças e adolescentes e seus familiares pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos territórios e que tenha a participação de representantes do controle social e da gestão da política de saúde mental na composição dos Comitês Gestores de Crise para o COVID-19. Ao encontro disso, a recomendação nº 61 indica que a retomada das aulas

só ocorra quando a taxa for decrescente de incidência de mortes e de casos de COVID-19, isto é, depois que a pandemia estiver epidemiologicamente controlada.

A fim de fortalecer as campanhas em meio a pandemia, a recomendação nº 34 é que ocorra a realização de campanhas de comunicação em massa e difusão de informações, com base técnico-científicas, em linguagem simples e formatos acessíveis sobre alimentação adequada e saudável e conservação de alimentos; as nº 35 e nº 36 recomendam que informe à sociedade quais são as medidas efetivas de articulação com o Ministério da Saúde que estão sendo tomadas para o enfrentamento e a prevenção da COVID-19 e que sejam implementadas medidas que garantam pelo menos 60% da população em distanciamento social, ou superiores a este, em se agravando a ocupação de leitos, de maneira progressiva e efetiva, como medida sanitária excepcional necessária e que também sejam adotadas medidas de distanciamento social mais rigoroso. A recomendação nº 53 recomenda ao Ministério da Saúde medidas para a garantia do abastecimento de Cloroquina e Hidroxicloroquina para os pacientes que fazem uso contínuo e imprescindível destes medicamentos. Reforça-se que não seja liberado o uso de qualquer medicamento como preventivo ou para tratamento da COVID-19 pela ausência de confirmações de uso seguro aos usuários, de acordo com a recomendação nº 42.

### **Considerações Finais**

A Reforma Psiquiátrica veio de uma forma potente e conseguiu transformar muitas práticas, porém não o suficiente para dizer que hoje as práticas sociais, assistenciais, profissionais e os processos de trabalho estão se desenvolvendo, pois isso envolve formação e capacitação de profissionais dispostos a trabalharem em prol do cuidado em liberdade promovendo a desinstitucionalização que ainda existe em muitos serviços.

Ao encontro disso, Dimenstein (2001) salienta que:

“Só um sujeito situado no seu tempo histórico e em relação aos determinantes culturais, políticos e econômicos que condicionam seu modo de estar no mundo poderá transformar, desejar e ousar a mudança, sair do conformismo, reverter a lógica que sustenta o imobilismo, isto é, comprometer-se, ser um ser da práxis.”

Quando nos referimos e falamos sobre saúde mental é indispensável que as pessoas e usuários sejam considerados em sua totalidade, para além do diagnóstico e isso se dá através da fala. É importante dar voz a estas pessoas e principalmente oferecer uma escuta qualificada sem julgamentos e conceitos pré-estabelecidos. A voz da sociedade é um dos meios que torna possível o exercício da cidadania e da democracia, mas elas precisam de espaço e lugar para expor suas demandas e contribuições diante de suas realidades.

Contudo, os pré-conceitos e estereótipos estabelecidos, principalmente no campo da saúde mental que são voltados aos diagnósticos, a sociedade que inclui todas as pessoas e coletividades sejam usuários, gestores ou profissionais precisam respeitar as singularidades de cada um e olhar para o outro em sua complexidade, sem rótulos e estigmas sociais. É a partir desse cuidado e da disponibilidade em estar presente para o encontro que se promove saúde e vida nos espaços e serviços de saúde, mas é necessário que cada um exerça sua capacidade de despir-se dos manicômios mentais que estão presentes em nossas ações, teorias, conceitos e práticas.

### CAPÍTULO 3

## A PANDEMIA, A SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: AFIRMAÇÃO DO BEM VIVER ENTRE MOVIMENTOS DO *TERRITÓRIO LÍQUIDO*<sup>5</sup>

### Introdução

A temática da saúde dos povos indígenas é uma questão que atravessa este livro e, também, as pesquisas que temos desenvolvido nos territórios amazônicos por meio do Laboratório de História, Políticas Públicas e Amazônia (LAHPSA). Diferentemente de outros autores, grupos e estudos acadêmicos, nossa ênfase são as práticas e os saberes tradicionais, assim como os estranhamentos que são produzidos nas aproximações com as práticas oficiais do sistema de saúde brasileiro. Ou seja, nos interessa sempre os ruídos epistêmicos que as aproximações produzem, possíveis de escutar quando há o cuidado do não silenciamento às práticas e culturas tradicionais, considerando a materialidade do que está em análise. Esse pressuposto parte do reconhecimento que as diferenças entre culturas e contextos não são adequadamente compreendidos com a contraposição dos saberes oficiais. Aliás, o naturalismo da biomedicina e a tradição totalitarista do pensamento acadêmico tendem ao silenciamento desses contextos. Ouvir os ruídos significa reconhecer que há diversidades e, com alguma frequência, que estão associadas a adversidades e à iniquidade, situações que precisam ser tornadas visíveis, denunciadas e suscitar a inserção na agenda das políticas públicas como demandas dos direitos das populações tradicionais. Há emergências epistêmicas e políticas muito fortes e evidentes, quando a aproximação analítica inclui o respeito à interculturalidade, que também significa esgarçar a cultura vigente e problematizar os colonialismos que nos atravessam. Essa é uma escolha metodológica e epistêmica que pretendemos que esteja muito visível neste capítulo.

Nesse capítulo, compartilhamos algumas análises dos efeitos da pandemia nos territórios indígenas, compreendendo a dimensão epistêmica desse encontro entre os

---

<sup>5</sup> Texto publicado: VASCONCELOS, Tatiane da Rosa; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; BARRETO, João Paulo; FERLA, Alcindo Antônio. A pandemia, a saúde das populações indígenas e o Programa Mais Médicos: afirmação do bem viver entre movimentos do *território líquido*. Em: SCHWEICKARDT, Júlio César; LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; FERLA, Alcindo Antônio (org.). **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. (Série Saúde & Amazônia, v. 16). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-91-5.



povos indígenas na Amazônia, as práticas oficiais de saúde, a evolução da pandemia de COVID-19 e a dimensão cultural da saúde. A produção de saúde nos povos indígenas está envolta em questões culturais e pragmáticas que diferem significativamente daquela que nos acompanha, desde a ciência eurocêntrica moderna ou a cultura urbana. As diferenças culturais incluem a compreensão da saúde como “bem viver”, onde os adoecimentos constituem-se em eventos da vida, mais do que uma condição ou estado (HEUFEMANN et al., 2020; SCHWEICKARDT et al., 2020). A cultura em saúde também é constituída por saberes e práticas tradicionais, com contornos mais vitalistas do que a biomedicina moderna, que se originam das acumulações produzidas ao longo da história, de caráter ancestral, e que estão associadas às formas de organização societária próprias de cada etnia.

A diversidade étnica, linguística, cosmológica, social e cultural do Brasil é reconhecida na literatura e nas políticas, mas esse reconhecimento não se traduz em diálogos produtivos com os diversos modos de conceber a saúde e de compreender o corpo, a origem e causa das doenças, o tratamento e a produção de saúde (SCHWEICKARDT, FREITAS e AHMADPOUR, 2020). Nos sistemas cultural e sanitário prevalentes, as diversidades são frequentemente ignoradas e até mesmo combatidas. As notícias de assassinatos de indígenas pipocam nos veículos de comunicação dos grandes centros, seja no trânsito dos indígenas nos territórios urbanos, seja nos territórios em que vivem, por conflitos com invasores (das terras indígenas para exploração de madeira, agricultura, pecuária ou mineração), doutrinação religiosa, exploração comercial, entre tantos colonialismos que seguem àquele original, dos europeus. Há aqui um ruído civilizatório muito forte. O extermínio da população indígena não é uma tendência inequívoca da história, é uma opção política e cultural fascista. Esse extermínio retira pessoas da convivência e busca apagar as diversidades e contribuições dos povos tradicionais. Assim como a negligência em relação à COVID-19.

Os trabalhadores dos sistemas oficiais de saúde e as missões humanitárias também compartilham com os povos indígenas, mesmo que com intenções mais nobres, microrganismos patogênicos que, pela capacidade imunológica prévia não ter sido sensibilizada anteriormente, têm efeitos mais graves na população indígena. O fato é que as “doenças de brancos” e a “saúde dos brancos” mantém relações de tensão, mais do que colaboração ou mesmo apoio humanitário com as populações tradicionais.

As políticas oficiais de saúde, que tem uma configuração biomédica predominante (LUZ, 2013), não respondem à multiplicidade de visões de mundo e da saúde, sendo que é um desafio aos trabalhadores das equipes locais, compreender e dialogar com essa diversidade na ação de atenção à saúde nos territórios indígenas ou com pessoas que compõem os povos tradicionais. O diálogo das políticas com o cotidiano desses territórios requer a problematização da naturalização biomédica e a totalização da teoria sobre as práticas, como nos alerta a produção da profa. Madel Luz. Esse diálogo é, portanto, também produtivo para deslocar os imaginários vigentes, colonizados pela biomedicina, quando inclui os saberes e práticas da medicina tradicional indígena, que compõem o *território líquido*, categoria analítica formulada no interior do LAHPSA para descrever o território vivo da Amazônia, mas também para acenar com o efeito de rizoma que a realidade amazônica pode ter no pensamento sobre a saúde (SCHWEICKARDT et al., 2020).

Essas considerações não reduzem a relevância e a importância das ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas para a população indígena. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002), ao mesmo tempo em que prospecta a abrangência do acesso aos serviços oficiais de saúde às populações indígenas, também propõe o diálogo com os saberes tradicionais e com a cultura como parte do propósito da própria Política. Reconhecer o direito das populações indígenas à saúde como essa dupla dimensão é um desafio significativo:

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002, p. 13).

Entre as iniciativas mais expressivas de ampliar o acesso dos povos indígenas ao SUS, conforme proposto na “Lei Arouca” (BRASIL, 1999), está o Programa Mais Médicos (PMM). O PMM assegurou o provimento de médicos em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sobretudo com médicos cooperados cubanos. Os estudos que compõem este livro detalham diferentes aspectos dos efeitos produzidos pelo Programa Mais Médicos no sistema de saúde da Amazônia. Neste ensaio, nossa aproximação empírica é com o registro da descontinuidade do Programa, em que o território amazônico é invadido pela pandemia, ao mesmo tempo que atravessado por

diferentes iniciativas oficiais (sim, classificamos os fluxos necropolíticos irradiados nas *lives* presidenciais e nos discursos ou omissões dos diferentes órgãos governamentais, que atingem mais expressivamente os povos indígenas, como iniciativas oficiais) que fragilizam a existência dos povos indígenas, da sua cultura e, também, das salvaguardas que fazem da natureza e das formas tradicionais do saber sobre a vida.

Este texto em formato de ensaio discute o efeito da pandemia de Covid-19 nas populações indígenas a partir dos dados publicados no “Relatório do Estudo: Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia”. Tal iniciativa foi produzida como estratégia para dar visibilidade aos povos indígenas e os modos como foram afetados pela pandemia, sendo visíveis diferentes etnias distribuídas ao longo da região amazônica. Trata-se, assim, de evidenciar as particularidades dos povos indígenas em relação a doença de COVID-19, a saúde mental e ao modo de produzir o cuidado em saúde.

O estudo CAP foi uma iniciativa para o levantamento de dados de contextos sobre o conhecimento, atitudes e prática relacionadas à saúde mental e suas implicações com a COVID-19. Foi uma iniciativa em parceria entre a Fiocruz, a Unicef e a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB). A principal estratégia utilizada para o estudo foi o envio de um link para os celulares dos jovens, mas devido o problema da conectividade, os apoiadores copiavam ou imprimiam o questionário para enviar às comunidades e depois passavam as respostas para o formulário eletrônico (Relatório CAP, 2021; EL KADRI et al., 2021).

### **Saúde dos povos indígenas da Amazônia**

A partir da Constituição Federal de 1988, passa a ser reconhecida a diversidade cultural como constitutiva do Estado Brasileiro, assim como o direito dos povos indígenas à suas crenças e tradições, terras, organização social, línguas e costumes (BRASIL, 1988).

Desde 2003, o Ministério da Cultura incorporou um conceito mais abrangente e epistemologicamente denso sobre culturas indígenas:

“um conceito de cultura que opera em três dimensões, a saber: simbólica, cidadã e econômica. Dizer que as culturas possuem uma dimensão simbólica implica compreendê-las como “sistemas de significados incorporados em símbolos que são expressos por meio das diversas línguas, valores, saberes e práticas. Toda ação

humana é socialmente construída por meio de símbolos que, entrelaçados, formam redes de significados que variam conforme os diferentes contextos sociais e históricos” (MINISTÉRIO DA CULTURA, 2012).

Os povos indígenas, desde os tempos da colonização, foram agentes da sociedade expostos mais fortemente a condições de vulnerabilidade imunológica, física e política. Sobretudo à invasão dos territórios ocupados, quebrando as relações que as culturas indígenas têm com o meio em que vivem, e substituindo-as por relações de exploração danosas ao ambiente, não apenas pela extração em larga escala dos recursos naturais, mas também pela utilização de produtos danosos à saúde do ambiente e das pessoas, assim como pela expansão vertiginosa da circulação de microorganismos patogênicos até então inexistentes nos territórios. Sem falar na violência física e simbólica, que atinge diretamente a vida das pessoas. Muitas calamidades de saúde pública ocorreram naquela época devido às doenças como o sarampo e varíola, que não pertenciam ao cotidiano dos territórios colonizados. A população indígena tem suas peculiaridades no que se refere aos aspectos socioculturais, epidemiológicos e ao direito à saúde de qualidade e particularizada (COIAB, 2020).

A Lei 14.021/2020 de 7 de julho de 2020, dispõe sobre as medidas de proteção social para a prevenção do contágio e da disseminação da COVID-19 nos territórios indígenas, altera o artigo 19-G da Lei 8.080/1990, indicando que:

“§ 1º- A. A rede do SUS deverá obrigatoriamente fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde. § 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” (BRASIL, 2020).

Atualmente, a COVID-19 é um exemplo de enfermidade que reflete uma ameaça ao modo de vida e a saúde dos povos indígenas. No manifesto “Nossa luta é pela vida” publicado em novembro de 2020 pelo Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena, destaca-se que mais de 41 mil indígenas foram contaminados pelo novo coronavírus, o que corresponde a pessoas com diversidade étnica de mais de 50% dos povos indígenas do Brasil. Fato que ocorreu devido à falta de protocolos, entre outros, e a política anti-indígena do governo Bolsonaro, que não protege esses povos e sim os expõe cada vez mais (APIB, 2020), conforme identificam os próprios indígenas. As iniciativas aqui apontadas descrevem ações propriamente ditas e omissões, entre as quais o tempo oportuno de informar e proteger as comunidades indígenas. Os dados analisados

apresentam um cenário que comprova o abandono das populações indígenas pelas políticas oficiais, sendo que a maior parte das iniciativas foi engendrada pelas suas organizações de representação.

O levantamento contou com a participação dos jovens indígenas da faixa etária entre 15 a 22 anos de idade residentes nas oito (8) áreas de atuação das seguintes Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira: 1) Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro (FOIRN); 2) Conselho Geral das Tribos Ticuna (CGTT); 3) Associação Yanomami do Rio Cauburis e Afluentes (AIRCA); 4) Conselho Indígena de Roraima (CIR), 5) Manxinerune Tsihi Pukte Hajene (MATPHA); 6) Federação dos Povos Indígenas do Pará (FEPIPA); 7) Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Amapá e Norte do Pará (APOIANP) e; 8) Federação das Organizações e Comunidades Indígenas do Médio Purus (FOCIMP).

A área do estudo abrange quatro estados da região amazônica: Amazonas (região do Alto Rio Solimões e o Alto Rio Negro), Yanomami (município de São Gabriel da Cachoeira) e Médio Purus), Roraima (Leste Roraima), Acre (região do Alto Rio Purus), Pará (Parque Indígena Tumucumaque e Paru D'Este; Guamá-Tocantins).

As etnias que correspondem à região do Alto Rio Solimões são Ticuna, Kokama, Kaixana, Witoto, Kambeba e Kanamari. Do Alto Rio Negro tem-se as etnias Tukano, Dessana, Tuyuca, Wanana, Bará, Kubeu, Barassana, Piratapuia, Tariana, Miriti-Tapuya, Arapasso, Karapanã, Makuna e Siriano; Baré, Baniwa, Werekena, Kuripaco; Hüpd'ah, Nãdeb, Yuhup'deh e Dow que correspondem respectivamente às famílias Tukano Oriental, Aruak e Maku. A Região do Médio Rio Purus abrange as etnias Apurinã, Paumari, Banawá, Jarawara, Hi-Merimã, Jamamadi, Suruwaha e Deni. Em Roraima encontram-se Macuxi, Wapixana, Taurepang, Ingaricó, Patamona, Yanomami, WaiWai, Maiongong e os Waimiri/Atroari. Na região do Alto Rio Purus fazem parte os grupos étnicos Apurinã, Jamamadi, Jaminawa, Kaxarari, Kaxinawá, Kulina e Manchineri, predominando os troncos linguísticos Pano, Aruak e Arawá. No Guamá-Tocantins há 41 etnias: Atikun, Assurini, Anambé, Amanayé, Apiaka, Arapium, Arara Vermelha, Borari, Cumaruara, Chiquitana, Gavião, Guajajara, Guarani, Hixkariana, Jaraqui, Krikati, Kayana, Kuruaiá, Katuena, Kaapor, Karajá, Kaingang, Kaxuyana, Kayapó, Munduruku, Parakanã, Suruí, Tapajó, Tembé, Timbira, Tiryó, Tunayana, Tupinambá, Wai Wai, Wapixana, Waiapi, Wayana, Xerente, Xeréw, Xikrin e Zoé. Já no Parque Indígena Tumucumaque e Paru D'Este identificam-se as etnias Ahpama, Ahpamano, Aipipa,

Akiyó, Akuriyó, Alakapai, Aparai, Apërën, Aramayana, Arimisana, Arahassana, Aramaso, Aturai, Inkarinyana, Kahyana, Kaiku, Kukuyana, Maraso, Mawayana (Arawak), Murumuruyó, Okomoyana, Opakyana, Osenepohnomo, Patakiyana, Piayanakoto, Pirëuyana, Pirixiyana, Piropi, Sakëta, Tarëpisana, Tunapeky, Tunayana, Txikiyana, Upuruiyana, Wajãpi do Cuc (Tupi), Wajãpi do Molokopote (Tupi), Waripi, Wayana, Werehpai e Wezamohkoto.

No seu conjunto, o levantamento inicial abrangeu uma parte da grande diversidade cultural, histórica, linguística, modos de vida, moradia e cosmologias do que temos aprendido a denominar de “povos indígenas”. No contexto do levantamento a que se referem os dados aqui analisados, houve a participação de 533 jovens indígenas, que responderam ao levantamento CAP, e que fazem parte de 42 etnias, em 8 regiões etnográficas, em 4 Estados, presentes em 41 municípios da Amazônia Brasileira. Essa abrangência nos convida a uma aproximação com os conhecimentos e práticas da medicina indígena.

### **A medicina indígena: o caso do Alto Rio Negro, Amazonas**

A medicina tradicional indígena é um tema que rende muita discussão, tanto no âmbito de luta do movimento indígena organizado, quanto entre a produção de literatura sobre o tema, constantemente revisados e/ou criados em situações dialógicas concretas, o que lhes confere caráter emergente pela própria condição dos povos indígenas no contexto atual (FERREIRA, 2013).

Considerando o caráter dialógico concreto entre o movimento indígena organizado e instituição de pesquisa, neste trabalho optou-se adotar o sentido da medicina tradicional indígena desenvolvida pelo pesquisador “nativo”<sup>6</sup>, com Dissertação defendida em 2013, e Tese de Doutorado defendida em 2021. O trabalho apresenta alguns elementos que oferecem suporte para uma reflexão sobre a noção de saúde e doença pelos povos indígenas.

A pesquisa do autor tem como recorte os povos do Alto Rio Negro, mas resultou no trabalho relevante no campo de entendimento de saúde e doença, como também para

---

<sup>6</sup>João Paulo Barreto é da etnia Tukano, fundador do Centro de Medicina Indígena - Bahserikowi. João Paulo é membro da equipe da pesquisa original e co-autor deste ensaio.

compreensão das práticas de produção de cuidado de saúde entre as multiplicidades de saberes, práticas e epistemológica dos povos indígenas.

De certo modo, o esforço do autor mostra um caminho possível de discussão e diálogo entre a medicina indígena e a biomedicina em vista de práticas integrativas diante do crescente desafio de cuidado de saúde às populações indígenas.

Barreto (2021), postula que o complexo sistema de conhecimento e práticas sociais dos povos indígenas do Alto Rio Negro está fundada em: “trindade” conceitual – como pensamento indígena; noção dos elementos constitutivos do *corpo* e os modos de produção de cuidado de saúde.

A postulação de “trindade” conceitual – como pensamento indígena, foi resultado de uma pesquisa feita entre o povo Yepamahsã (Tukano), publicado pelo autor (BARRETO, 2018). E a postulação sobre noção dos elementos constitutivos do *corpo* e os modos de produção de cuidado de saúde foi desenvolvida na Tese de Doutorado, defendida em fevereiro de 2021.

Segundo Barreto et al (2018), o complexo sistema de conhecimento do povo *Yepamahsã* (Tukano), um dos 23 povos indígenas que habitam no Alto Rio Negro, está fundada em três grandes conceitos, imbricadas entre si como uma “trindade”, que são: *Kihti ukuse*, *Bahsese* e *Bahsamori*.

*Kihti ukuse* (mitologias ou narrativas míticas) é o conjunto de narrativas míticas que são o resultado das tramas sociais vivenciadas pelos demiurgos, responsáveis pela origem e pela organização do mundo, da humanidade, dos seres, das coisas, das técnicas, das paisagens. No *kihti ukuse* encontramos também as lições, as regras, as obrigações, a origem das doenças e dos *bahsese*, as etiquetas e comportamentos exigidos nas relações entre os humanos e destes com os não-humanos, especialmente com os *waimahsã*.

*Bahsese* (benzimentos) são fórmulas de “benzimentos” usadas pelos especialistas indígenas, mais conhecidos como pajés, curandeiros(as), xamãs para abrandar a dor ou curar as doenças. Ou seja, é o poder e habilidade dos especialistas em evocar substâncias curativas (amargura, travosas, doçura, acidez, frieza) contidas nos vegetais, minerais e elementos protetivos do corpo. E pôr em ação as qualidades para produzir efeito de abrandamento da dor ou curar a doença. É uma manipulação “metaquímica” de produção de remédio e manipulação “metafísica” de elementos protetivos. Em outros termos, são

fórmulas “metaquímicas” e “metafísicas” de produção de medicamentos e de proteção coletiva ou da pessoa pelo poder das palavras pelos especialistas.

*Bahsamori* (rituais) é o conjunto de práticas sociais relacionadas à formação de novos especialistas, as festas tradicionais, as músicas, as danças, a coreografia, a pintura corporal, os instrumentos musicais, a prevenção e mitigação de surtos de doenças, dentre outros. As práticas sociais estão organizadas ao longo do ciclo anual de acordo com um complexo calendário astronômico, inscrito e estruturado pela passagem das constelações, que orienta também as atividades anuais e cotidianas da roça, a construção das armadilhas de pesca, de caça, de coleta e várias outras atividades ligadas as experiências da vida cotidiana.

Expandindo essa visão, observa-se que de uma forma geral, todos os povos indígenas têm esse sistema de conhecimento. Ou seja, é notável que todos os povos indígenas têm explicações sobre origem das coisas (do mundo, dos seres humanos, dos seres que povoam nos outros domínios, dos animais, dos vegetais, das doenças), que doravante são conhecidas como mitologias, fábulas, lendas. Tem suas práticas de produção de cuidado de saúde baseados nos benzimentos e uso de plantas medicinais. Todos os povos indígenas têm suas práticas sociais que são amparadas nas suas cosmologias e cosmogonias.

Outro ponto importante que o autor traz como contribuição é a noção dos elementos constitutivos do corpo. Segundo Barreto (2021), os especialistas indígenas do Alto Rio Negro, dentre os 23 povos, consideram que o corpo é constituído de elementos *boreyuse kahtiro* (“luz/vida”), *yuku kahtiro* (“floresta/vida”), *dita kahtiro* (“terra/vida”), *ahko kahtiro* (“água/vida”), *waikurã kahtiro* (“animais/vida”), *ome kahtiro* (“ar/vida”) e *mahsã kahtiro* (“humano/vida”). Dessa maneira, o corpo é micro cosmo, na medida em que é síntese de todos os elementos que constituem o cosmo.

A noção dos elementos etéreos ou imaterias que gravitam no corpo, de acordo com Barreto (2021), é importantíssima para os especialistas, na medida em que a partir da noção dos elementos que constituem o corpo é que os especialistas indígenas promovem as práticas de cuidado de saúde, evocando as substâncias curativas e elementos protetivos para o cuidado coletivos e das pessoas.

As manifestações de “desequilíbrio” do corpo é entendido como consequência do desequilíbrio dos elementos. Manter a equalização e o equilíbrio dos elementos para evitar



o “metabolismo” submetendo aos *bahsese*, ou uso de planta medicinal é garantia de qualidade de vida. Dentre os elementos constitutivos do corpo, o autor destaca o *mahsã kahtiro* (humano/vida), uma dimensão “metafísica” que está diretamente relacionado ao *nome* da pessoa, equivalente à dimensão psicossomático. O *nome* conecta a pessoa às outras dimensões, para além dos elementos constitutivos do corpo. Conecta a pessoa à dimensão cosmológica, à organização social, à família, ao território, ao trabalho, aos artefatos de trabalho, de caça e pesca, à casa. Segundo Barreto, a “desconexão” ou desorganização de qualquer uma dessa dimensão pode causar o desequilíbrio psicoespiritual da pessoa. Os fatos que podem provocar a desconexão e desorganização no estado da pessoa são os seguintes: o estado de abatimento pós doença, a ausência de nome “nativo”, o desvinculamento do território, luto pela morte de ente querido, acidente, saúde, entre outros fatores. Nessas condições, somente o especialista será capaz de reorganizar e reconectar a pessoa via utilização de uma fórmula específica de *bahsese*, no qual vai resultar no equilíbrio psicoespiritual da pessoa. Outros fatores que importunam a pessoa são os ataques dos seres *waimahsã* (humanos que habitam no domínio aéreo, terra/floresta e aquático), dos animais, dos alimentos, dos fenômenos naturais, relações interpessoais. Dessa maneira, as explicações dos povos indígenas sobre saúde e doença, nem sempre se limitam a fenômenos de doença, mas abarcam outros tipos de infortúnios. Ou seja, é mais amplo do que o entendimento restrito ao biológico.

Dado esse breve contexto, vê-se que na concepção dos povos indígenas, o corpo é mais que uma síntese dos elementos, é uma agência que conta com uma dimensão constitutiva e ontológica. A melhor maneira de cuidar da saúde coletiva e das pessoas do ponto de vista dos especialistas indígenas é a prevenção realizada via *bahsese* e uso de plantas medicinais.

As práticas de cuidado de saúde dos povos, fundamentalmente são: *bahsese* (benzimentos) e plantas medicinais. *Bahsese* (benzimentos) como arte de cura, é utilizado há milênios pelos povos indígenas. Segundo Barreto (2021), existem fórmulas de *bahsese* para prevenção (*wetidarese*), fórmulas de *bahsese* para proteção (*bahse kamotase*), fórmula de *bahsese* para abrandamento e tratamentos de doenças (*doatisee duhtise bahsese*).

Os povos indígenas do Alto Rio Negro usam as ervas e plantas medicinais desde sempre. Tem pleno domínio de vários tipos de ervas e plantas curativas para diversos tipos de doenças. Tem-se ervas e plantas para prevenção, ervas e plantas para tratamentos

de doenças, ervas e plantas para conquistar pessoa desejada e outras finalidades. A Floresta guarda todos os tipos de remédios.

Ao longo de contato histórico, pela imposição cultural, todas as instituições indígenas (organização social, formação tradicional, práticas de cuidados de saúde) foram desestruturadas, conseqüentemente, causou grandes transtornos psicoespirituais coletivos e das pessoas indígenas.

Os jovens são a parcela da população indígena que mais sofreu com a desestruturação das instituições indígenas. Essa parcela está “situada” no tempo de transição entre “ser indígena” e “não ser indígena”. Isto é, deixar de praticar o cuidado de saúde pelas práticas tradicionais, substituindo pela “cosmologia” ocidental, pelas crenças religiosas, pelas teorias ocidentais de cuidado a saúde. O seu rompimento da condição indígena e o fato de tentar negar suas concepções e convicções afeta diretamente no equilíbrio psicoespiritual dos jovens. Causa a desestabilidade emocional e crise de identidade, que se manifesta em séries fatores de desequilíbrio da pessoa.

As concepções sobre a saúde e o cuidado da medicina tradicional indígena que escolhemos sumarizar aqui não esgotam o universo epistêmico e o conjunto de saberes ancestrais que são mobilizados para a produção do bem viver. Apenas o fizemos para ilustrar a abrangência do diálogo necessário para cumprir a lei em relação aos direitos das populações indígenas, sobretudo em relação às práticas no subsistema de saúde indígena. Entretanto, o que os dados que descreveremos nos mostram é que, no enfrentamento à pandemia, o diálogo foi escasso e as iniciativas predominantes foram mobilizadas pelos próprios indígenas, uma vez que a interrupção da cooperação cubana no Programa Mais Médicos descontinuou também a presença de profissionais e equipes multiprofissionais nos territórios indígenas. A descontinuidade do Programa não desativou as demais ações do subsistema, mas a soma de iniciativas de negligência com essas populações, da qual a presença de médicos cubanos foi o aspecto mais visível, é condição explicativa fundamental para compreender os dados apresentados abaixo.

### **Interfaces da COVID-19 e a saúde mental na produção do cuidado às populações indígenas**

Conforme já foi registrado, os dados que serão analisados aqui são oriundos do levantamento que embasou o Relatório CAP (2021), que contou com um questionário de

perguntas, cujas respostas foram mobilizadas pelas entidades de representação dos povos indígenas e das aldeias. Foram selecionados dois eixos/temas para serem abordados: conhecimento sobre saúde mental e o enfrentamento à pandemia nas comunidades indígenas. Em relação ao conhecimento sobre saúde mental, foram feitas três perguntas: Quando fala de saúde mental o que lhe vem à mente? Caso tenha procurado ajuda relacionado a sua saúde mental, você se importa em me dizer o motivo? Sob seu ponto de vista, o que é necessário para melhorar o bem viver dos jovens da comunidade?

Na primeira pergunta as palavras e a frequência dos participantes que deram alguma resposta sobre o seu conhecimento em relação à saúde mental apontam para os seguintes significados: “doença” (48) e “doente” (7), “problema” (47), problema “da cabeça” (35) e do “cérebro” (6), “doido da cabeça” (7). Alguns apontaram como consequência a “depressão” (27), a “tristeza” (5), “ansiedade” (11). Destaca-se que somente uma pessoa falou em “loucura” e duas em “deficiência mental”. A doença e os problemas estão associados principalmente quando a questão é buscar apoio.

A saúde também foi uma temática forte nas respostas, procurando ver que a saúde mental está relacionada à uma condição de “bem-estar” (27), associada com as dimensões psicológicas, sociais, mentais e físicas. O comportamento, o bom entendimento e bom estado mental contribuem para o bem-estar. A questão emocional foi muito citada, sendo que a palavra “emoções” (31), “emocional” (10) e “sentimental” (6) aparecem como uma condição positiva, algo que precisa ser “controlado” e saber “lidar”. A palavra “mente” (71) aparece com força para designar a questão da “saúde”, “tratamento”, “sadia”, “boa”, mas mente também pode ser “problema” e “confusa”.

A noção de “pessoa” (197) e “ser humano” (8) estão próximas da ideia de “cuidado” (18), quando a “convivência” (3) em “comunidade” (6) são importantes para um bem-estar amplo. O cuidado “psicológico” (34) aparece para dimensionar o cuidado, mas também é identificado como um problema ou um estado. Por fim, a “qualidade de vida” (6) e a própria “vida” (28) são importantes para o convívio “saudável” (8) com o lugar.

A pergunta seguinte “Caso tenha procurado ajuda relacionado a sua saúde mental, você se importa em me dizer o motivo?”, buscou entender algumas atitudes dos jovens ao se sentirem numa condição de saúde. Alguns optaram em não falar, pois “importava” para o outro que poderia ter acesso à resposta, lembrando que algumas entrevistas foram feitas em papel e depois passada no aplicativo. As palavras de maior frequência como

resposta foram: “procurei” e “precisei”, podendo vir acompanhadas de “não precisei”, enquanto que “procurei” aparece de modo afirmativo. Também aparecem em destaque as palavras “nunca” e “nenhum”, demonstrando que uma parcela de jovens não precisou procurar algum tipo de serviço ou cuidado específico de saúde mental. As palavras “psicólogo”, “médico”, “profissional”, “pajé” configuram o tipo de especialista que procurou. Percebe-se que “família” e “comunidade” também aparecem como instituições de apoio. Um conjunto de respostas trouxe questões associadas com situações relacionadas com a depressão e ansiedade. Além disso, apesar de serem somente três respostas, as causas associadas à pandemia de COVID-19 aparecem nessa questão.

As respostas para a pergunta que solicitava dos participantes sua opinião sobre a necessidade de melhorar o “bem viver” dos jovens na comunidade era aberta e permitia a escrita de palavras e texto. A palavra “jovens” e “comunidade” que mais se destacam, reproduzindo as palavras da pergunta. Em seguida, as palavras “viver” e “vida” aparecem em destaque, depois “esportes”, “palestras”, “projetos”, demonstrando que são sugestões fortes para a vida em comunidade. Já as palavras “bebidas” e “drogas” também aparecem destacadas como questões que foram identificadas enquanto uma sugestão do que precisa ser combatido, controlado e evitado para o bem viver em comunidade.

Em relação ao enfrentamento à pandemia nas comunidades indígenas, foram realizadas perguntas sobre o contágio próprio e de outros entes da comunidade no intuito de analisar o grau de disseminação da COVID-19 entre as populações indígenas. Relatam ter contraído a doença 36,96% dos entrevistados, 41,46% afirmam que não foram infectados pelo novo coronavírus e 21,57% não souberam identificar se foram contaminados, a partir da pergunta “Contraíu COVID-19?”.

Sobre a questão da disseminação da COVID-19 entre parentes, 68,1% afirmaram que pelo menos um familiar contraíu o vírus, enquanto 24% não tiveram parentes contaminados e 7,87% não sabem se houve casos da doença na família. As respostas para a pergunta “Alguém da família precisou ser internado?” mostram que 78,79% disseram que não tiveram familiares internados por COVID-19 e 21,2% dos familiares precisaram de internação.

Quanto ao grau de utilização de redes de apoio psicológico por parte dos jovens e seus familiares durante o tratamento de COVID-19, a maioria afirma que não recorreu ao apoio no campo da saúde mental como alternativa para enfrentar a doença,

correspondendo a 82,73% e, do total de 533 entrevistados, 17,26% responderam que foi necessário algum tipo de assistência psicológica.

Nesse sentido, a Fiocruz (2020) considera que alguns comportamentos e estados são esperados durante uma pandemia, como por exemplo estresse, preocupação, confusão, alerta e sensação de falta de controle diante das incertezas do momento. Caso não seja realizada nenhuma intervenção de cuidado específico frente aos sintomas e reações manifestados, considera-se que entre um terço e metade da população exposta a uma epidemia venha a sofrer algum sinal psicopatológico.

A pergunta que se refere à adoção de estratégias adotadas pelas comunidades no enfrentamento à pandemia, a maioria dos participantes, 86,7% afirmaram que existiram estratégias no enfrentamento de ação contra a COVID-19 em suas comunidades, como por exemplo, uso de álcool em gel, isolamento, restrição de viagem e remédio caseiro. Esses resultados demonstram que as comunidades em questão têm adotado em sua grande maioria a combinação de duas ou mais medidas de proteção no combate ao coronavírus, ressaltando que se trata de ações recomendadas pelos principais órgãos de saúde envolvidos no enfrentamento da pandemia.

Na pergunta "Como a informação do COVID-19 chegou na Comunidade/aldeia?" destaca-se o meio televisivo como um dos principais, correspondendo a 60,2% das respostas; a comunicação com outras pessoas por meio de conversas na comunidade representou 38,7% e 31,3% se utilizaram das informações propagadas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). As mídias sociais foram a fonte de informações em 23,1% das respostas e outras fontes em 10,1%. Assim, a utilização da informação independentes da internet constitui importante e significativo meio para essas localidades, devendo ser levadas em consideração quando se pensa em estratégias de enfrentamento da COVID-19 em áreas indígenas e remotas. Sobretudo, a qualidade das informações recebidas e que embasam decisões e comportamentos individuais e coletivos.

As respostas dos jovens que afirmaram ter utilizado práticas tradicionais para o enfrentamento da COVID-19 em seus contextos, correspondem a um total de 286 (53,2%) que responderam terem utilizado alguma prática tradicional. Em relação às práticas tradicionais realizadas, a liderança foi dos remédios caseiros (38,0%), Chás (23,7%), Benzimento e reza (16,5%), e a utilização de plantas medicinais (5,7%) e cantos, danças e rituais (3,9%) como medidas tradicionais de enfrentamento da COVID-19.

Os sistemas tradicionais indígenas, segundo a Política de Saúde Indígena (BRASIL, 2002):

São baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Quanto aos locais onde ocorreram as práticas tradicionais entre os jovens indígenas que buscaram esse método para o enfrentamento da COVID-19 entre os participantes do estudo ou entre outros usuários da comunidade, destaca-se a casa como o principal local em que são realizadas essas práticas (28,0%). Porém a combinação de dois lugares ou mais foi o que liderou a pesquisa realizada (36,6%). Outro contraponto, foi o expressivo total de participantes que selecionaram a opção “não houve” (21,8%) em relação a realização das práticas tradicionais no enfrentamento à COVID-19.

Essas discussões da pandemia de COVID-19 e saúde mental da população indígena buscam contribuir para o conhecimento e visibilidade das comunidades nesse contexto, que na maior parte das vezes tem suas vidas negligenciadas pelo atual governo.

### **Considerações Finais**

Os dados sistematizados acima são decorrentes do estudo do Relatório CAP produzido em março de 2021. Foi possível perceber a variabilidade de etnias e territórios, por meio das descrições e representações, e as particularidades dos povos indígenas em relação a doença de COVID-19, a saúde mental e ao modo de produzir o cuidado em saúde. Além disso, o ensaio permitiu compreender como é o entendimento dessa população sobre a saúde mental, as estratégias e práticas tradicionais que foram adotadas pelas comunidades no enfrentamento à pandemia.

O cenário de enfrentamento à pandemia de COVID-19 acentuou ainda mais as dificuldades que os povos indígenas vinham enfrentando em suas comunidades, principalmente os grupos isolados que são mais vulneráveis a estes impactos. Uma particularidade dos povos indígenas que chama a atenção é seu modo de organização enquanto comunidade, no sentido de mobilização e desenvolvimentos de suas próprias estratégias para lidar com adversidades, nesse caso em específico, o Coronavírus.

Ao encontro disso, Vasconcelos e Ferla salientam que “as relações da liberdade com a saúde ficam explicitadas não apenas pela ideia de que não pode haver cuidado sem liberdade, mas que há situações em que as restrições às liberdades individuais, feitas de forma coletiva, são expressão da produção da saúde” (VASCONCELOS e FERLA, 2021).

Destaca-se que o respeito sobre a cultura dos povos indígenas é a base para a produção de cuidado e saúde, para a construção de ações que fortaleçam e deem visibilidade às suas especificidades quanto a organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território.

Em relação ao enfrentamento da pandemia de COVID-19, a dificuldade de acesso às ações e serviços específicos do sistema oficial de saúde é visível no estudo. Pesquisa anterior (SCHWEICKARDT et al., 2020b) já havia demonstrado a relevância da cooperação cubana no Programa Mais Médicos para a extensão da cobertura assistencial e a qualidade da atenção ofertada no subsistema de saúde indígena. A maior parte dos postos de trabalho médico, que tiveram ocupação inédita durante a fase inicial do Programa, foi preenchida por médicos cooperados cubanos, uma vez que não haviam sido procuradas por médicos brasileiros. A descontinuidade do Programa está, portanto, na base explicativa para a abrangência e a magnitude dos efeitos da pandemia.

## A ÁRVORE QUE DÁ FRUTOS E FOLHAS

O cuidado e a participação em saúde envolvem um processo de subjetivação e, ao mesmo tempo em que produzem padrões e platôs de intensidade, também reconfiguram os próprios modos de cuidar e de participar. Por isso que a pesquisa se deixou atravessar pela pandemia de COVID-19 e pela crise civilizatória que ela explicitou, assim como colheu oportunidades que foram se apresentando para compreender, de forma multidimensional, a potência do cuidado em liberdade e da participação social em saúde. Não compunham o plano inicial da pesquisa, mas compuseram o campo vivencial do mestrado e, ao mesmo tempo, foram constitutivas do sistema de saúde e dos modos de participação social no período em que o mestrado se desenvolveu. O campo empírico foi produzido, ao longo do caminhar da pesquisa e da formação em saúde coletiva no âmbito do mestrado, por meio de diferentes contatos com situações emergentes e que se ofereceram ao exercício epistêmico de refletir sobre a potência da participação no sistema de saúde, ou seja, nas suas políticas, no ordenamento institucional e na configuração das práticas de atenção nos territórios.

As aproximações empíricas realizadas com essa pesquisa permitiram compreender as ramificações que o cuidado em liberdade produz ao (re)pensar a participação social em saúde e os diferentes modos culturais das coletividades enquanto potência instituinte. Os capítulos que trouxeram os estudos sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde em “Políticas de saúde mental e produção de vida das pessoas: Interfaces deliberadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, do Conselho Nacional de Saúde (“Conselho Nacional de Saúde na Pandemia de COVID-19: Participação no contexto instituinte e produção de saúde no cotidiano do cuidado”) e das populações indígenas (“A Pandemia, a saúde das populações indígenas e o Programa Mais Médicos: Afirmação do bem viver entre movimentos do *território líquido*”) falam de um cuidado em liberdade que ultrapassa os muros e as instituições de saúde, isto é, falam das ramificações que foram se constituindo nessa pesquisa para ilustrar que a saúde se faz de diferentes jeitos, diferentes pessoas, lugares e culturas, e de forma dialógica, como aprendizagem recíproca.

Ao propor a analogia da figura da árvore, antes que ela possa crescer, criar raízes e ramificações e dar frutos, é preciso plantar uma semente. A semente do cuidado em liberdade está nas nossas ações, na busca por conhecimentos que nos ensinem a



(des)aprender padrões e estigmas, na valorização das vidas das pessoas e coletividades e sobretudo no respeito à diversidade cultural. Uma das expressões da cultura popular utilizada na saúde é uma cantiga que diz que cuidar de si e cuidar do outro se entrecruzam, que a produção de saúde é encontro e descoberta. Na raiz principal está o modo como olhamos e *reparamos* no outro, que remete à um olhar atento ao que é subjetivo e, portanto, deve ser acolhedor e curioso, no sentido de querer conhecer quem chega, suas dores, angústias e sofrimentos.

As ramificações (Figura 2) trazidas aqui referem-se à saúde como direito de todos, no encontro à “outras saúdes” e a liberdade em fazer parte de uma cultura com base no seu modo particular de viver, através da integralidade enquanto um dos princípios do SUS, a políticas públicas que respeitem o outro e as coletividades e na confiança em um estado sem negacionismos. É a partir dessa estrutura que uma árvore é capaz de crescer e dar frutos, assim como o cuidado em liberdade é capaz de *curar* e a vida de ser vivida. Mas, sobretudo, a semente cresce e se consolida no território onde foi plantada. O “crescimento” aqui é metáfora ao desenvolvimento da saúde e dos diferentes trabalhos, ou seja, é aprendizagem. Aprendizagem significativa pela reflexão sistemática do próprio fazer e das conexões com o seu entorno: o fazer da participação, o fazer da atenção, o fazer da pesquisa, o fazer do ensino, o fazer da interação com o sistema de saúde e com as diferentes culturas que compõem comuns no território.



Figura 2. Fonte: Produção própria da pesquisadora.

Destaca-se, a relevância acadêmica deste trabalho para a continuidade de estudos sobre a temática do SUS e da saúde mental, além do fortalecimento de políticas públicas relacionadas a todo o processo que envolve a participação e o cuidado, com o intuito de promover discussões e debates acerca deste tema tanto para os profissionais da área da saúde como para o campo acadêmico. É através dos lugares de fala e possibilidades de ocupar espaços de participação que é possível fazer a diferença no acesso, garantia e fortalecimento da saúde mental no SUS e na sociedade enquanto um dispositivo de resistência e persistência aos modos de produzir vida.

Como limites, o fato de que, como pesquisa social e de abordagem qualitativa, não é generalizável sem um processamento prévio. Por isso, vale como conversação, como produção de diálogo e como compartilhamento de um percurso que foi trilhado, com pitadas de aventura, desejo e compromisso com o SUS e com as vidas.

## REFERÊNCIAS

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

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciênc. saúde coletiva [online] 2018, vol.23, n.6. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018> > Acesso em: 15 de julho de 2020.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL (APIB). **Relatório Nossa Luta é Pela Vida**. Covid-19 e Povos indígenas O enfrentamento das violências durante a pandemia. Janeiro, 2021. Disponível em: [https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB\\_nossalutaepelavida\\_v7PT.pdf](https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf)

BARRETO, F.I. A saúde mental no Distrito Sanitário Indígena Médio Purus. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Natal/RN, v.2, n.1, p.49, janeiro/março2019. Disponível em: [http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2019/09/Barreto\\_Saude\\_Mental\\_Indigenas\\_Rio\\_Purus\\_Santa\\_Cruz\\_Su1\\_2019.pdf](http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2019/09/Barreto_Saude_Mental_Indigenas_Rio_Purus_Santa_Cruz_Su1_2019.pdf). Acesso em 17 fevereiro.

BARRETO, J.P.L. et al. **OMERÕ: constituição e circulação de conhecimentos Yepamahsã (Tukano)**. Universidade Federal do Amazonas. Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena (NEAI), Manaus: EDUA, 2018.

BENEVIDES, M.V.de M. Cidadania e democracia. **Lua Nova**, São Paulo, n. 33, p. 5-16, Aug. 1994. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451994000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451994000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 de fevereiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451994000200002>.

BISPO JUNIOR, J.P.; MORAIS, M.B. Democracia e Saúde: reflexões e desafios frente à 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 16, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102020000100601&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100601&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 03 de agosto de 2020.

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**; 17-21 mar 1986; Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf) > Acesso em: 15 de julho de 2020.

BRASIL. **Lei Nº 9.716, de 07 de agosto de 1992**. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Brasília. Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <[http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid\\_Tipo=TEXT0&Hid\\_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid\\_IDNorma=15281](http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281) >

BRASIL. **Lei nº 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm) > Acesso em: 15 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **16ª Conferência Nacional de Saúde: Democracia e Saúde.** Documento Orientador de apoio aos debates. Brasília/ DF, 2019. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/16cns/> > Acesso em: 15 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde.** Conselho Nacional de Saúde. 2ª ed. Brasília (DF); 2006. Disponível em: < <https://central3.to.gov.br/arquivo/314158/> > Acesso em: 10 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf) > Acesso em: 10 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf) > Acesso em: 15 de julho de 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) > Acesso em: 11 de agosto de 2020.

BRASIL. **Lei Federal nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm)

BRASIL. **Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020.** Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. Brasília, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/l14021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l14021.htm)

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988**. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. Arts 196-200. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) >

BRASIL. Ministério da Cultura. Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural - 2010. Secretaria da Cidadania e da Diversidade Cultural - 2012. **Plano Setorial para as Culturas Indígenas/ MinC/ SCC** - Brasília, 2012. 146 p. ISBN 978-85-60618-09-5.

CARVALHO, L.B.; BOSI, M.L.M.; FREIRE, J.C. A prática do psicólogo em saúde coletiva: um estudo no município de Fortaleza (CE), Brasil. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 60-73, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 5 de dezembro de 2020.

COORDENAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA BRASILEIRA - COIAB. **Plano de Ação Emergencial de Combate ao Avanço do Coronavírus e de Tratamento Entre os Povos Indígenas da Amazônia Brasileira**. JULHO, 2020. Disponível em: [https://s3.amazonaws.com/appforest\\_uf/f1594744110554x944892668484964400/plano%20de%20acao3.pdf](https://s3.amazonaws.com/appforest_uf/f1594744110554x944892668484964400/plano%20de%20acao3.pdf)

CÔRTEZ, S.M.V., org. **Participação e saúde no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 208 p. ISBN 978-85-7541-346-3. Disponível em: <http://books.scielo.org> > Acesso em: 03 de agosto de 2020.

CÔRTEZ, S. M. V. As origens da ideia de participação na área da saúde. **Saúde em debate**, n. 51, p. 30-37, 1996.

CÔRTEZ, S. M. V. Fóruns participatórios na área da saúde: teorias do Estado, participantes e modalidades de participação. **Saúde em debate**, n. 49/50, p. 73-79, 1996.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.R.E. **Sistema Único de Saúde - SUS: princípios**. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM, organizadores. Cadernos de saúde I. Planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 1998.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, Dec. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 5 de dezembro de 2020.

EL KADRI, M.R. (org.) et al. **Bem Viver: Saúde Mental Indígena**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. (Série Saúde & Amazônia, v.12) E-book (5,5 Mb; PDF). ISBN 978-65-87180-40-3. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/bem-viver-saude-mental-indigena/>

EMERICH, B.F.; ONOCKO-CAMPOS, R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e170521, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100212&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100212&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 02 de agosto de 2020.

FERLA, A.A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no Ensino da Saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educ. Saúde**, v. 5, n. 2, p. 81-94, ago./dez. 2021.

FERLA, A.A. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2004, v. 14, n. 1 [Acessado 10 Janeiro 2022], pp. 85-108. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100006>>. Epub 25 Jun 2004. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100006>.

FERLA, A.A. et al. **A Saúde Coletiva em tempos de pandemia: conhecimentos e tecnologias em rede para o trabalho em saúde**. São Leopoldo: Oikos, 2021.

FERLA, A.A, MARTINO, A., MERHY, E.L., BAPTISTA, G.C., *et.al.* Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**; 6(Supl.2):1-6; 2020. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>

FERREIRA, L.O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, jan./mar. 2013.

FIOCRUZ. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19** / organizado por Débora da Silva Noal, Maria Fabiana Damasio Passos e Carlos Machado de Freitas. - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 342 p. 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)>

FOUCAULT, M. **História da Loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.  
FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 2012. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>

HEUFEMANN, N.E.C.; FERLA, A.A.; LIMA, K.M.da S.; MARTINS, F.M.; LEMOS, S.M. (org.). **Saúde indígena: educação, gestão e trabalho**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Saúde & Amazônia, v.10). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-14-4. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-indigena-educacao-gestao-e-trabalho/>

LUZ, M.T. **Instituições médicas no Brasil**. 2ª Edição. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2013. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/instituicoes-medicas-no-brasil-2/>

MACHADO, F. V.; BAPTISTA, G. C.; ALENCAR, H. H. R. **Os Espaços de Controle Social como possibilidade de formação e o papel estratégico da Educação**

**Permanente.** In: Gabriel Calazans Baptista; Heloisa H. R. de Alencar; Loreni Lucas; Marisa Martins Altamirano. (Org.). Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: 25 anos de lutas e realizações no exercício do controle social no SUS. 1ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, v. 1, p. 28-37, 2018.

MACHADO, F.V. et al. Governança participativa e a expansão do conceito de saúde na experiência do community lab na Itália. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 20, n. 49, p. 735-750, dez. 2020. Disponível em < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2020000300020&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000300020&lng=pt&nrm=iso) >. Acessos em 10 jan. 2022.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo (SP): Hucitec; 1999.

MENDES, M.F. de M. **Castellers e mandalas da saúde mental: Cartografia da participação em primeira pessoa nas políticas de cuidado.** Tese de doutorado - Universidad Rovira i Virgili/ Universidade Federal do Pará. Porto Alegre, 2021. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/10803/672966> >

MENDES, R.; FERNANDEZ, J.C.A. e SACARDO, D.P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde Soc.** Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 190-203, Jan-Mar 2016.

MENEGHEL, S.N. Histórias de Vida - notas e reflexões de pesquisa. **Athenea Digital** - núm. 12: 115-129 - ARTÍCULOS- ISSN: 1578-8946. 2007. Disponível em: < <https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/250974> > Acesso em: 5 de dezembro de 2020.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ. 2009.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª edição, São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento.** 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?format=pdf&lang=pt> >

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MIRANDA, A. S. de. **O SUS se tornou convenientemente útil para o mercado especializado em doenças.** Outra saúde. 17 set 2019.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis, Vozes, 2007.

OLIVEIRA, G.C. de.; VALENÇA, A.M. Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: Uma revisão científica sobre o tema. **Saúde Soc.** São Paulo, v.29, n.4, e190681, 2020.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha informativa - COVID-19** [Internet]. Brasília: OPAS; 2021. Disponível em: < [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875) >

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. Washington, D.C: OPAS, 2008.

PELBART, P.P. **Manicômio Mental: a outra face da clausura**. In: LANCETTI, A. *SaúdeLoucura 2*. São Paulo: Hucitec, 1990.

RELATÓRIO CAP. **Relatório do Estudo: Comportamento, Atitudes e Práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia**. Manaus. Março de 2021.

REVERBEL, C.M.F. Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 4-11, 1996. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931996000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931996000100002&lng=en&nrm=iso) > Acesso em: 02 de agosto de 2020.

SANTOS, F.F. dos, FERLA, A.A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface** 21 (63), Oct-Dec 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0270>

SCHWEICKARDT, J.C., FERLA, A.A., LIMA, R.T.S., AMORIM, J.S.C. (2020b). O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2020;44:e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.24>

SCHWEICKARDT, J.C.; FREITAS, J.M.B.de; AHMADPOUR, B. A Saúde indígena no contexto da interculturalidade no cotidiano do trabalho. Em: Schweickardt, Júlio Cesar (org.); Silva, Joana Maria Borges de Freitas (org.); Ahmadpour, Bahiyyeh (org.). **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Saúde & Amazônia, v.9). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-10-6. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-indigena-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural/>

SILVA, F.B; JACCOUD, L; BEGHIN, N. **Políticas Sociais no Brasil: Participação Social, Conselhos e Parcerias**. In Jaccoud L. (Org.) *Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/> > Acesso em: 15 de julho de 2020.



SILVA, K.L.; SENA, R.R.; BELGA, S.M.M.F.; SILVA, P.M.; RODRIGUES, A.T. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Rev Saúde Pública.**;48(1):76-85, 2014.

SILVA, L.R.C. da. et al. **Pesquisa Documental: Alternativa Investigativa na Formação Docente.** IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. III Encontro Sul-Brasileiro de Psicopedagogia. PUC/PR, 2009.

SOUSA, A.M.da C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, Dec. 2014. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200008> > Acesso em: 10 de agosto de 2020.

STEDILE, N.L.R. et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2957-2971, Oct. 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001002957&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002957&lng=en&nrm=iso) > Acesso em: 7 de fevereiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.15142014>.

VASCONCELOS, T.da R.; FERLA, A.A. **A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano.** São Leopoldo: Oikos, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice.** Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Genebra: WHO, 2005. Disponível em: < [www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf) >