

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Vitória Noronha Tusi

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE MENTAL:
UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

Santa Maria, RS
2022

Vitória Noronha Tusi

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE MENTAL:
UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de Psicóloga.

Orientadora: Prof.^a Dra.^a Taís Fim Alberti

Santa Maria, RS
2022

Vitória Noronha Tusi

**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE MENTAL:
UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de Psicóloga.

Aprovado em: __/__/____

**Taís Fim Alberti, Dr^a (UFRGS)
(Professora Orientadora)**

Dorian Monica Arpini, Dr^a (PUC-SP)

Lirene Finkler, Dr^a (UFRGS)

Santa Maria, RS
2022

RESUMO

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

AUTORA: Vitória Noronha Tusi
ORIENTADORA: Taís Fim Alberti

A Educação Popular em Saúde é um dispositivo que movimenta e potencializa autonomias individuais e coletivas; articula indivíduos e movimentos na luta por direitos em saúde; e fortalece o controle da sociedade sobre as políticas públicas a partir da construção de formas participativas, críticas e integrativas de pensar e fazer saúde. A partir disso, pensa-se que no campo da Saúde Mental, construções em Educação Popular podem facilitar o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e fortalecer o processo de desinstitucionalização da loucura atrelado à Luta Antimanicomial. A fim de entender melhor como poderia se dar esta articulação entre Educação Popular e Saúde Mental, foi realizada uma revisão narrativa de literatura baseada principalmente na busca por publicações científicas acerca do assunto. No total, foram encontradas 8 publicações que sustentaram a discussão sobre Educação Popular em Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica, a estratégia da desinstitucionalização da loucura e a Luta Antimanicomial se articulam ao questionarem a centralidade do saber psiquiátrico e o modelo médico-psicológico estigmatizador e excludente, com a transformação do lugar social dado ao louco e com o estigma da loucura. A Educação Popular, por sua vez, corresponde a uma prática educativa voltada para a produção de autonomia e liberdade, impulsionadora e incentivadora de trocas e interações entre os diversos sujeitos envolvidos em algum problema social, levando à construção conjunta de conhecimento e à organização política. Assim, frente aos desmontes nas políticas de Saúde Mental e às ameaças às conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é válido pensar na Educação Popular como um referencial potente a ser utilizado no campo da Saúde Mental a fim de promover uma Reforma Psiquiátrica justa e revolucionária a partir da produção de autonomia, cidadania, subjetivação, união e luta dos sujeitos considerados loucos. Enfim, considera-se que apesar de potente, ainda pesquisa-se pouco acerca da temática da Educação Popular em Saúde Mental. Sugere-se que mais pesquisas e experiências sejam realizadas nesta área para que se conheça mais sobre o assunto. Intervenções de Educação Popular em Saúde Mental podem ser pensadas e direcionadas para além dos usuários e/ou profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, uma vez que para uma sociedade verdadeiramente desinstitucionalizada, a Luta Antimanicomial deve ser de todos nós.

Palavras-chave: Educação Popular. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

POPULAR EDUCATION IN MENTAL HEALTH: A NARRATIVE LITERATURE REVIEW

AUTHOR: Vitória Noronha Tusi

ADVISOR: Taís Fim Alberti

Popular Health Education is a device that moves and enhances individual and collective autonomies; articulates individuals and movements in the fight for health rights; and strengthens society's control over public policies through the construction of participatory, critical and integrative ways of thinking and doing health. From this, it is thought that in the field of Mental Health, constructions in Popular Education can facilitate the movement of the Brazilian Psychiatric Reform and strengthen the process of deinstitutionalization of madness linked to the Anti-Asylum Fight. In order to better understand how this articulation between Popular Education and Mental Health could take place, a narrative literature review was carried out, based mainly on the search for scientific publications on the subject. In total, 8 publications were found that supported the discussion on Popular Education in Mental Health. The Psychiatric Reform, the strategy of the deinstitutionalization of madness and the Anti-Asylum Fight are articulated as they question the centrality of psychiatric knowledge and the stigmatizing and excluding medical-psychological model, with the transformation of the social place given to the insane and with the stigma of madness. Popular Education, in turn, corresponds to an educational practice aimed at the production of autonomy and freedom, driving and encouraging exchanges and interactions between the various subjects involved in some social problem, leading to the joint construction of knowledge and political organization. Thus, faced with the dismantling of Mental Health policies and the threats to the achievements of the Brazilian Psychiatric Reform, it is valid to think of Popular Education as a powerful reference to be used in the field of Mental Health in order to promote a fair and revolutionary Psychiatric Reform from of the production of autonomy, citizenship, subjectivation, union and fight of subjects considered crazy. Finally, it is considered that despite the remarkable power of Popular Education in Mental Health, there is still little research on this topic. It is suggested that more researches and experiments be carried out in this area in order to know more about the subject. Popular Education Interventions in Mental Health can be designed and directed beyond the users and/or professionals of Psychosocial Care Network, since for a truly deinstitutionalized society, the Anti-Asylum Fight must belong to all of us.

Key-words: Popular Education. Mental Health. Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
EP	Educação Popular
EPS	Educação Popular em Saúde
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	07
2.	JUSTIFICATIVA	10
3.	OBJETIVOS	12
3.1	OBJETIVO GERAL	12
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
4.1	HISTÓRIA DO SUS	12
4.2	HISTÓRIA DA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	18
4.3	EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	22
5.	METODOLOGIA	26
6.	RESULTADOS	28
7.	DISCUSSÃO.....	31
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

1. INTRODUÇÃO

Há trinta e cinco anos, em novembro de 1986, ocorria a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá), a qual teve como foco principal de debates as necessidades em saúde dos países industrializados e foi construída a partir das expectativas cada vez maiores de trinta e oito países por um novo modelo de saúde pública (BRASIL, 2002). Como produto desta Conferência, foi desenvolvida a Carta de Ottawa, a qual até hoje serve como referência para o desenvolvimento de ideias e políticas de promoção de saúde ao redor do mundo (BUSS, 2003). A Carta de Ottawa classifica como promoção de saúde o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p. 19).

Nesse sentido, ainda referida na Carta, a saúde deve ser entendida como um atributo para a vida, aparecendo como um conceito que valoriza os recursos sociais, pessoais e as capacidades físicas dos indivíduos, e tem como pré-requisitos fatores como paz, habitação, educação, alimentação, renda, equidade, entre outros (BRASIL, 2002). Assim, no Brasil, o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, foi majoritariamente baseado na criação de políticas públicas para a promoção de saúde, bem como no conceito ampliado de saúde, na participação social junto à elaboração do sistema e das políticas de saúde, e na inviabilidade do setor sanitário dar conta de garantir, sozinho, condições saudáveis para a população (BRASIL, 2010).

Dessa maneira, a Política Nacional de Promoção de Saúde brasileira, tem como objetivos gerais “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (BRASIL, 2010, p.17), sendo estes determinantes e condicionantes os modos de viver, as condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, entre outros. No âmbito da saúde pública brasileira, as ações de promoção de saúde posicionam-se de forma a potencializar os princípios de universalidade, integralidade e equidade, bem como as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada que ditam o Sistema Único de Saúde (SUS) do país (FREIRE, C. e ARAÚJO, 2015). No que diz respeito a promoção de ações de saúde no SUS, tem-se que estas ações devem ocorrer dentro de cinco grandes campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas

saudáveis; reforço da ação comunitária; criação de espaços saudáveis que suportem a promoção da saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais; e a reorientação dos serviços de saúde. (WESTPHAL, 2006).

Ainda dentro do contexto da história da saúde pública brasileira, no que concerne ao campo da Saúde Mental, as discussões relativas à necessidade de um novo modelo de atenção e promoção de Saúde Mental se intensificaram no período que se deu entre 1984 e 1990, concomitantemente ao período de implementação e regulamentação do SUS (SAMPAIO e JÚNIOR, 2021). Estas discussões, atreladas ao Movimento da Luta Antimanicomial (LA) e da Reforma Psiquiátrica (RP), propunham críticas à institucionalização da loucura, de modo que a partir da década de 1990 iniciou-se o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com histórico de longas internações (AMARANTE e NUNES, 2018; BRASIL, 2005), o que culminou, futuramente, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta pelos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, como alternativa ao modelo manicomial até então vigente (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, quando olha-se para o princípio da integralidade, que contempla um dos pilares da atenção básica no SUS, e entende-se que para uma atenção integral à saúde da pessoa deve-se considerar o contexto histórico, político, social, familiar e ambiental em que o sujeito se insere e uma percepção holística dele (SOUZA et. al, 2012), pode-se entender que a atenção à Saúde Mental de um sujeito deve estar inserida nesta integralidade. Dessa forma, as ações de promoção em saúde também devem ser promoção de Saúde Mental, uma vez que saúde física, mental e social estão definitivamente entrelaçadas e são dependentes entre si, sendo a saúde mental indissociável do bem-estar de um sujeito (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Para tanto, tem-se que a educação em saúde é um dos importantes dispositivos de facilitação da promoção em saúde na atenção primária, visto que este processo educativo visa “aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2006, p.19-20). Além disso, juntamente ao objetivo de promover a autonomia dos sujeitos, a educação em saúde fortalece o

exercício do controle social¹ sobre as políticas públicas e os serviços em saúde (BRASIL, 2006). Segundo Angélica Carneiro et. al (2012), o reconhecimento do caráter dimensional da saúde e do usuário como sujeito da educação à procura de autonomia são o que tornam possível a prática de educação em saúde na atenção básica.

Nesse contexto, tem-se também o conceito de Educação Popular (EP), que para o Ministério da Saúde corresponde a “ações educativas que têm como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inclusão social e promoção da autonomia das populações na participação em saúde” (BRASIL, 2006, p.20). Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a Educação Popular em Saúde (EPS) aparece como uma técnica de construção e participação popular no redirecionamento da vida social, procurando trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, investindo em formas coletivas de aprendizado e promovendo o desenvolvimento da análise crítica sobre a realidade e o rebuscamento das estratégias de luta e enfrentamento.

Ao considerar o que se sabe acerca da Educação Popular em Saúde ser um dispositivo de promoção de saúde e autonomia, que visa a participação em saúde e fortalece o controle social, determinado como o “controle da sociedade sobre as políticas de saúde” (BRASIL, 2013, p.38); e ainda, ao pensar sobre a Educação Popular em Saúde enquanto uma ferramenta que funciona como uma espécie de ponte entre indivíduos e movimentos na luta por direitos (BRASIL, 2007), então pode-se pensar que no campo da Saúde Mental este dispositivo poderia ser de tamanha relevância para viabilizar o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RSB) e fortalecer o processo de desinstitucionalização da loucura atrelado à Luta Antimanicomial. Assim, este trabalho se propõe a investigar justamente isto: a partir de uma revisitação à história do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Educação Popular em Saúde; e a partir de uma revisão narrativa de literatura acerca do tema da Educação Popular em Saúde Mental, será analisado o que se pesquisa sobre isso e de que maneiras os campos da Educação Popular, da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica podem se articular.

¹ O termo “controle social” é originário da Sociologia e geralmente utilizado para caracterizar os mecanismos de disciplinarização da sociedade e de submissão dos indivíduos a padrões morais e sociais de comportamento. No entanto, parece controverso que no âmbito das políticas públicas brasileiras, este termo indica justamente o contrário: o controle social aqui significa a participação social na construção e fiscalização das políticas públicas do país (CORREIA, M. V., 2009).

2. JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) entende por Educação Popular como uma

perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. (BRASIL, 2012, p.5).

Nesse sentido, a Educação Popular não é feita “para” o povo, mas sim, construída “com” o povo, e tem como base de seu processo pedagógico o “saber desenvolvido no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência” (BRASIL, 2012, p.10), bem como busca integrar os modos de sentir, pensar e agir dos grupos populares, o que faz dela o alicerce de uma gestão participativa em saúde.

Nessa lógica, quando aplicada ao âmbito da saúde pública, de acordo com Brasil (2012), a Educação Popular em Saúde traz a prática da Educação Popular como estratégia para os processos que visam o cuidado, a formação, produção de conhecimentos, a intersetorialidade e a democratização do Sistema Único de Saúde. A PNEPS, então, a partir da proposta de uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e que aposta no diálogo entre a diversidade de saberes valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS, fortalece e colabora no compromisso do SUS com seus próprios princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação popular.

No entanto, apesar de existir uma Política Nacional direcionada especialmente às práticas de Educação Popular em Saúde, tem-se que esta política não especifica nenhuma orientação à Educação Popular no campo da Saúde Mental, quando, de acordo com Sampaio e Júnior (2021), este é um setor que vem, desde 2016, sofrendo com retrocessos, de modo que se tem caminhado na contramão do movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) e do processo de desinstitucionalização da loucura. Dessa forma, considerando o que se entende por Educação Popular, e ainda, quando se olha para a PNEPS, é possível pensar que o setor da Saúde Mental poderia se beneficiar de ações e estratégias desta natureza à medida que integrasse o movimento da Reforma Psiquiátrica como ferramenta potencializadora da autonomia dos sujeitos usuários dos serviços públicos de Saúde Mental. Mas de que maneira isso poderia se

dar? Como poderiam estratégias de Educação Popular em Saúde Mental potencializarem e viabilizarem a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da loucura mesmo quando os retrocessos nas políticas de Saúde Mental promovem justamente o contrário? E quanto a este trabalho, realizado a partir de uma revisão narrativa de literatura, conseguirá dar conta desses questionamentos?

Assim, este trabalho tem o intuito de agregar no campo científico dos estudos em Saúde Mental e procurar entender de que modo estratégias de Educação Popular poderiam ser aliadas ao movimento da Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização da loucura. Ainda, esta pesquisa deve suprir meu interesse pessoal em estudar a temática de Educação Popular em Saúde, com a qual tive um breve, mas significativo contato durante a minha participação no VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do SUS), no início de 2020. Neste estágio, aliás, eu não só me aproximei deste assunto a partir de rodas de conversa e discussões, mas também pude vivenciá-lo na prática: segundo Ribeiro et. al (2015, p.140), o VER-SUS trata-se de um projeto que veio para a “ressignificação da formação em saúde, a partir de vivências interdisciplinares nos diversos cenários do SUS, de forma a considerar a Educação Popular em Saúde enquanto práxis dialógica entre os diversos saberes existentes”.

Desta forma, foi a partir desta experiência que a temática da Educação Popular em Saúde conquistou a minha atenção: no VER-SUS, a partir de todas as construções, rodas de conversa e conhecimentos adquiridos, pude também viver e conhecer de perto a potência transformadora existente na junção de saberes populares, uma vez que a minha vida e formação pessoal e profissional com certeza foram transformadas por esta vivência repleta de aprendizado e luta. Assim, quando entrelaço meus interesses em Educação Popular em Saúde, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, e penso na força que estas três áreas podem ter quando pensadas e trabalhadas de forma conjunta, eu construo o meu trabalho. Acredito, pois, que quanto mais atenção for direcionada à temática da Educação Popular em Saúde Mental e mais olhares se voltarem para ela, mais impactos positivos a nível de mobilização popular e consequente criação de políticas públicas neste setor tornam-se possíveis.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender de que maneira as práticas de Educação Popular em Saúde Mental podem facilitar e viabilizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira e contribuir para a desinstitucionalização da loucura.

3.2 Objetivos Específicos

- Articular os conceitos de Educação Popular, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica;
- Discutir acerca da relevância da Educação Popular em Saúde Mental;
- Analisar as publicações científicas referentes à temática de Educação Popular em Saúde Mental.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 História do SUS

Em 1948, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Organização das Nações Unidas (ONU) determinou que toda pessoa tem direito a condições de vida que sejam suficientes para lhe garantir a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, à moradia e à assistência médica (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). No entanto, no Brasil, demorou ainda quarenta anos desta declaração para que a saúde fosse reconhecida como direito de cada cidadão brasileiro. Segundo Paim (2009), antes de 1988, no Brasil, somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada, e que contribuíssem para a previdência social, tinham o direito à assistência médica. Durante a década de 1970, o sistema de saúde brasileiro se organizava de maneira que havia uma variedade de instituições e organizações, tanto estatais quanto privadas, que prestavam serviços de saúde, geralmente atendendo uma pequena parcela da população e deixando milhões de

pessoas fora do acesso aos serviços de saúde. O sistema de saúde brasileiro, naquela época, era descrito como insuficiente, mal distribuído, inadequado, ineficiente e descoordenado (PAIM, 2009).

Assim, como forma de enfrentar estes e outros problemas, e de democratizar a saúde no Brasil, os segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde se unificaram em um movimento social e propuseram a Reforma Sanitária juntamente da implantação do que hoje é conhecido como SUS, o Sistema Único de Saúde brasileiro. (PAIM, 2009). O movimento sanitário contava com médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, de modo que vinha a criticar a abordagem rigorosamente biológica da assistência médica vigente na época, e procurava discutir o exercício da medicina a partir de uma perspectiva pela qual buscava-se compreender as relações entre saúde e sociedade. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER; 2009). De acordo com Arretche (2005), a proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) vinha em defesa da universalização da cobertura dos serviços de saúde, da ampliação dos programas de prevenção e de atenção primária às populações vulneráveis, do maior controle sobre os provedores privados, e da descentralização.

A RSB também contou com a movimentação de instituições como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), entre outras entidades comunitárias e sindicais. Visto que em 1979, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o referido Cebes formulou a proposta do SUS. Pode-se dizer que tanto a RSB quanto o SUS são produtos da força popular e que o SUS representa uma conquista de mérito do povo brasileiro. Além disso, foi a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que foi formulado o capítulo “Saúde” da Constituição vigente na época. Este capítulo, por sua vez, veio a desdobrar-se, futuramente na Constituição de 1988, a partir das leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), essenciais para a implementação do SUS (PAIM, 2009).

A partir da criação do SUS na Constituição de 1988, em setembro de 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a qual foi complementada, em dezembro do mesmo ano, pela Lei 8.142/90. A Lei 8.080/90 define o modo de funcionamento do SUS à medida que propõe a maneira como o sistema deve se

organizar (BRASIL, 1990a), enquanto a Lei 8.142/90 vem para dispor acerca da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990b).

A Constituição de 1988, foi a primeira na história do Brasil a reconhecer a saúde como um direito social. O Artigo 196, no capítulo VIII da Ordem social e na Seção II referente à Saúde, define como dever do Estado o estabelecimento de políticas econômicas e sociais que pretendam a prevenção de doenças e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde (BRASIL, 2016). As políticas econômicas, nesse caso, comporiam as questões referentes à produção e distribuição de riquezas, de renda, emprego, salário, acesso à terra para plantio e moradia, entre outros; e as políticas sociais estariam relacionadas a demandas de lazer, educação, cultura, segurança pública, etc. Ambas as políticas econômicas e sociais, aparecem como essenciais para a determinação das condições de saúde de uma população (PAIM, 2009).

Além disso, o Artigo 198 da Constituição define o SUS como as ações e serviços públicos de saúde que compõem uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade, sendo que por descentralização, entende-se que deve existir direção única em cada esfera de governo - federal, municipal e estadual (BRASIL, 2016). Além disso, o SUS é regido por princípios, sendo estes conceituados como os valores que orientam a maneira como o sistema funciona, estando relacionados a questões de ética e moral; e também é regido por diretrizes, as quais dizem respeito às orientações gerais que, de modo prático, direcionam as diferentes partes que compõem o sistema de saúde a seguir na mesma direção (PAIM, 2009). Os princípios e diretrizes do SUS constituem-se como o produto final de um processo político que perpassa pelas concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, questões de gestão, entre outros (MATTA, 2007).

Assim, de acordo com o Artigo 7 da Lei 8.080/90, dentre os princípios e diretrizes sobre os quais o SUS baseia-se, encontram-se os aspectos relativos à universalidade, à integralidade, à igualdade, à autonomia, à participação da comunidade, ao direito à informação, entre outros. Segundo Paim (2009), a universalidade refere-se ao direito à saúde para toda a população, de maneira que o acesso aos serviços de saúde seja possível a todos os cidadãos, em qualquer nível de assistência, não ficando restrito apenas à atenção básica. Além disso, a ideia de universalidade não deve ser confundida com a ideia de gratuidade, uma vez que “no

Brasil, o direito à saúde é um direito social, coletivo, e não um direito individual garantido mediante pagamento e a respectiva cobertura” (MATTA, 2007, p.67).

O conceito de integralidade, por sua vez, no Artigo 7 da Lei 8.080/90, aparece como um conjunto de ações de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, que se articulam de maneira a atender as exigências de cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Segundo Paim (2009), isso significa que qualquer pessoa pode ter acesso a qualquer serviço do SUS, seja ele preventivo ou curativo, de caráter especializado ou hospitalar, a depender do que for considerado necessário para cada caso. Além disso, tem-se o princípio da igualdade, que corresponde à igualdade da assistência à saúde, de maneira que todo mundo consiga acessar os serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

E ainda, outro princípio relevante do SUS está relacionado à preservação da autonomia das pessoas, sempre priorizando a liberdade de escolha dos sujeitos diante das ações e serviços de saúde proporcionados e dispostos pelo sistema de saúde. (PAIM, 2009). Quanto ao conceito de descentralização, conforme já foi posto anteriormente, este diz respeito à “distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal” (MATTA, 2007, p.73), ou seja, por descentralização entende-se a desconcentração do poder da União sobre a gestão do SUS, sendo que este poder deve ser atribuído também aos estados e municípios.

De acordo com MATTA (2007), os princípios do SUS correspondem a valores que procuram distância de ideias que associam a saúde como um bem de consumo que deve seguir uma lógica de mercado: muito pelo contrário, eles vêm como resultado da luta da sociedade brasileira para legitimar e garantir valores que compreendam a saúde como um direito. Dessa forma, o funcionamento do SUS também é baseado na ideia de participação da comunidade, uma vez que desde que o movimento da Reforma Sanitária Brasileira se estruturou, uma de suas principais pautas considerava um projeto de sociedade e de sistema de saúde mais justo e participativo.

Assim, no que diz respeito à pauta da saúde no Brasil, na III Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963, já constituiu-se um espaço de discussão e participação entre a sociedade e as esferas governamentais acerca das políticas de saúde brasileiras (GERSCHMAN E VIANA, 2005). Este espaço consolidou-se de

maneira que na VIII CNS, ocorrida em 1986, a participação da comunidade foi estabelecida como um dos princípios que deveria orientar o sistema de saúde que estava por se firmar no Brasil (MATTA, 2007). Dessa forma, hoje o SUS detém “instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera de governo” (MATTA, 2007, p.77), sendo elas os conselhos de saúde e as conferências de saúde, sendo que estas instâncias determinam e garantem o controle social da comunidade sobre as políticas públicas de saúde no Brasil (BRASIL, 2013).

Para o cumprimento dos princípios e diretrizes descritos anteriormente, a Lei Orgânica da Saúde determina quais devem ser as competências e deveres dos governos federal, estadual e municipal acerca do SUS, sendo que algumas atribuições devem ser comuns às três esferas de governo, e outras devem ser específicas de cada uma, sem existir hierarquia entre União, estado e município. Além disso, a rede do Sistema Único de Saúde é definida com base em três níveis de atenção: a atenção básica, ou atenção primária à saúde, de baixa complexidade; a atenção ambulatorial especializada, de complexidade média; e a mais complexa das três, a atenção hospitalar. Quanto menos complexo é o serviço, menos tecnologia e/ou custo é demandado; e da mesma maneira, quanto mais complexo o nível de atenção, mais uso de tecnologia é necessário (PAIM, 2009).

Após passar por um vasto período de estruturação, hoje, há pouco mais de 30 anos após a consolidação do SUS, percebem-se notáveis avanços no âmbito da saúde pública no Brasil. Estes avanços se dão tanto nos âmbitos da Atenção Básica (AB), quanto em níveis mais complexos de atenção. Segundo Nelson Santos (2018), no que diz respeito à AB, é notável como aumentaram as ações de promoção de saúde, sempre baseadas em diagnósticos epidemiológicos, sociais, em formação profissional e em processos de trabalho em equipe. Ainda de acordo com o mesmo autor, pode-se constatar que a cobertura da atenção básica abrange macro e microrregiões do território nacional, incluindo lugares considerados excepcionais para a atuação dos gestores e profissionais da saúde. Além disso, podem ser notados avanços importantes nos campos da vigilância em saúde, da assistência farmacêutica, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), nas ações de prevenção em saúde, entre outros. O SUS também avançou no que diz respeito ao desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, que possuem total importância para o controle, monitoramento e avaliação de políticas, planos e programas (PAIM, 2018; CARRERA E MALIK, 2021).

Ademais, segundo Paim (2018), o Sistema Único de Saúde detém uma vasta rede de instituições de ensino e pesquisa que articulam-se com as secretarias estaduais e municipais, com o Ministérios da Saúde, agências e fundações. Esta rede viabiliza o acesso ao conhecimento, às habilidades e aos valores relacionados aos princípios e diretrizes do SUS, o que incentiva a militância em defesa ao Sistema Único de Saúde brasileiro, mesmo em conjunturas conservadoras. Mas a aquisição de conhecimentos acerca do SUS não é originária somente de instituições: hoje o sistema está espalhado por todas as 27 unidades da federação brasileira, sendo que esta descentralização de atribuições e de recursos, veio a ampliar a oferta e o acesso aos serviços e ações de saúde, o que gera participação da comunidade na gestão e defesa do SUS a partir da construção de conselhos e conferências em Saúde.

No entanto, tem-se que apesar desses avanços, o SUS sofre constantes ameaças de privatização a partir dos problemas de subfinanciamento e falta de recursos, o que acarreta na desvalorização de profissionais por meio da baixa remuneração, e na desvalorização do próprio sistema como um todo, que encontra dificuldades em sua manutenção. Ainda, o Sistema Único de Saúde vem cada vez mais sofrendo com a reprodução do modelo médico assistencial americanizado, tendo investido principalmente na doença, no tratamento e na alta complexidade, em vez de focar na saúde, na prevenção, no território e na atenção primária (PAIM, 2018).

Essa série de ameaças ao SUS torna-se ainda mais preocupante quando o planeta é acometido pela pandemia de um vírus altamente transmissível, como foi o caso do SARS-CoV-2, microorganismo responsável pela pandemia COVID-19. Neste período pandêmico, conforme a demanda por cuidados em saúde crescia no Brasil, as iniciativas privadas em função de uma lógica mercantil em favor do empresariado, passaram a emergir na tentativa de ampliar a cobertura dos serviços de saúde, significando uma tentativa de superfaturamento em cima da saúde da população, bem como baixa qualidade dos serviços oferecidos, quando na verdade, as necessidades da população neste momento dependiam de um Sistema Único de Saúde integrado, capaz de renovar-se e adaptar-se, responsável por amenizar desigualdades e vulnerabilidades, e por salvar vidas de maneira igualitária (BOUSQUAT et. al, 2021). Assim, tem-se que a mercantilização do sistema de saúde por meio do aumento dos processos de privatização deve ser “monitorada e denunciada, principalmente quando coloca em risco a vida das pessoas e a capacidade do Estado em responder às necessidades da população” (BOUSQUAT ET. AL, 2021, p. 23).

A pandemia de COVID-19 trouxe à tona o que segundo Bousquat et. al (2021) parece ser evidente: é preciso prezar pelo SUS e pela universalidade do nosso Sistema Único de Saúde. É preciso lutar pelo SUS que foi idealizado e criado em 1988; é preciso que o subfinanciamento do SUS seja revertido de modo que seus princípios e diretrizes possam ser cumpridos plenamente. A defesa do SUS, portanto, deve ser oriunda das frentes popular e política: popular, com a preservação do movimento e das pautas da Reforma Sanitária Brasileira, mas também deve ser política, oriunda do Estado, seus aparelhos e instituições (PAIM, 2018).

4.2 História da Reforma Psiquiátrica Brasileira

No final da década de 1970, a DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) era o órgão do Ministério da Saúde responsável pelo subsetor da Saúde Mental no governo brasileiro. Em 1978, este órgão entrou em crise devido à deflagração de greve dos profissionais das quatro unidades da DINSAM, que mobilizaram-se a fim de denunciar as precárias condições de trabalho às quais eram submetidos. Este episódio de greve ficou conhecido como a “Crise da DINSAM”, que veio a ser o estopim para o início do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2003a). Assim, neste primeiro momento constitui-se a construção do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), a primeira organização coletiva com a proposta de reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil. Neste período, é importante ressaltar, ainda não existia o termo Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2018).

O MTSM vem a constituir-se como um movimento de luta não institucional, proporcionador de um espaço de debates e construção de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, “que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade” (AMARANTE, 2003a, p.52). Inicialmente, o movimento se pautava na regularização da situação trabalhista, preocupando-se com questões acerca do aumento salarial, por exemplo, ou do número insuficiente de profissionais nas instituições. Também eram realizadas críticas ao eletrochoque, à cronificação do manicômio, ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, à falta de higiene e de conforto para os pacientes internados,

bem como eram reivindicadas melhores condições de assistência à população (AMARANTE, 2003a).

A partir da presença do MTSM em congressos, eventos, encontros, ou onde houvesse espaço de expressão pública, como por exemplo, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, (1978) ou o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1979), as denúncias acerca das condições sociais, políticas e econômicas que sustentavam o lugar de encarceramento da loucura no Brasil foram tornando-se públicas (YASUI, 2010). Em 1987, realizou-se o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, o qual teve por lema “uma sociedade sem manicômios”. Neste congresso, o MTSM passa por duas transformações importantes: primeiro, o movimento passou a ser caracterizado como um movimento social, composto por profissionais, os “loucos” e seus familiares e ativistas dos direitos humanos; e segundo, o objetivo do movimento também se amplia, tornando-se contra a violência, discriminação, segregação e extinção das ideias manicomialistas. Tem-se, a partir deste momento, a transformação do movimento em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (AMARANTE, 2018; BRASIL, 2005).

Ainda em 1987, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), advinda de um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual foi considerada um marco para as políticas de Saúde Mental (YASUI, 2010). Nesta conferência, foram discutidas questões acerca do impacto da economia, sociedade e Estado sobre saúde e doença mental; sobre a Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à Saúde Mental; e sobre os direitos, deveres e legislação do doente mental (AMARANTE, 2003a). Segundo Amarante (2003a), este processo que iniciou a partir da segunda metade da década de 1980, demarca uma ruptura na trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em que a pauta do movimento deixa de ser estritamente técnico-assistencial e passa a articular simultaneamente os campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural e começa-se a pensar na Reforma Psiquiátrica a partir do conceito de desinstitucionalização e com base no lema ‘uma sociedade sem manicômios’.

A partir desta ruptura, tem-se, por sua vez, a inclusão de novos atores no Movimento da RP, sendo eles os usuários das instituições psiquiátricas e seus familiares, os quais passam a ter papel significativo neste processo da luta antimanicomial (AMARANTE, 2003a; AMARANTE, 2011). Este se torna um fator relevante ao movimento da RP brasileira à medida que a participação social nas

construções das políticas de Saúde Mental permite com que os indivíduos previamente institucionalizados possam exercer a sua cidadania, facilitando o processo de desinstitucionalização da loucura em seu sentido mais amplo, que abrange a ideia de emancipação pessoal, social e cultural do indivíduo institucionalizado, possibilitando o seu não-enclausuramento frente às diversas formas de existência presentes na sociedade bem como a sua presença nas mais diversas esferas e espaços sociais (ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006; AMARANTE, 2011; CHAVES, 2018).

Segundo Yasui (2010), o período que seguiu à I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) (1987), foi repleto de transformações nos campos jurídico, institucional, cultural e assistencial no que concerne à Saúde Mental. Nesta época, novos serviços substitutivos às instituições psiquiátricas já estavam em processo de implantação, bem como a fiscalização nos hospitais já estava mais dura, e no âmbito legislativo já estavam em trâmite projetos de lei acerca das políticas de Saúde Mental. Dessa maneira, a II CNSM, ocorrida em 1992, “discutiu três grandes temas: crise, democracia e reforma psiquiátrica; modelos de atenção em Saúde Mental; e direitos e cidadania” (YASUI, 2010, p.58). Ainda, o relatório final da Conferência foi dividido nos temas de: marcos conceituais, atenção à Saúde Mental e municipalização; e direitos e legislação.

Em abril de 2001, há um novo marco na trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, quando é promulgada a Lei 10.216/01, conhecida como Lei Antimanicomial, dispondo acerca da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental. (BRASIL, 2001). Esta Lei também discorre sobre as condições necessárias para internação psiquiátrica e responsabiliza o Estado acerca do desenvolvimento de políticas públicas em Saúde Mental. Ainda no ano de 2001, ocorre a III CNSM, a qual vem a fornecer os referenciais políticos e teóricos para a política de Saúde Mental no Brasil, consolidando a RP como política de governo. Esta Conferência foi palco de ampla participação popular, incluindo os usuários e seus familiares, aparecendo como dispositivo fundamental de controle social e participação popular e estabelecendo o controle social como ferramenta indispensável para o avanço da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

A partir da regulamentação da Lei 10.216/01, o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com histórico de

internação ganha força no Brasil. Neste período, foi desenvolvido o Programa De Volta Para Casa, que veio a fim de dar suporte à reinserção social dos indivíduos em processo de desinstitucionalização. Ainda, os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos passaram a surgir com mais intensidade, como por exemplo os CAPS, os SRT, os Centros de Convivência e os Ambulatórios de Saúde Mental (BRASIL, 2005; AMARANTE, 2018). Este processo de criação de uma rede comunitária de atenção à Saúde Mental torna-se essencial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, uma vez que esta rede deve acolher as pessoas com transtorno mental ao mesmo tempo em que serve a elas como ponte de acesso a outros espaços da cidade, instituições e associações, tornando-se essencial para a emancipação desses sujeitos (BRASIL, 2005).

Em 2011, tem-se outro marco para as políticas de Saúde Mental a partir da Portaria GM/MS nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, para as pessoas com transtornos mentais e pessoas com necessidades advindas do uso de álcool e outras drogas. Esta rede deve ser composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2017). Segundo Sampaio e Júnior (2021), a RAPS veio a fim de garantir e estender o acesso da comunidade ao cuidado em Saúde Mental, e de demarcar a valorização do cuidado comunitário e territorializado.

No entanto, apesar dos contínuos avanços da Reforma Psiquiátrica e dos direitos conquistados no âmbito da Saúde Mental no Brasil, desde 2016 tem sido possível perceber uma série de retrocessos nas políticas públicas deste setor. Entre 2016 e 2019 o governo federal modificou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), descaracterizando e fragilizando a atenção primária; aumentou o financiamento dos hospitais psiquiátricos; reduziu o valor da verba repassada aos CAPS, SRTs, Unidades de Acolhimento e Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais; deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de Saúde Mental; restabeleceu a centralidade dos hospitais psiquiátricos à medida que o número de hospitalizações passa a aumentar devido ao fechamento de diversas unidades de serviços de Saúde Mental; entre outras medidas (CORREIA, L.; MARTINS; REQUIÃO, 2019; DELGADO, 2019).

Assim, tendo em vista este cenário de retrocessos, percebe-se que a Reforma Psiquiátrica e os direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil encontram-se em risco à medida que investe-se cada vez mais na segregação e no encarceramento. Segundo Delgado (2019, np), “no campo da Atenção Psicossocial, há um vasto movimento de luta, formado por dezenas de milhares de profissionais diretamente implicados nos serviços, aliados a estudantes, usuários e familiares”. Assim, à medida que o movimento da RP extrapola o campo da Saúde Mental e articula-se com os processos de democratização e de participação social, é preciso cada vez mais resistir - principalmente quando a luta pela Reforma Psiquiátrica representa também a luta pelo direito à cidadania, à igualdade, e ainda, pela ocupação da sociedade, das ruas, dos espaços públicos, pelos sujeitos que vivenciam a experiência do sofrimento mental (SAMPAIO e JÚNIOR, 2021).

4.3 Educação Popular em Saúde

O conceito de Educação Popular trata-se de uma construção antiga que veio a consolidar-se no interior dos coletivos e movimentos sociais desde a segunda metade do século XX, tendo se intensificado e ganhado força na América Latina em meados de 1990, a partir da ascensão dos movimentos indígena, do Movimento Sem Terra (MST), entre outros. Apesar de já ser uma prática consolidada, o conceito de Educação Popular é polissêmico e está em constante construção e subjetivação (REGO, 2018). Para Paulo Freire (1993), a Educação Popular trata-se de uma forma de educação que vem para não somente transformar uma pessoa, mas transformar uma sociedade inteira a partir da mobilização, organização e capacitação das camadas populares.

Segundo a Secretaria dos Direitos Humanos e Cidadania (SÃO PAULO, 2015), a Educação Popular no Brasil é marcada por três fases: a primeira, corresponde aos anos que antecederam a década de 1950, quando a EP era compreendida a partir da ideia de “ensino fundamental para todos”, já que até então, apenas a elite tinha acesso à educação; em seguida, até os anos de 1980, Educação Popular era entendida como uma espécie de educação para adultos das classes populares. Hoje, tem-se entendido que ela se realiza em todas as situações em que há trocas de experiências e informações entre os sujeitos, onde eles aprendem, criticam e se instrumentalizam, afastando-se da ideia de EP como uma atividade pedagógica e aproximando-se do

conceito de EP como um trabalho coletivo, onde existe a possibilidade de construção de um saber popular e de apropriação deste saber pelas camadas populares (BRANDÃO, 2006).

Na área da saúde pública brasileira, a partir de 2003, o Ministério da Saúde inclui em sua estrutura uma área técnica que toma os princípios teóricos políticos e metodológicos da Educação Popular como base para suas ações e projetos (PEDROSA, 2007). Assim, a Educação Popular em Saúde no Brasil, constitui-se como elemento impulsionador de formas participativas, críticas e integrativas de pensar e fazer saúde, de modo que “seus conhecimentos técnicos, metodológicos e éticos são significativos para o processo atual de implementação do SUS” (BRASIL, 2012, p.3). Tem-se que ao movimentar e incentivar autonomias individuais e coletivas, a EPS articula indivíduos e movimentos na luta por direitos, de modo a contribuir no entendimento e no exercício dos direitos de cidadania e consequentemente transformar a vida cotidiana das pessoas (PEDROSA, 2007).

Dessa forma, ao considerar a EPS como uma espécie de dispositivo que se concretiza enquanto ponte entre as necessidades da população e a configuração de políticas públicas, é nesse contexto que a EP aparece no SUS: como uma ferramenta de comunicação entre Estado e sociedade, sendo de tamanha importância para a manutenção do controle social - diretriz do Sistema Único de Saúde desde a promulgação da Lei 8.142/90, que estabelece a participação da comunidade na gestão do sistema (AMARANTE, 2011; PEDROSA, 2007; SÃO PAULO, 2015). Além disso, as ações em EPS são capazes de proporcionar “lutas coletivas em torno de projetos que levem à autonomia, solidariedade, justiça e equidade” (PEDROSA, 2007, p.16), o que também é um fator de extrema relevância para o cumprimento efetivo das outras diretrizes e princípios do SUS, como a universalidade, a igualdade, a descentralização e a integralidade.

Segundo Vasconcelos (2015), a participação dos profissionais de saúde nas práticas de EP durante a década de 1970 no Brasil, proporcionou uma ruptura no setor de saúde à medida que estabeleceu-se uma cultura de relação com as classes populares que veio a romper com a base autoritária e normatizadora da educação em saúde vigente na época. Ainda de acordo com o mesmo autor, tem-se que as práticas em EP nos serviços de saúde pretendem preencher a lacuna cultural existente entre os serviços e a população, uma vez que “um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro” (VASCONCELOS, 2015, p.29). Assim, essas experiências buscam

compreender, organizar e difundir as lógicas, saberes e princípios que norteiam a subjetividade dos atores envolvidos nos serviços, sendo que a partir de iniciativas como essa, pode-se perceber o surgimento de novos meios de enfrentamento dos problemas de saúde caracterizados pela articulação e integração entre o saber técnico e o saber popular (VASCONCELOS, 2015).

A partir disso, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) aparece para mobilizar este cenário, colocando a EP num lugar que não somente se refere à educação em saúde, mas também no delineamento de princípios éticos que direcionam novas posturas no cuidado, na gestão, na formação e na participação social em saúde (BRASIL, 2012). Instituída enquanto política nacional em 19 de novembro de 2013 a partir da Portaria do Ministério da Saúde n.2.761, a PNEPS fundamenta-se sob a orientação dos princípios do diálogo, da amorosidade, da problematização, da construção compartilhada do saber, da emancipação e do compromisso com a construção do Projeto Democrático Popular (BRASIL, 2013).

A fim de caracterizar cada um desses princípios, tem-se como 'diálogo' a troca de conhecimentos entre sujeitos quando cada um, com base em suas vivências histórico-culturais, coloca o que sabe à disposição do outro, colaborando para a ampliação do conhecimento crítico de ambos sobre a realidade; a amorosidade, por sua vez, aparece como uma forma de diálogo que vai para além da troca de conhecimentos baseada em argumentações e debates lógicos - é uma forma de diálogo atravessada por trocas emocionais e sensíveis baseadas no cuidado e na ação educativa; já a problematização se refere ao diálogo que propõe uma análise crítica da realidade acerca das questões de saúde; a construção compartilhada do conhecimento aparece na PNEPS na forma de processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e coletivos a fim de compreender e transformar coletivamente as ações de saúde nos âmbitos teóricos, práticos e políticos; a emancipação é entendida como um processo compartilhado a partir do qual indivíduos e grupos adquirem a superação e a libertação das formas de opressão, exploração, discriminação e violência que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento; por fim, o compromisso com a construção do projeto democrático e popular reafirma que uma sociedade justa, solidária, democrática e culturalmente diversa deverá ser construída a partir da contribuição dos sujeitos populares, grupos e movimentos às lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil (BRASIL, 2013).

Além disso, a PNEPS possui como eixos estratégicos a participação, controle social e gestão participativa; a formação, comunicação e produção de conhecimento; o cuidado em saúde; e a intersectorialidade e diálogos multiculturais. O primeiro objetiva o fomento, o fortalecimento e a ampliação do protagonismo popular nos processos de mobilização pelo direito à saúde, qualificando a gestão e o controle social das políticas públicas; o segundo eixo estratégico compreende a criação de práticas que produzam ações comunicativas, conhecimentos e estratégias com base na perspectiva da Educação Popular para o enfrentamento dos desafios encarados pelo SUS; o cuidado em saúde objetiva incentivar as práticas populares de cuidado a fim de aprimorar sua articulação com o SUS; e ainda, o último eixo pretende fortalecer as políticas e ações integrais e integralizadoras a partir da promoção do encontro dos diferentes setores e atores em sua diversidade (BRASIL, 2013).

Apesar de a PNEPS-SUS representar a institucionalização de uma ideia progressista e promissora, sempre foi sabido que esta aposta era repleta de contradições ao considerar que ela surgiu em cenário bastante conservador representado pelo Estado. Segundo Bonetti (2020) essa contradição se encontra no fato de que embora tivesse sido articulada a possibilidade de um governo aberto à democratização e à participação popular, sempre esteve presente a força do capital, então seria preciso disputar o espaço instituído da política pública da saúde na gestão federal naquele cenário democrático popular. Hoje, pode-se dizer que a PNEPS foi esquecida pela atual gestão do Ministério da Saúde, e a Educação Popular em Saúde vem sendo proibida de aparecer como conceito em publicações institucionais, de modo que até mesmo a área técnica responsável pela sua implementação foi excluída da estrutura ministerial (BONETTI, 2020).

Assim, tem-se que a PNEPS deve ser defendida e promovida para além de sua forma institucional: é preciso promovê-la de maneira alinhada ao processo de construção de um movimento de resistência contra-hegemônica que deve provocar a ação, o fortalecimento dos movimentos sociais e coletivos, intensificar a produção e sistematização do conhecimento em diversos espaços de formação - institucionais ou não -. Além disso, também é possível resistir à hegemonia a partir do diálogo com os serviços, trabalhadores, usuários, gestões municipais e estaduais que se identifiquem com as práticas de EPS (BONETTI, 2020).

5. METODOLOGIA

A presente pesquisa foi delineada a partir de uma revisão narrativa de literatura. Este modelo de revisão diz respeito à determinação do “estado da arte” de um certo assunto (ROTHER, 2007), que por sua vez, refere-se ao mapeamento de produções acadêmicas e publicações científicas acerca do tema que se está buscando investigar (FERREIRA, 2002) - no caso deste trabalho, sobre Educação Popular em Saúde Mental. As revisões narrativas de literatura são publicações amplas, que não exigem um protocolo rígido para o seu desenvolvimento, de modo que a seleção dos materiais que devem embasar a discussão pode ser arbitrária e enviesada de acordo com a percepção subjetiva do autor (CORDEIRO et. al, 2007).

No entanto, apesar da possibilidade de seleção arbitrária de publicações científicas e acadêmicas proporcionada pela revisão narrativa de literatura, este trabalho foi realizado a partir da definição de palavras-chave acerca do assunto pesquisado, para fins de dar o “pontapé inicial” na busca por publicações sobre o tema (HOHENDORFF, 2014). A partir daí, as publicações encontradas foram analisadas e, caso abordassem o tema proposto, poderiam constituir a construção deste trabalho. Segundo Hohendorff (2014), para o levantamento da revisão narrativa, o ideal deve ser priorizar a seleção de publicações científicas em detrimento de produções como livros, teses ou dissertações.

Em seguida, após os materiais elencados terem sido estudados, e os resultados da revisão serem analisados, outras publicações foram incorporadas à discussão a partir da análise das referências bibliográficas apontadas nas publicações selecionadas nas primeiras buscas realizadas e de outras buscas. Por fim, a discussão dos resultados foi elaborada por meio da observação e posterior articulação entre os conteúdos revisados, de acordo com o que foi aparecendo de mais relevante acerca do tema de Educação Popular em Saúde Mental, sempre de maneira alinhada aos objetivos gerais e específicos elencados para esta pesquisa.

A revisão de literatura realizada para a construção deste trabalho partiu da busca por publicações de artigos científicos nas seguintes bases de dados: SciELO Brasil, Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), LILACS (Latin America and Caribbean Health Sciences Literature) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Os descritores utilizados para a realização das buscas foram: Educação Popular; Saúde Mental; reforma psiquiátrica; desinstitucionalização da loucura; mental health; e

popular education. A fim de alcançar o maior número possível de resultados, foram realizadas diferentes combinações entre as palavras-chave citadas. Os descritores “educação” e “popular” também foram pesquisados em campos separados com o mesmo intuito de encontrar quanto mais publicações fossem possíveis.

A partir da hipótese de que não seriam encontradas muitas publicações acerca do tema pesquisado, os critérios de exclusão escolhidos foram mínimos, sendo eles: artigo escrito em outra língua que não o português brasileiro; artigo que não tratasse das temáticas de Educação Popular em Saúde Mental; qualquer espécie de publicação que não fosse artigo científico publicado em revista. Além disso, não houve delimitação de tempo de publicação. Já os critérios de inclusão foram amplos: artigos escritos em português brasileiro, e artigos que tratassem da temática da Educação Popular no campo da Saúde Mental. Os objetivos deste trabalho também foram levados em consideração no processo de seleção das publicações encontradas.

No total, foram encontrados 170 resultados. Dentre estes 170, alguns artigos foram contabilizados mais de uma vez, por aparecerem em bases de dados diferentes. O maior número de publicações encontradas ocorreu na base de dados BVS, onde foram encontrados 106 resultados com o uso dos descritores “Educação Popular” e “Saúde Mental”. É importante ressaltar que embora nem todos os artigos selecionados tenham utilizado o conceito de “Educação Popular em Saúde Mental” propriamente dito, todos abrangeram a temática de alguma forma a partir da articulação do conceito de Educação Popular em Saúde com o contexto da Saúde Mental. Após a análise dos 170 resultados encontrados, apenas 8 artigos científicos foram selecionados para a realização desta revisão. Esta discrepância entre o número de artigos encontrados e o número de artigos selecionados se deu devido à maioria das publicações encontradas não articularem a temática da Educação Popular com a Saúde Mental, de modo que alguns estudos traziam a Educação Popular em Saúde em seu sentido mais amplo, ou ainda, não tratavam-se de publicações científicas. No portal BVS, que foi a base de dados em que foram encontradas a maioria das 170 publicações, muitos dos artigos encontrados nem mesmo tratavam sobre Educação Popular. Além disso, alguns artigos também apareceram repetidamente em diferentes bases de dados e combinações de descritores.

6. RESULTADOS

Após a análise dos resultados encontrados na revisão e implantação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 8 artigos científicos foram considerados para a realização deste trabalho. Destes oito, constatou-se que cinco das publicações foram construídas a partir da metodologia de relato de experiência (ANDRADE e GRISIVELÔSO, 2015; ARAÚJO e SOARES, 2018; BRANCO; SILVA; SOLDATELLI, 2016; CARNEIRO, ALLANN ET. AL, 2010; RÜCKERT ET. AL, 2014), duas correspondem a pesquisas-intervenção (SANTOS, D. et. al, 2019; HOFFMANN e MAXIMO, 2019), e outra diz respeito a uma pesquisa-ação (SANTOS, S. E CARNUT, 2018).

Assim, dentre os relatos de experiência, o artigo de Araújo e Soares (2018) trata-se de um estudo descritivo das atividades desenvolvidas em um grupo educativo pelos residentes de Saúde Mental em um CAPS AD III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas). Para a realização do grupo educativo denominado Reabilitação Psicossocial, os residentes recorreram à metodologia da Educação Popular para que o grupo de usuários do serviço de Saúde Mental pudesse refletir e pensar criticamente sobre questões relativas ao trabalho, ao estigma associado aos usuários de drogas, a políticas públicas, direitos sociais e educação. Ao encerramento do grupo, depois de 7 encontros, percebeu-se que a escolha metodológica da Educação Popular possibilitou o grupo de usuários a adotarem uma postura crítica perante à realidade, tendo sido reforçado o compromisso político de cada um com os princípios do SUS, com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial.

O relato de experiência de Allann Carneiro et. al (2010), por sua vez, também foi realizado a partir da prática de residentes de Saúde Mental na construção de uma vivência de Educação Popular em Saúde Mental. Esta vivência foi facilitada a partir da realização de 5 fóruns comunitários constituídos por vários atores sociais, onde se estabeleceu um espaço democrático de problematização do tema da Saúde Mental. De acordo com o relato, pode-se constatar que a utilização da estratégia da EP na construção dos fóruns viabilizou a organização política dos sujeitos envolvidos no processo, de modo que pode-se perceber a potência da estratégia da EP em saúde para abrir caminhos para a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial. Neste artigo, limitou-se o fato de que a sistematização da experiência tenha sido realizada apenas por residentes.

O estudo de Branco, Silva e Soldatelli (2016) relata uma experiência de formação para familiares de usuários de álcool e outras drogas da RAPS do município de Vitória (ES). A partir da perspectiva teórico-metodológica da Educação Popular, as ações da formação foram realizadas em 10 encontros de 4 horas cada, no sentido de transformar o imaginário sociocultural dos "loucos e drogados". Esta abordagem da EP veio a valorizar os saberes culturais e populares dos participantes das ações, o que fortaleceu o encontro e o acolhimento, trazendo como resultado o empoderamento das famílias.

Andrade e GrisiVeloso (2015) trazem um trabalho descritivo acerca de sua experiência de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial, onde foram desenvolvidas 30 oficinas permeadas por atividades artísticas com base nos pressupostos teóricos da Psicologia Social Comunitária em diálogo com a Educação Popular e com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir disso, foi constatado que a Educação Popular em Saúde, com sua metodologia participativa, é extremamente relevante no que diz respeito às possibilidades de reflexão no campo da Saúde Mental abertas por ela sobre a realidade das pessoas em sofrimento psíquico.

Rückert et al (2014) descrevem a experiência de uma oficina intitulada "Oficina de Educação Popular em Saúde Mental para populações assentadas e acampadas em projetos de reforma agrária de Minas Gerais". Realizada pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra, a oficina baseada no referencial da Educação Popular abriu espaço para diálogo entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental acerca das experiências dos movimentos sociais de ambos os setores da saúde, permitindo que fossem valorizados os diferentes saberes e propostas ações integradoras mais condizentes com a realidade de saúde das populações. Além disso, foram produzidas novas compreensões acerca do sofrimento mental e da valorização das práticas de cuidado e formas de luta por saúde de todos os envolvidos.

Além dos estudos já citados, outros dois dos artigos selecionados correspondem a pesquisas-intervenção. O estudo de Deivison Santos et. al (2019) corresponde a uma pesquisa em que, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, utilizou-se a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como estratégia de intervenção na tentativa de incluir os usuários dos serviços de saúde nas decisões dos seus tratamentos farmacológicos, empoderando-os. Apesar da GAM ter surgido

no Canadá, o referido estudo permitiu analisá-la a partir de alguns referenciais brasileiros, como o da Educação Popular. Foi realizado a partir da percepção dos trabalhadores moderadores dos Grupos GAM realizados em 11 serviços de saúde de duas cidades de São Paulo (SP). Conforme o próprio Guia GAM sugere, cada grupo realizou de 18 a 22 encontros. Ao fim da intervenção, os autores reforçam a ideia de que são necessárias mudanças na práticas em Saúde Mental, principalmente no que diz respeito à valorização do usuário em seu tratamento, situação que pode ser facilitada com práticas baseadas na metodologia da Educação Popular. Neste estudo, considera-se que foi limitante o fato de que apenas a percepção dos trabalhadores foi considerada para a avaliação dos resultados; além disso, houve uma variedade nos formatos dos grupos, uma vez que cada grupo possuía um moderador diferente.

Já a publicação de Hoffmann e Maximo (2019) trata-se de uma pesquisa-intervenção realizada em um CAPS AD, que objetivou compreender e intervir com usuários da RAPS por meio do referencial da Educação Popular em Saúde. Foram realizados encontros semanais no período entre fevereiro e novembro de 2016. De acordo com a pesquisa, percebeu-se que as intervenções em EPS potencializaram e viabilizaram o diálogo, a alteridade e a solidariedade. Os pesquisadores constataram, entre outras conclusões, a possibilidade de que trabalhadores e pesquisadores façam EPS na RAPS em um sentido de afirmação e resistência das conquistas da Reforma Psiquiátrica, e de reinvenção das práticas de produção de saúde. Como limitação deste estudo, foi apontada a falta de tempo disponível para a realização da pesquisa; além disso, apareceu como um desafio o momento da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o que reforça as relações hierárquicas de divisão social do trabalho, raça, poder e gênero - trazendo à tona justamente o contrário do que propõe a EPS.

Por fim, Shirley Santos e Carnut (2018) realizaram uma pesquisa-ação sobre o Projeto de Geração de Renda - Mentres que fazem, da RAPS de um município de Pernambuco (PE), sob a perspectiva da Educação Popular, entre março e abril de 2016, a fim de promover reflexões críticas acerca da ideia de trabalho emancipado segundo os princípios da economia solidária. Além disso, o estudo foi realizado levando em consideração o contexto da Política de Saúde Mental. A pesquisa concluiu que o trabalho enquanto parte do processo de reabilitação psicossocial, para que seja emancipatório para pessoas com experiência na loucura, precisa se sobrepor ao simples objetivo da geração de renda. Constatou-se, ainda, na referida pesquisa, que

ao articular Educação popular, Saúde Mental e economia solidária, tem-se um projeto favorável à Reforma Psiquiátrica, ao SUS, à emancipação dos sujeitos, tendo como base o diálogo, a construção coletiva e o respeito às singularidades.

7. DISCUSSÃO

Para dar início a esta discussão sobre Educação Popular em Saúde Mental, é preciso retomar o conceito primordial de desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica. Segundo Amarante (2003b), Franco Basaglia, o precursor do movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana, propôs a desinstitucionalização da loucura como uma ideia de superação paradigmática, orientada pela abertura de um novo cenário prático-discursivo acerca de loucura e do sofrimento humano. Na mesma linha, Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), reconhecem a desinstitucionalização da loucura como uma estratégia correspondente a uma série de práticas sociais que pretendem modificar tudo o que a sociedade percebe e entende por loucura e doença mental.

A Reforma Psiquiátrica e a estratégia da desinstitucionalização da loucura se articulam à medida que ambas questionam a centralidade do saber psiquiátrico e o modelo médico-psicológico estigmatizador e excludente, e entende-se que para o processo da reforma psiquiátrica é preciso muito mais do que apenas uma reforma no modelo assistencial e uma reorganização de serviços: é preciso desinstitucionalizar. De acordo com Amarante (2003b), a desinstitucionalização diz respeito a um processo complexo de reconstrução de saberes e práticas, de estabelecimento de novas relações. Para o autor, trata-se de um processo de produção de novos direitos e novos sujeitos: novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.

Apesar disso, Koda (2003) afirma caber aos serviços e às próprias instituições o desafio de romper com as práticas institucionalizantes que reduzem os sujeitos a saberes psis. Amparar estes sujeitos na construção de seus projetos de vida, bem como na construção de interfaces com outros setores e no reajuste dos usuários em seus respectivos territórios, são estratégias desinstitucionalizantes possíveis para estes serviços. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), por sua vez, apontam que os principais atores do processo de desinstitucionalização são: os técnicos trabalhadores

das instituições, os quais têm influência direta na organização destas a partir dos seus papéis enquanto profissionais; e os pacientes, que também tornam-se atores quando a relação terapêutica entre profissionais e usuários é utilizada para cobrar a responsabilidade dos outros atores institucionais, dos administradores locais dos técnicos das estruturas sanitárias locais, e até mesmo dos políticos.

O Movimento de Luta Antimanicomial também se insere nesse contexto de desinstitucionalização ao objetivar uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional, com a transformação do lugar social dado ao louco e com o estigma da loucura, para resgatar a dimensão da cidadania, do desejo e do lugar dos sujeitos ditos loucos na comunidade. Desconstruir o modelo asilar significa inverter o discurso manicomial a partir da transformação dos discursos, saberes e sentidos alocados no tratamento em Saúde Mental, ou seja: é preciso inverter as posições costumeiramente ocupadas por profissionais e usuários (KODA, 2003).

É aí que entra a Educação Popular nesse processo: Branco, Silva e Soldatelli (2016) trazem como ponto importante do método da EP, a validação do saber prévio do educando como ponto de partida do processo pedagógico. Além disso, as autoras enfatizam a importância da construção compartilhada do conhecimento sobre determinado problema como fundamentais para sua superação. No contexto da Saúde Mental, a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) aparece como uma estratégia de alteração das relações de poder de modo que os usuários passem a ter efetiva participação nas decisões relacionadas a seus próprios tratamentos. Além disso, essa estratégia, oriunda da problematização do gerenciamento do uso de psicofármacos no Canadá na década de 1990, considera o diálogo e a troca entre os usuários em tratamento como fundamental (SANTOS, D. et. al, 2019).

Nesse sentido, o estudo de Deivison Santos et. al (2019), realizado a fim de avaliar a percepção de trabalhadores de Saúde Mental moderadores de grupos GAM acerca da própria Gestão Autônoma da Medicação a partir do referencial da Educação Popular, identificou em seus resultados que ter escutado a experiência do usuário dos serviços foi essencial para a revalorização dos profissionais acerca do saber popular. Segundo aparece no referido estudo, a partir da experiência com os grupos GAM, os profissionais passaram a considerar o saber popular como mais importante do que o saber técnico apresentado nos livros. Além disso, a pesquisa também relaciona a GAM à construção de autonomia dos sujeitos em tratamento. Ou seja, é possível

entender que a Educação Popular em Saúde Mental funciona. Mas funciona para quê?

Na verdade, ao analisar os artigos selecionados na presente revisão de literatura, pode-se perceber que o conceito de autonomia aparece muitas vezes a fim de tanger, articular e sustentar os conceitos, contextos, campos e práticas relativos à desinstitucionalização, à Reforma Psiquiátrica, à Luta Antimanicomial e enfim, à Educação Popular em Saúde Mental. O estudo de Rückert et. al (2014), que relata a experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, por exemplo, aponta que instâncias como a escuta, o diálogo e o cuidado, quando orientados pela metodologia da Educação Popular, são produtores de autonomia no campo da Saúde Mental. Além disso, as autoras também apontam a importância do movimento social para a vida das pessoas excluídas socialmente na construção de identidades, sociabilidades, e também de autonomia.

Allann Carneiro et. al (2010) acreditam que uma prática educativa voltada para a produção de autonomia e liberdade pode impulsionar e incentivar as trocas e interações entre os diversos sujeitos envolvidos em algum problema social, levando à construção conjunta de conhecimento e à organização política. Conforme Hoffmann e Maximo (2019) concluíram em sua pesquisa-intervenção com os usuários da RAPS da cidade de Itajaí (SC), existem variadas maneiras de se fazer EPS, sendo que um caminho possível pode ser trilhado por trabalhadores e pesquisadores da RAPS a fim de seguir uma direção de afirmação e resistência das conquistas da RP e de renovação das práticas de produção de saúde. No campo da Saúde Mental, segundo apresenta o estudo de Rückert et. al (2014), uma experiência de troca de saberes e conhecimentos entre usuários da Rede de Atenção Psicossocial, pode impulsionar processos reivindicatórios conforme possibilita um aumento na compreensão em Saúde Mental e abre espaço para problematizar as lacunas existentes nas políticas e na Rede. E não é sobre isso que se trata a Luta Antimanicomial?

De acordo com Gomes (2013), o Movimento da Luta Antimanicomial é o principal movimento social organizado do país que demanda por uma Reforma Psiquiátrica realmente transformadora, justamente por estimular o processo de desinstitucionalização e propor uma política de Saúde Mental capaz de defender a construção de uma cultura que “comporte a diversidade e a diferença para a transformação da relação entre a sociedade, a loucura, o louco e suas instituições” (GOMES, 2013, p. 20). Assim, é válido pensar na Educação Popular como um

referencial potente a ser utilizado no campo da Saúde Mental a fim de promover uma Reforma Psiquiátrica justa e revolucionária a partir da produção de autonomia, cidadania, subjetivação, união e luta dos sujeitos considerados loucos.

No entanto, considerando a Educação Popular enquanto um referencial pautado por um viés dialógico e democrático, é inevitável deixar de pensar nas dificuldades impostas a sua aplicação no momento atual da política brasileira, que se encontra sob o regime de um governo neoliberal e autoritário que promove constantes ameaças à democracia, incessantemente movimentando forças e ideais conservadores e antidemocráticos (BOITO, 2020). No estudo de Hoffmann e Maximo (2016) anteriormente citado, os autores inclusive apontam o próprio neoliberalismo como umas das limitações de sua pesquisa-intervenção, uma vez que segundo eles, o discurso neoliberal produz existências baseadas em valores opostos aos que a Educação Popular em Saúde propõe desconstruir. Assim, ainda que seja válida e importante a aplicação do referencial da EP no campo da Saúde Mental, reconhece-se também as dificuldades de pô-la em prática quando as políticas públicas do país estão nas mãos de um governo autoritário e conservador, mesmo quando seu potencial esteja justamente atrelado à construção de subjetividades e resistências.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após realizadas a análise dos resultados e a discussão da presente revisão de literatura sobre a temática da Educação Popular em Saúde mental, pode-se considerar que esta deve ser uma ferramenta viabilizadora da Reforma Psiquiátrica extremamente válida e potente: afinal, quando temos uma prática baseada no diálogo, no empoderamento dos sujeitos e na valorização dos saberes populares, como é a EP, é natural que utilize-se dela para o auxílio na superação de problemas sociais - e no que diz respeito ao campo da Saúde Mental no Brasil, os problemas sociais são históricos, diversos, e têm se agravado.

Depois de mais de trinta anos de avanços nas políticas de Saúde Mental no Brasil, atualmente a situação é de retrocesso no andamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São mais de trinta anos de conquistas sendo descartados e ameaçados, assim, como se nada fossem. Como se a Lei 10.216/01 nada fosse; como se a RAPS nada fosse; como se a Luta Antimanicomial nada fosse. E mais do que isso: como se

conquistas de processos democráticos nada fossem. Porque quando temos um contexto político de ameaça aos aparelhos e instituições democráticas no país, torna-se uma questão de tempo até que comecem os desmontes do que um dia foi conquistado a partir da luta de movimentos sociais e da participação popular.

Atualmente, a propagação de ideias neoliberais no Brasil tem incentivado a desconfiança da população na capacidade do Estado em gerenciar o país, reforçando valores individuais e a falácia de que a solução para tudo seria a intervenção mínima do Estado, passando a empoderar ainda mais os entes privados (SANTOS, I. e VIEIRA, 2018). A ascensão do setor privado, por sua vez, tem refletido no campo das políticas de Saúde Mental.

Em 2019, o Ministério da Saúde lançou a Nota Técnica 11/19 que apresenta um compilado das mudanças em portarias, resoluções, decretos e editais nas políticas de Saúde Mental, representando o que ficou conhecida como a “Nova Política de Saúde Mental”, que pretende inúmeros desmontes na Reforma Psiquiátrica Brasileira (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; BRASIL, 2019), como por exemplo, a inclusão dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas na RAPS, que passam a ser financiadas a partir do investimento público. Além disso, a Nova Política de Saúde Mental considera uma abordagem punitivista e proibicionista acerca das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019). Ou seja, nos últimos quatro anos, o cenário tem sido decadente, e a ideia de desinstitucionalização parece cada vez menos importante no atual cenário político brasileiro.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), consideram inclusive paradoxal que mesmo com uma política neoliberal de contenção de gastos em saúde e intervenção mínima do Estado, ainda assim as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos estão sendo amplamente financiados. Tem-se realizados diversos movimentos direcionados ao tratamento em Saúde Mental pautado na reclusão, no controle e na institucionalização da população. Afinal, quem se beneficia com tudo isso? E como ficam as possibilidades de abertura para a Educação Popular nesse processo? Por isso, é preciso lutar - e juntamente com a Luta Antimanicomial, a Educação Popular em Saúde Mental deve ser uma das principais aliadas nesse processo resistência da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No entanto, apesar de ser notável a força da Educação Popular em Saúde Mental para a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, foi possível perceber, a partir da presente revisão de literatura, que ainda pesquisa-se pouco acerca desta

temática. Assim, sugere-se que mais pesquisas e experiências sejam realizados nesta área - sejam pesquisas-intervenção, pesquisas-ação, ou até mesmo outras revisões de literatura, possivelmente maiores e mais abrangentes, para que se conheça mais sobre o assunto e se tenha um melhor parâmetro acerca do que tem sido publicado ou escrito sobre o assunto. Além disso, pode ser que intervenções de Educação Popular em Saúde Mental possam ser pensadas e direcionadas para além dos usuários e/ou profissionais da RAPS, uma vez que para uma sociedade verdadeiramente desinstitucionalizada, a Luta Antimanicomial deve ser de todos nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVERGA, Alex Reinecke de.; DIMENSTEIN, Magda. A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização da Loucura. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.20, p.299-316, jul./dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>. Acesso em: 14 ago. 2021.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003b. p. 45-65.

AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos Pela Vida: a Trajetória Da Reforma Psiquiátrica No Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AMARANTE, Paulo.; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no sus e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ANDRADE, Lucélia de Almeida; GRISIVELÔSO, Thelma Maria. Arte e Saúde Mental: uma experiência com a metodologia participativa da Educação Popular. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João del-Rei, v. 10, n. 1, p. 79-87, jun. 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 dez. 2021.

ARAÚJO, Ana Katarina de; SOARES, Valéria Leite. Trabalho e Saúde Mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB. **Saúde em Debate [online]**. São Paulo, v. 42, n. spe4, p. 275-284, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S422>.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade *et al* (org). **Saúde democracia: história e perspectivas do SUS**. 1.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, cap.9, p.285-306

BONETTI, Osvaldo Peralta. Por uma institucionalidade transformadora e contra-hegemônica: reflexões sobre o inédito viável da Política de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 25. e200660, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200660>. Acesso em: 26 ago. 2021.

BOITO, Armando. Neofascismo e neoliberalismo no Brasil do Governo Bolsonaro. **Observatorio Latinoamericano y Caribeño**. Buenos Aires, n.2, v.4, p. 9-30, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/observatoriolatinoamericano/article/view/6026/5719>. Acesso em: 21/01/2022.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**. São Paulo, n.128, p. 13-26, jan./fev./mar. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393/171491>. Acesso em: 16 dez. 2021

BRANCO, Niceia Maria Malheiros Castelo; SILVA, Denise Valory da; SOLDATELLI, Sandra Marcia Ribeiro. Desconstruindo mitos e preconceitos sobre "loucos" e "drogados": uma proposta de ação educativa para familiares de usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da educação popular. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João del-Rei, v. 11, n. 3, p. 602-612, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 dez. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/628932/pg-2-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-09-04-2001>. Acesso em: 6 set. 2021.

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. **Diário Oficial da União**, 20 set.1990. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109386/lei-8080-90>. Acesso em: 12 jul. 2021.

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. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109610/lei-8142-90>. Acesso em 12 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. 1. ed. Brasília: 2013.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria de consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1040&pagina=1&data=03/10/2017&totalArquivos=716>. Acesso em: 05 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf. Acesso em: 03 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 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** Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação popular**. 1. ed. Brasília: Brasiliense, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma Introdução ao Conceito de Promoção de Saúde. In: COSTA, Dina Czeresnia; FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 1, p. 15-38.

CARNEIRO, Allann da Cunha *et al.* Educação popular em Saúde Mental: relato de uma experiência. **Saúde e Sociedade [online]**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 462-474, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200021>. Acesso em: 19 dez. 2021.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite *et al.* Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Revista Panamericana de Salud Pública**.

Washington, v.31, n.2, p. 115-120, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2012.v31n2/115-120>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CARRERA, Mariana; MALIK, Ana Maria. Modelos de gestão na administração pública da saúde. In: SANTOS, Tadeu Borges Souza; PINTO, Isabela Cardoso de Matos (org). **Gestão Hospitalar no SUS**. Salvador: EDUFBA, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/33083/1/Gestao%20Hospitalar%20no%20SUS_RI.pdf#pag e=28. Acesso em: 15/12/2021.

CHAVES, Lilian. Loucura, participação social e desinstitucionalização nos relatórios das conferências nacionais de Saúde Mental. In: CONGRESSO MUNDIAL DE ANTROPOLOGIA, 18., 2018, Florianópolis. **Anais eletrônicos**. Florianópolis: Tribo Ilha, 2018. v.3 p.3599-3607. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Lilian-Chaves/publication/329545263_Loucura_participacao_social_e_desinstitucionalizacao_nos_relatorios_das_Conferencias_Nacionais_de_Saude_Mental/links/5c0ef924299bf139c74fb1c5/Loucura-participacao-social-e-desinstitucionalizacao-nos-relatorios-das-Conferencias-Nacionais-de-Saude-Mental.pdf. Acesso em 17 ago. 2021.

CORDEIRO, Alexandre Magno *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, dez. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>>. Acesso em: 27 ago. 2021.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; MARTINS, Laércio; REQUIÃO, Maurício. À beira do abismo e ao encontro do absurdo: considerações sociojurídicas sobre a Nota Técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde. **Revista Jurídica (FURB)**. Blumenau, v. 23, n. 50, p. 1-23, jan./abr. 2019. Disponível em: <<https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/7918>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html#topo>. Acesso em: 17/01/2022.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p.13-44.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de Saúde Mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 31 dez. 2021.

DELGADO, Pedro. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0021241, 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Acesso em: 10 ago. 2021.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade *et. al* (org). **Saúde democracia: história e perspectivas do SUS**. 1.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap.2, p.59-81.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas "estado da arte". **Educação & Sociedade**. Campinas, v. 23, n. 79, p. 257-272, ago. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302002000300013>. Acesso em: 27 ago. 2021.

FREIRE, Caroline; ARAÚJO, Débora Peixoto. **Política Nacional de Saúde: Contextualização, Programas e Estratégias Públicas Sociais**. 1. ed. São Paulo: Érica, 2015.

FREIRE, Paulo.; NOGUEIRA, Adriano. **Que fazer: Teoria e técnica em Educação Popular**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

GERSCHMAN, Sílvia; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, Nísia Trindade *et. al* (org). **Saúde democracia: história e perspectivas do SUS**. 1.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap.10, p.307-351

GOMES, Anna Luíza Castro. **A Reforma Psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa - PB**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13806>. Acesso em: 30/12/2021

HOFFMANN, Jonatan; MAXIMO, Carlos Eduardo. A Educação Popular em Saúde como dispositivo transformador das práticas da Rede de Atenção Psicossocial no município de Itajaí-SC. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João del-Rei, v. 14, n. 1, p. 1-14, mar. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 dez. 2021.

HOHENDORFF, Jean Van. Como escrever um artigo de revisão de literatura. In: KOLLER, Sílvia H.; COUTO, Maria Clara P. de Paula; HOHENDORFF, Jean Van (org). **Manual de produção científica**. São Paulo: Penso Editora Ltda, 2014. p.39-54

KODA, Mima Yamazalo. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, Paulo. (Coord). **Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 67-87.

MATTA, Gustavo Correa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (org). **Políticas de Saúde:**

organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2007. p.61-80.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** 1.ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A Declaração Universal dos Direitos Humanos,** 1948. Disponível em: https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/por.pdf. Acesso em: 14 de agosto de 2021

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 08 set. 2021.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. Série B textos básicos de saúde. 2007, p.13-17.

REGO, Noelia Rodrigues Pereira. Educação Popular, educação libertária e os movimentos sociais como meios de insurgência e resistência em nossas terras. **Revista de Ciências da Educação.** São Paulo, n. 41, p. 163-188, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.19091/reced.v0i0.700>. Acesso em: 21 ago. 2021.

RIBEIRO, Marcos Aguiar. Dialogicidade e arte na formação para o SUS: resenhas do projeto VER-SUS na perspectiva da educação popular. **Revista Destaques Acadêmicos.** Lajeado, v.7, n.3, p.138-141, 2015. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/487/479>. Acesso em: 15 jun. 2021.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de.; MAURI, Diana. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (org). **Desinstitucionalização.** 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 01 set. 2021.

RÜCKERT, Bianca *et al.* Diálogos entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental: a experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST na ESP MG. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online].** Botucatu, v. 18, p. 1537-1546, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0470>. Acesso em: 23 dez. 2021.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da Saúde Mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.19, e00313145, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SANTOS, Deivison V. Dantas dos *et al.* Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde. **Saúde e Sociedade [online]**. v. 28, n. 2, p. 261-271, abr./maio/jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180860>. Acesso em: 03 jan. 2022.

SANTOS, Nelson Rodrigues. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>. Acesso em: 07 set. 2021.

SANTOS, Shirley Alves dos; CARNUT, Leonardo. Trabalho, sentidos e Saúde Mental: percepção de participantes em um projeto para geração de renda. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**. Londrina, v. 39, n. 2, p. 159-180, dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-54432018000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 dez. 2021.

SANTOS, Isabela S.; VIEIRA, Fabiola S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 23, n. 7, 2018, p. 2303-2314. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>. Acesso em: 21 jan. 2022.

SÃO PAULO (Prefeitura Municipal). Secretaria dos Direitos Humanos e Cidadania. **Cadernos de Formação - Educação Popular e Direitos Humanos**. São Paulo: Editora Instituto Paulo Freire, 2015.

SOUZA, Marcio Costa *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia Integral. **O mundo da saúde**. São Paulo, v.36, n.3, p. 452-460, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf. Acesso em: 01 ago. 2021.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular e Atenção à saúde da família**. 6. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2015.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 635-667

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.