

Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência

Marco José de Oliveira Duarte*

Resumo

O artigo analisa a política nacional de saúde mental do Brasil, objetivando efetuar um balanço sobre a atual situação da Reforma Psiquiátrica brasileira, apontando os marcos históricos e os dados da conjuntura política recente, enfatizando os avanços, limites e desafios. Foi realizada pesquisa documental através de documentos oficiais, portarias e bancos de dados do Sistema Único de Saúde, bem como de revisão da literatura especializada. Os resultados apontam, as contradições do processo de construção da rede de atenção psicossocial da política pública no âmbito do SUS, ressaltando, os dilemas das gestões públicas dos últimos tempos e, em particular, com o desmonte da Reforma Psiquiátrica, com a nova política de saúde mental com investimento nos modelos manicomial e proibicionista e os desafios postos para o trabalho profissional do Serviço Social.

Palavras-chave: política de saúde mental; reforma psiquiátrica; rede de atenção psicossocial.

Mental health and drugs policy: challenges to the professional work in times of resistance

Abstract

The article analyzes the national policy of mental health in Brazil, aiming to evaluate the current situation of the Brazilian Psychiatric Reform, pointing out the historical milestones and data of recent political conjuncture, emphasizing the advances, limits and challenges. Documentary research was done through official documents, ordinances and databases of Unified Health System, as well as a review of the specialized literature. The results point out the contradictions in the process of building the public health psychosocial care network within the scope of the SUS, highlighting the dilemmas of recent public administrations and, in particular, the dismantling of the Psychiatric Reform with the a new mental health policy with investment in the asylum and prohibitionist models and the challenges posed to the professional work of Social Work.

Keywords: mental health policy; psychiatric reform; psychosocial care network.

Recebido em: 14/06/2018

Aprovado em: 29/11/2018

* Professor Adjunto do Curso de Graduação em Serviço Social, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF, MG, Brasil. Professor Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: majodu@gmail.com

Introdução

Durante as comemorações dos 60 anos da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), no mês de maio desse ano, como as diversas atividades conjuntas pelo mês do/a assistente social, estivemos em duas mesas, uma para tratar da “Política de saúde mental e novas abordagens: desafios e possibilidades na atuação dos/as assistentes sociais”, que ocorreu articulado ao II Simpósio de Serviço Social do Hospital Universitário da UFJF, no dia 14 de maio, primeira atividade da Semana do/a Assistente Social de Juiz de Fora, e a outra, que teve como tema a “Nossa escolha é a resistência: somos classe trabalhadora! Em defesa dos direitos da população e do trabalho profissional de qualidade”, ocorreu integrado ao Curso de Serviço Social da UNIVERSO de Juiz de Fora/MG, como última atividade da referida semana comemorativa pela passagem do mês do/a assistente social

O artigo que ora se apresenta, na seção especial dos 60 anos da FSS/UFJF, pela Revista *Libertas* do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFJF, portanto, é com referência a essas duas falas-intervenções, em que sistematizada, dá-se um contorno mais formal e com propriedade ao tema da política pública de saúde mental e drogas, a partir da perspectiva da resistência da classe trabalhadora inserida nesse setor do Estado brasileiro que se encontram muitos/as assistentes sociais.

2018, além dessa comemoração no âmbito do Serviço Social de Juiz de Fora, também se destaca pelos 40 anos do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil (1978-2018) e o processo de ruptura com o modelo hospitalocêntrico-manicomial, até então hegemônico, na história brasileira da assistência em saúde mental. O lema por uma sociedade sem manicômios, instituída pelo movimento da luta antimanicomial há 30 anos atrás, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru-SP, fazia afirmar a resistência na luta contra a ditadura civil-militar e buscava radicais transformações no campo do cuidado em saúde mental que superava o modelo asilar (PIITA, 2011), mas que se reafirma, hoje, pela luta pela democracia no país e pela garantia e defesa intransigente do Sistema Único de Saúde (SUS) público, universal, com atenção integral e antimanicomial.

O objetivo deste artigo é efetuar uma análise histórica do desmonte da Reforma Psiquiátrica brasileira no contexto atual dos retrocessos impostos à política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, apontando as ambiguidades presentes no processo recente de sua construção oficial, seus avanços, limites e impasses que se deram antes, durante e após o

golpe instalado no país. Em termos metodológicos, foi realizada pesquisa bibliográfica e documental, em particular, através de documentos oficiais, como portarias e bancos de dados do SUS, e, seus resultados, assim, são discutidos a partir da teoria social crítica e pela perspectiva antimanicomial radical no campo da saúde mental.

Ao tomarmos como referência a análise da política, uma das questões que vem à tona é que o Brasil tem instituições democráticas frágeis, portanto, a coexistência de modelos político-administrativos tanto modernos e democráticos, como instaurado pelo processo de democratização das políticas pós-Constituição Cidadã, quanto tradicionais e conservadoras, resquício do processo da formação social brasileira escravista, colonialista e patrimonialista.

Os especialistas no tema da análise das políticas públicas destacam três dimensões para esse feito, qual seja, a histórica e institucional, a processual e a organizativa. Neste sentido, em particular, Walt e Gilson (1994) destacam a perspectiva conjuntural de emergência e de desenvolvimento de uma determinada política e acrescentam para análise da mesma, quatro categorias: atores, contexto, processo e conteúdo.

Na realidade, os atores são influenciados (como indivíduos e como membros de grupos de interesse ou associações profissionais) pelo contexto em que vivem e no qual trabalham, tanto o do nível macrogovernamental e ao nível microinstitucional. O contexto é afetado por muitos fatores, como a instabilidade ou insegurança criados por mudanças no regime político ou nas guerras; pelas ideologias neoliberal ou socialista, pela experiência histórica e cultural. O processo de elaboração de políticas (como as questões que entram para a agenda política ou como são excluídas dela), por sua vez é afetado pelos atores, por suas posições nas estruturas de poder, por seus próprios valores e por suas expectativas. E o conteúdo da política irá refletir algumas ou todas as dimensões acima (WALT; GILSON, 1994, p. 355).

Desta forma, para Baptista e Mattos (2011), as políticas públicas estão “associadas a construções históricas e modos de operar próprios de cada realidade, de cada Estado. Toda política se insere numa trajetória geral e também específica e se constitui numa institucionalidade que, de alguma forma, a condiciona e dá sentido (BAPTISTA; MATTOS, 2011, p. 67). Assim, destacam “o reconhecimento de que nenhuma política prescinde da participação de sujeitos e que existem inserções dos mesmos no debate político” (BAPTISTA; MATTOS, 2011, p. 70), na esfera pública, que não sem tensão, divergências e conflitos, esses sujeitos, de forma individual ou coletiva, disputam, conciliam e pactuam a direção política do processo de gestão e implementação de uma determinada política pública.

Desta forma, propõe-se com esse artigo a tratar dessa dinâmica, seus atores, os contextos, os processos políticos e o conteúdo próprio da política pública de saúde mental e drogas no Estado brasileiro nos últimos anos até os dias atuais, no sentido de demarcar a

desconstrução de uma política social por parte da atual gestão do governo federal e a que está por vir a tomar posse em janeiro de 2019.

Atores, contextos e processos históricos da política pública de saúde mental

Ao tratar do tempo presente, faz pertinente situar a importância fundamental da última conferência nacional de saúde mental no Brasil, realizada de 27 de junho a 01 de julho de 2010 (BRASIL, 2010a), que seguiu todas as etapas desse processo, das discussões locais nos equipamentos da rede de saúde mental, de forma conjunta entre trabalhadores, usuários e familiares, reforçando uma cultura política e democrática no campo da saúde mental que se institucionalizou nos dispositivos assistenciais da atenção psicossocial, passando pelas municipais, regionais e estaduais.

De forma inédita, inaugural e estratégica, o chamado para as mesmas ocorreu com um adicional político, com desenho da intersetorialidade. Portanto, apesar de ser a quarta, na história das sucessivas conferências, que teve como marco a primeira, no ano de 1987, no Rio de Janeiro -antes, porém, do SUS constitucional, mas, depois da paradigmática e política VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986-, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) só pode se realizar com o conjunto de incentivos de outras pastas setoriais, na medida em que tanto o Ministério da Saúde como o Conselho Nacional de Saúde não queriam realizar mais tipo de formato, as conferências setoriais, mas foi em decorrência da Marcha dos usuários, em Brasília, em 2009, que houve um comprometimento intersetorial para que a histórica e última conferência fosse convocada.

Após a realização da IV CNSM-I, com um Relatório Final robusto, ao final do mesmo ano emerge o Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010b), com a participação, acordo e pacto da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, garantindo aumento de vagas para os usuários e financiamento público nas comunidades terapêuticas¹, além de se omitir quanto ao processo de internações forçadas nas principais capitais brasileiras, levado a cabo por agentes públicos de forma repressora e autoritária.

Ao analisar que o intervalo entre a III CNSM e a IV CNSM-I tem nove anos, e que a conferência realizada em 2001 realiza-se oito meses depois da promulgação da Lei Federal Nº 10.216² -a nova Lei da saúde mental-, portanto, esse será o debate do evento, no sentido de dar direção ético-política a rede de atenção integral à saúde mental³ que emerge e visibiliza,

ainda mais com a legislação, que imprime estatuto de política pública de Estado, apesar do acordo de lideranças partidárias e os substitutivos apresentados.

Interessante ressaltar que o texto final da referida Lei é bem distante da radicalidade do seu projeto de lei original, pois manteve a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas e apontando para uma proposta de mudança do modelo assistencial. Segundo Yasui (2010),

Sete (4^a a 10^a) de seus treze artigos, referem-se exclusivamente à regulamentação da internação psiquiátrica, enquanto dois (1^a e 2^a) aludem aos “direitos e à proteção das pessoas acometidas de transtorno mental”. A mudança de modelo de atendimento aparece como uma sugestão no item IX do parágrafo único, do artigo 2^a, expressa como direito da pessoa em “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. Os outros artigos se relacionam à responsabilidade do Estado, às pesquisas científicas e à criação de uma comissão para acompanhar a implementação da lei (YASUI, 2010, p. 63).

A Coordenação Nacional de Saúde Mental, por conta Lei Federal, como da III CNSM, deflagrou diversas legislações, através de Portarias, em particular a GM/MS N° 336/2002 (BRASIL, 2002), para fazer avançar a Reforma Psiquiátrica em todo o território brasileiro, em particular, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), suas modalidades, abrangências, financiamento etc.

Contudo, em alguns estados da federação já haviam legislações específicas, pulsionada pela militância antimanicomial, mas sem sombra de dúvida, a nova lei da saúde mental veio contribuir tanto para a diminuição dos leitos psiquiátricos, em processo de ampliação da rede substitutiva dos mesmos através dos CAPS, como em novos dispositivos assistenciais e socioculturais, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (BRASIL, 2000), os Centros de Convivência e Cultura, as Cooperativas de Trabalho, o trabalho protegido e os diversos projetos de economia solidária, de geração de emprego e renda e de iniciativas culturais. Assistiu-se a um processo de implantação, expansão e consolidação da nova rede de saúde mental no Brasil, a partir dos anos 2000, ainda mais com a Lei Federal N° 10.708, de 31 de julho de 2003, ao instituir o Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2003a), no primeiro ano do governo Lula, dando mais respaldo ao processo de desinstitucionalização em curso e a estruturação de um modelo de atenção psicossocial bem mais amplo e potente.

Atenção psicossocial vai se definindo por (...) novos dispositivos que trabalham pela transformação radical dos modelos institucionais e da ética em que se pautam (...). Desse modo, é possível indicar que configura um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao modo asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura

necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão. (AMARANTE, 2003, p. 34).

Nessa retrospectiva, sobre o modelo assistencial CAPS, observa-se uma hegemonia nessa denominação, por parte do Ministério da Saúde, vinculado a identificação desse modelo na cidade de São Paulo, fundado em 1987, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS Itapeva). Diferente do modelo Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos, que se instituiu pela radicalidade da intervenção, em 1989, na Casa de Saúde Anchieta, a “Casa dos Horrores”, um hospital psiquiátrico particular, conveniado com o setor público, para manter mais de 500 pacientes de forma desumana em dependências capazes de abrigar, no máximo, 250 internos.

Sem dizer, portanto, de outros modelos que emergiram, mas com a mesma identidade assistencial e perspectiva antimanicomial, do cuidar em liberdade, que se organizaram em torno de gestores, trabalhadores, usuários e familiares, como, em 1993, em Belo Horizonte - MG (Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM), em 1991, em Angra dos Reis - RJ (Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental – CAIS), em 1988, em São Lourenço do Sul - RS (Pensão Nossa Casa), etc.

Assim, a escolha CAPS, em âmbito nacional, é uma direção política-assistencial, na medida em que não funciona 24 horas, diferente dos modelos NAPS ou CERSAM. Mas em decorrência desses últimos, a nomenclatura CAPS III foi instituída pela referida Portaria de 2002. A questão, contudo, da base comunitária desses dispositivos técnico-assistenciais, implicados na sua base territorial, como na relação com os equipamentos da atenção primária à saúde, continuavam a ser desafios para a concretização da Reforma Psiquiátrica, assim como os manicômios judiciários ainda existentes no país.

Observa-se que o intervalo, como vimos, entre as duas conferências de 2001 e 2010, além de extensivo, por um lado, o que demonstra pouca participação e controle social sobre a política pública e sua gestão, restringindo-se as conferências nacionais de saúde e seus processos de organização. De outro lado, apesar de uma certa hegemonia na direção política da Reforma Psiquiátrica, pactuadamente, em outros níveis, orquestrado pelo Ministério da Saúde, fez implementar, em níveis locais, a partir do SUS, a política pública de saúde mental, com as contradições inerentes ao processo de controle social pelos conselhos de saúde, nas três esferas de sua organização.

Para um apontamento crítico sobre o campo da saúde mental na atualidade

Aqui toma-se como análise crítica os acontecimentos acima, a partir de 2010, aferindo duas questões, que se traduzem em dois momentos distintos dessa conjuntura política. A primeira questão localiza-se no final do segundo mandato de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010) e a primeira gestão de Dilma Rousseff (2011-2014). Esse trânsito foi acompanhado, no campo da saúde mental, do debate do *Crack*, e os equívocos que se sucederam nesse processo ao privilegiar uma única droga e a aliança com setores conservadores, ampliados a partir daí, com ênfase nas comunidades terapêuticas, com abertura de vagas e um novo processo de manicomialização. Ou seja, colocou-se em risco, a partir do Estado neoliberal, a governabilidade e a governança do modo petista de poder na sua relação com a sociedade civil organizada, atendendo a interesses diversos, orquestrado pela conciliação de interesses de classes, típico do lulismo e que teve continuidade na nova gestão.

Entretanto, na ausência de fóruns de participação social, convocado pela gestão federal da saúde mental, o que deveria ter acontecido era a realização da V conferência nacional de saúde mental, inclusive para sustentar a rede temática da saúde mental, agora denominada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a Portaria GM/MS Nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011)⁴, e a inserção formal das comunidades terapêuticas como serviços de atenção residencial de caráter transitório, que foram sendo reforçadas nos Programas Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, em 2010 e o Crack, é possível vencer, em 2011.

Cabe salientar que numa conjuntura política de retração do papel do Estado, de precarização das condições de trabalho e a presença permanente das forças oponentes à política de saúde mental, lideradas tanto por corporações médicas como pelas forças políticas conservadoras, reedita-se o higienismo e a criminalização de parcelas significativas da população, com a lógica de internações forçadas, fruto da “guerra as drogas”, impondo desafios e obstáculos ao avanço de um cuidado antimanicomial e antiproibicionista.

Assim, por conta das disputas internas na base governista através dos gestores da saúde mental, que davam sustentação a direção política da nova Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD), realiza-se, em dezembro de 2013, o I Encontro Nacional da RAPS, na cidade de Pinhais-PR, mobilizando diversos sujeitos do campo da saúde mental, como usuários, trabalhadores e gestores preocupados com a onda conservadora que se espalhava na área e no país.

O evento produziu a Carta de Pinhais, a contragosto da gestão federal da pasta, que defendia as comunidades terapêuticas e as internações compulsórias. Essa Carta juntamente com as Recomendações ao Ministério da Saúde (VVAA, 2013), mesmo aclamada pela plenária final, também garantida pela mobilização dos descontentes, nunca foram acatadas pela gestão, o que demonstrou a sua negativa as críticas realizadas de forma contundente pelos presentes.

Em suma, o conteúdo da Carta, como das Recomendações, advertiam sobre os rumos da política de saúde mental, cujas normatizações estavam engessando a rede, endurecendo os financiamentos, realinhando com forças conservadoras e investindo recursos públicos nas comunidades terapêuticas, para o cuidado das pessoas em uso prejudicial de álcool de outras drogas, com lógica manicomial e proibicionista, contrária a política de redução de danos.

Outra questão, portanto, está relacionada com o segundo mandato de Dilma Rousseff (2015-2016), que apesar dá coexistência paradoxal e contraditória dos dois modelos assistenciais presentes: o hospitalocêntrico e o psicossocial, o enfrentamento e a disputa no campo da saúde mental não se fizeram sem resistências, a despeito dos discursos e práticas de desmantelamento da Reforma Psiquiátrica por dentro. Observou-se setores conservadores da sociedade articulados com corporações médicas e parlamentares com espectro de direita dando os rumos da atual política de saúde mental.

Com a demissão do Ministro da Saúde, Arthur Chioro, em 01 de outubro de 2015, por Dilma Rousseff, por conta de alianças para driblar seu processo de impeachment, o sucessor da referida pasta, Marcelo Costa e Castro, demite o gestor da CGMAD, Roberto Tykanori Kinoshita, substituindo por Vallencius Wurch Duarte Filho, em 15 de dezembro de 2015. Militantes dos movimentos da luta antimanicomial ocuparam a sala do novo coordenador da CGMAD, por 120 dias, conhecido como Ocupação Fora Vallencius, mas foi desmantelada e os ativistas foram retirados a força, por policiais e por conta do pedido de reintegração de posse, por oficiais da justiça, numa demonstração de força e truculência desnecessárias. Nesse interim, não perfazendo um mês dessa desocupação, houve a exoneração do referido coordenador pelo novo Ministro da Saúde, José Agenor Alvares da Silva, também da base de sustentação da Dilma. Com a exoneração, Keyla Kikushi, integrante da equipe técnica da CGMAD e antimanicomial, assumiu interinamente o cargo, até a entrada de Quirino Cordeiro Júnior, com a gestão do ministro Ricardo Bastos do governo de Michel Temer.

De um modo geral, nesse período entre a Lei Federal Nº 10.216 e III CNSM e a IV CNSM-I, como marcos históricos desse processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, podemos apontar para importantes avanços na desinstitucionalização, com substantiva redução de leitos

psiquiátricos e aumento dos dispositivos comunitários. Entretanto, permanecem ainda como desafios importantes, velhos problemas a serem enfrentados: o aumento de cobertura dos CAPS, a implantação de leitos de atenção integral à saúde mental em hospitais gerais, o apoio matricial e a integração da saúde mental com a atenção primária à saúde, a desinstitucionalização de pessoas em situação de longa permanência hospitalar, a ampliação do quantitativo de SRT e o aumento da provisão dos serviços específicos para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, como para crianças e adolescentes.

Soma-se a isso, o enfrentamento com o corporativismo médico, a ausência de psiquiatras na rede pública de saúde mental, o avanço da indústria farmacêutica e o aumento da medicamentação e da medicalização, a questão da atenção à crise sempre reeditada pela vida das internações e emergências psiquiátricas, a ausência de suporte aos familiares, o refluxo do movimento protagonizado por usuários e familiares em suas bases, o subfinanciamento e o corte da saúde, ainda mais a partir da Emenda Constitucional Nº 95/2016 (BRASIL, 2016), a rotatividade dos trabalhadores e seus contratos e vínculos de trabalho cada vez mais precarizados, a lógica de privatização crescente e o contexto de violência que cada vez mais afeta os territórios dos dispositivos assistenciais, como as moradias de usuários, familiares e alguns trabalhadores.

Se, portanto, o quadro acima já se fazia presente antes do golpe de Estado, acirra-se e se radicaliza, em um golpe dentro do golpe, ou seja, o governo de Michel Temer, com sua base de sustentação no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, tanto com os setores conservadores como com o corporativismo médico, manobra e impõe uma “nova” política de saúde mental no Brasil, a partir de conchavo e articulação política junto a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 14 de dezembro de 2017, aprovando a Resolução CIT Nº 32 (BRASIL, 2017a) que reformula a RAPS e, baseando-se única e exclusivamente nessa instância, institui a Portaria GM/MS nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017b).

Ressalta-se que o atual coordenador da CGMAD, o faz sem pactuar com a instância deliberativa máxima de participação e controle social da saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, selando o golpe na área, com uma lógica médico-manicomial, a “nova” RAPS tem os seguintes dispositivos: Equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental/unidades ambulatoriais especializadas, unidade de referência especializada em hospital geral, hospital psiquiátrico especializado, hospital dia⁵ e o CAPSad IV/R, que funcionará 24h, com equipes multiprofissionais e que serão localizados em regiões metropolitanas, acima de 500 mil habitantes, próximos às “cracolândias”.

O quadro comparativo abaixo entre as Portarias 3.088/11 (RAPS original) e 3.588/17 (RAPS alterada) mostra o novo desenho assistencial da “nova” política de saúde mental, incluindo o recurso institucional iatrogênico, mas sempre defendido pela corporação médico-psiquiátrica, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM), o hospício. Reforça-se a lógica manicomial com financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos e o aumento de números de leitos em hospitais gerais, de forma que não permite o cuidado de qualidade e em liberdade, posto as internações como única alternativa de resposta à crise, retrocedendo aos típicos loucos ociosos dos manicômios.

Cabe ressaltar que para os defensores do modelo hospitalocêntrico, a lógica manicomial só existe nos manicômios judiciários -hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. A concepção de manicômio desses setores conservadores é um lugar físico, não entendem que as lógicas que segregam, excluem e normatizam, inclusive pelos processos de medicalização, psiquiatrização e psicologização também os são e é o que se assiste no contemporâneo da vida social, fomentado pelos psicodiagnósticos e pela indústria farmacêutica, que são seus alicerces científicos.

Observa-se também, no quadro abaixo, que foi retirada da atual RAPS a ênfase na reabilitação psicossocial, como as propostas de economia solidária, o que corta uma iniciativa de sucesso e que inclusive tem peso econômico, apesar das críticas, tais mudanças nos levam a um caminho de retrocesso, apontando para um caminho de volta a pessoas dependentes e tuteladas, sem incentivo para serem produtivas e autônomas.

No entanto, reforçou-se estrategicamente e com um aporte substancial de dinheiro público para as comunidades terapêuticas, apesar de muitas delas terem sido denunciadas como locais de tortura, exploração do trabalho dos usuários e de encarceramento privado, configurando práticas de violação de direitos (CFP, 2018) o que confirma os estudos do IPEA (BRASIL, 2017c).

Quadro 1 – Comparativo entre as Portarias 3.088/11 e 3.508/17

PORTARIA 3.088/11	PORTARIA 3.508/11
I – Atenção Básica: UBS, Equipe de Apoio/NASF, CCC e CR;	A) Nível Primário: • Unidade Básica de Saúde
II – Atenção Estratégica: CAPS I, II e III (CAPS, CAPSi e CAPSad);	B) Nível Secundário: • Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMMENT) – Apoio ao NASF/eSF e HD • Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – CAPS IV/R • Serviços de Urgência e Emergência
III – Atenção às Urgências e Emergências: SAMU e UPA;	C) Nível Terciário: • Hospitais Gerais • Hospitais Psiquiátricos Especializados
IV – Atenção Hospitalar: Leitos HG;	D) Serviços com Fins à Saúde: • Unidade de Acolhimento (UA) • Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
V – Atenção Residencial de Caráter Transitório: CAT, UA, CT;	
VI – Estratégias de Desinstitucionalização: SRT;	
VII) Reabilitação Psicossocial.	

Fonte: Elaborado pelo autor

Em outra ocasião, mas com a mesma intenção, golpe, foi aprovada uma “nova” política de drogas no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), em 01 de março de 2018, através da Resolução 01/2018 (BRASIL, 2018b), endurecendo mais ainda essa política, orientada para a abstinência, não mais pela redução de danos⁶, ou seja, isso impõe que a linha de cuidado seja pautado na proibição do consumo e que as ações do governo se concentrem em pesquisar e tratar a dependência química ou psicológica, com foco nas internações e, em particular, nas comunidades terapêuticas.

Contudo, cabe registrar que a política de saúde mental com foco na atenção aos usuários de álcool e outras drogas vem, desde 2003, com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003b), construindo diversas políticas e normativas para esse segmento (TEIXEIRA, 2017), tomando por base a redução de danos, o modelo de atenção psicossocial e os direitos desses usuários. Portanto, mais um retrocesso se coloca, pois se a estratégia assistencial se configurou como um modelo de atenção, pode-se correr o risco desse mesmo modelo ser visto como uma espécie de apêndice da “nova” política de drogas, como no passado, ainda mais com esse golpe do CONAD, acirrando enfrentamentos e resistências tanto com relação as questões relacionadas à política de drogas nos dispositivos assistenciais, como na contundente defesa dos direitos dos usuários e do SUS.

Atualmente, segundo os dados do Ministério da Saúde⁷, consolidados do ano base de 2016⁸, os serviços componentes da RAPS são: 2.500 CAPS em suas diversas modalidades, 57 Unidades de Acolhimento (UA) entre infantil e adulto, 489 SRT, 1.167 leitos de saúde mental

em hospital geral, 150 unidades do Programa Consultórios na Rua. Ressalta-se que se tem 1.163 leitos nos ainda 263 hospitais psiquiátricos e 1.800 comunidades terapêuticas, sendo que apenas 300 delas mantêm parcerias com o governo federal, no âmbito do Programa Crack, é possível vencer. Por meio desta parceria, a Secretaria Nacional de Drogas (SENAD) financia essas organizações, em sua maioria religiosas, que atendem usuários de drogas.

A grosso modo, podemos sinalizar três tendências políticas no referido campo, a primeira que propõe uma modernização das instituições psiquiátricas, como a que se presencia com a referida Portaria GM/MS Nº 3.588/2017, com a retomada dos hospitais psiquiátricos especializados, mantendo o leito em aberto e com recurso financeiro, reforçando o modelo hospitalar-manicomial e o conteúdo corporativista imposto pela ordem psiquiátrica. Portanto, se a inversão do modelo assistencial foi e ainda é acompanhada, também, pelo deslocamento do financiamento⁹, é real que, com a nova gestão da política de saúde mental, assiste-se a um reinvestir no manicômio e nas comunidades terapêuticas, reforçando o desfinanciamento do modelo de atenção psicossocial e se o mesmo encontra ameaçado, agora, pelo visto, com o novo presidente eleito, será de fato uma política de governo a sua desconstrução, haja visto a nova Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, fundada no final de novembro de 2018, no cenário do Congresso Nacional¹⁰ em disputa com a Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, criada por ocasião do Fora Valencius, em abril de 2016.

Uma outra tendência observada é a que se restringiu a mera reorganização dos serviços, “a qualquer custo”, inclusive com parcerias público-privado, muitas com celebração de contratos de trabalho com Organizações Não-Governamentais (ONG) e Organizações Sociais (OS), tendo como vetor e direção as últimas gestões nacionais da pasta, refletindo nos estados e municípios, e que hoje denunciam o quadro de crise no campo como decorrência do golpe e da política neoliberal, se, nos anos anteriores isso não influenciasse política e economicamente a política pública. Por fim, a tendência histórica, da gênese do movimento, que radicaliza tanto com o modelo manicomial-hospitalocêntrico em lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, reivindicando as perspectivas do usuário-centrado e do território, quanto com a crítica contundente ao modelo de privatização da saúde e da precarização do trabalho, que ainda é persistido por muitas gestões públicas em diversas esferas governamentais.

Assim, dos 30 anos do SUS Constitucional em 2018, 13 desses o petismo se fez presente na gestão do SUS, contudo, na saúde mental, em particular, foram bem mais os anos, muito disso se deve a sustentação e a força política do movimento da luta antimanicomial,

apesar de todas as críticas e ressalvas as gestões e aos gestores orgânicos do referido movimento social, da década de 1990 a 2015, reconhecem-se os avanços, os limites institucionais e a complexidade que se encontra hoje a política de saúde mental.

Portanto, se tomarmos os 200 anos de história do manicômio e do saber psiquiátrico no Brasil, pode-se afirmar que a coexistência dos modelos assistenciais no campo da saúde mental e drogas, manicomial-proibicionista e psicossocial-redução de danos, é um fato político e público do contemporâneo. Assim, embora a Reforma Psiquiátrica esteja ameaçada, em processo de esfacelamento contínuo e progressivo, com previsão de mais e maiores acirramentos políticos, econômicos e éticos no campo mesmo do trabalho em saúde mental, exigindo dos seus trabalhadores, usuários e familiares, alicerçados pelos princípios da luta antimanicomial e antiproibicionista, uma articulação na defesa intransigente do SUS público e a aposta na rede potente, criativa e viva entre esses atores, para assim haver resistência nesse contexto de mais uma transição nos marcos econômicos e políticos do sistema capitalista.

Considerações finais

Podemos salientar, dessa análise crítica dos últimos anos da política de saúde mental, que a RAPS formalizou o que a rede de saúde mental já fazia com seus dispositivos no próprio campo, mesmo forjando a entrada das comunidades terapêuticas. No entanto, a formalização despotencializou e engessou seu núcleo normativo de rede territorial para serviços especializados. Assim, se antes tinham muitos desafios na referida rede, na conjuntura presente, além de todas essas questões tratadas aqui e tantas outras que o limite de espaço não deu para tratar, o acirramento com uma direção política conservadora, com essa nova RAPS, adicionada com um novo governo com as características políticas reacionárias que já se sabe, exigirá disposição política para um enfrentamento cotidiano de todos os envolvidos do campo para o fortalecimento e resistência do mesmo, apesar de fragilizados, precarizados e sucateados.

Contudo, cabe ressaltar, que os problemas de transição da gestão da política que aparentemente só estavam incidindo no jogo do poder, maculou a direção do ideário reformista da política de saúde mental, colocando em conflito, ainda mais, os problemas na gestão de recursos humanos, dentre os mais graves, a precarização nas relações trabalhistas, centrada na parceria público-privado, os baixos salários, implicando em múltiplos empregos dos trabalhadores, a sobrecarga de trabalho e a baixa adesão aos novos processos de trabalho em equipes, no território, matriciando ações de saúde mental com as equipes da Estratégia de

Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de repercutir diretamente nas linhas de cuidado e de trabalho junto aos usuários e familiares.

Desta forma, são muitos e imensos os desafios políticos, públicos e éticos, para os trabalhadores do referido campo, como para os usuários e familiares, pois as derrotas e perdas estão galopantes, *mas é preciso estarmos atentos e fortes*, tanto para o enfrentamento, como na resistência, frente ao endurecimento, retrocesso e desmonte da política de saúde mental, álcool e outras drogas e do SUS, e, com isso, as consequências nefastas para a atenção e o cuidado, os rearranjos dos modelos assistenciais, as condições e processos de trabalho e o desfinanciamento congelado do setor pelos dezoito anos restantes.

Mas resistir é preciso, contudo, não de forma insolada, a resposta e a disputa dar-se-ão de forma coletiva e organizada, a coalizão entre forças políticas diferentes não sustentou e não sustentará uma outra hegemonia de um modo de governar, nem mesmo nenhum pacto social se prolongou ou se prolongará por tanto tempo.

Assim, apesar do momento de retrocessos e desmontes em todos os níveis da vida social e política, é, ao nosso ver, uma transição, os ciclos das crises, dialeticamente, destroem mas constroem coisas belas e, se por um lado, inventamos novas políticas e, em particular, uma política pública, a aposta agora é que reinventemos, no cotidiano, a Reforma Psiquiátrica antimanicomial, que há 40 anos inventamos, a partir dos horrores dos manicômios quando os mesmos mais pareciam campos de concentração em contexto de ditadura civil-militar. Na micropolítica, contudo, desnaturalizamos a desassistência, inventamos e implantamos um novo modelo de cuidar, uma ética da diferença se fez e se fará resistir, porque a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial é um projeto civilizatório em curso com seus embates de forças, saberes e poderes.

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: CCAPS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS Nº 3.659*, de 14 de novembro de 2018. Brasília, DF: MS, 2018a.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). *Resolução Nº 01*, de 01 de março de 2018. Brasília, DF: CONAD, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT), *Resolução CIT N° 32*, de 14 de dezembro de 2017. Brasília, DF: CIT/MS, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS N° 3.588*, de 21 de dezembro de 2017. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Nota Técnica N° 21 - Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras*. Brasília: DIEST, IPEA, 2017c.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional N° 95. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 de dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*, Ano 10, n° 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Disponível em <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em 25/05/2018.

BRASIL. *Portaria GM/MS N° 131*, de 26 janeiro de 2012. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria SAS N° 854*, de 22 de agosto de 2012. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS N° 3.088*, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Presidência da República. Decreto N° 7.508. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de junho de 2011b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto N° 7.179. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2010b.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal N° 10.708. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de julho de 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS N° 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal N° 10.216. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS N° 106*, de 11 de fevereiro de 2000. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1992a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS Nº 224*, de 29 de janeiro de 1992. Brasília, DF, 1992b.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas*. Brasília, DF: CFP, Ministério Público Federal, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, 2018.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12):4635-4642, 2011.

TEIXEIRA, M. B.; RAMÔA, M. de L.; ENGSTROM, E.; RIBEIRO, J. M. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (5):1455-1466, 2017.

VVAA. *Carta de Pinhais e Recomendações ao Ministério da Saúde*. Pinhais: I Encontro Nacional da RAPS, 06 de dezembro de 2013. Disponível em: <<http://saudementalnauerj.blogspot.com/2013/12/carta-do-i-encontro-nacional-da-raps-e.html>> Acesso em 30/06/2018.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Plan*, 9 (4): 353-370, dez,1994.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

Notas

A Portaria GM/MS Nº 131, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a), que institui o incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao distrito federal para apoio ao custeio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, entende-se as Comunidades Terapêuticas, tem origem nesse momento histórico e não com o advento do desenho assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011. Tal Portaria, portanto, vem instituir o que na prática começou a se fazer através desse pacto de 2010.

² Registra-se que a referida nova Lei da Saúde Mental substituiu o até então existente Decreto Nº 24.559/1934.

³ A concepção de Rede de Atenção Integrada em Saúde Mental está consubstanciada na II Conferência Nacional de Saúde Mental, definida como “um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada de várias dimensões da vida do indivíduo. Em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção: educativo, assistencial e reabilitação” (BRASIL, 1992a), tendo como eixo a municipalização, locus de vida e de produção de saúde. É nessa mesma conferência que o tema do álcool e outras drogas entraram e com isso reverberou nas decisões políticas do Ministério da Saúde.

⁴ As redes temáticas de atenção à saúde são organizadas pelo conjunto de serviços que podem potencializar o cuidado contínuo e qualificado, admitindo particularidades e aspectos específicos que podem exigir diferentes ofertas assistenciais. As redes prioritárias temáticas são: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e foram organizadas a partir do Decreto Nº 7.508/11 (BRASIL, 2011b) que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (LOS), o SUS.

⁵ Cabe sinalizar que esse dispositivo, Hospital Dia (HD), aparece pela primeira vez em conjunto com o CAPS e NAPS na Portaria SAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 1992b), quando ainda não havia

normatizações sobre o assunto. Vale ressaltar que a existência de um HD pode ser anexada a um hospital psiquiátrico ou geral, portanto a ideia de seu retorno de forma regulamentar é um retrocesso ao avanço obtido com o modelo assistencial de atenção psicossocial de base territorial.

⁶ Tal proposta demonstra claramente o despreparo e ilegitimidade deste governo, que não respeita minimamente o direito de escolha de seu usuário. A Política Nacional de Drogas que vinha assumindo uma postura em favor da política de redução de danos por entender que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, agora constitui-se como resistência, como num passado remoto, no campo da atenção e cuidado aos usuários.

⁷ Registra-se que a última versão de consolidação dos dados do Ministério da Saúde é de outubro de 2015, contudo, sobre os dados de 2014 (BRASIL, 2015). Há um limite de acessar esses dados expostos no artigo, pois são inexistentes no portal do Ministério da Saúde e isso só foi possível pela captura de imagens projetadas pelo atual Coordenador Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, Quirino Cordeiro Junior, em reunião da Frente Parlamentar de Saúde Mental, na Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro, em 21 de junho de 2017, que promoveu o debate "Saúde Mental no Brasil".

⁸ A CGMAD/MS, no contexto do governo Temer, não se ampliou ou implementou até agora nenhum serviço, ao contrário, ameaça fechar, descredenciar e desfinanciar, como podemos registrar com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.659, de 14 de novembro de 2018 (BRASIL, 2018a), que trata especificamente do corte de verbas, no total de R\$ 77,8 milhões, para os 319 dispositivos técnico-assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS de todo o Brasil (CAPS, SRT, UA e leitos de saúde mental em hospitais gerais), e, particularmente, o estado de Minas Gerais foi o mais atingido, 65 unidades, principalmente, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) de Juiz de Fora – MG, em seguida vem o Rio de Janeiro, com 53 e São Paulo, em terceiro, com 43 unidades. Cabe aqui sinalizar também que o que se tem de dados sobre os serviços da RAPS, ainda são do governo Dilma e do processo de transição. Em suas exposições públicas, o atual coordenador tem um conteúdo de privilegiamento do modelo hospitalocêntrico do que o psicossocial, apesar de manter no grosso os dispositivos que dão nome a esse modelo.

⁹ Apesar dos dispositivos CAPS serem considerados Atenção Psicossocial Estratégia na RAPS, pós-2013, a CGMAD, em 2011, na primeira versão da Portaria GM/MS Nº 3088, os considerou Atenção Psicossocial Especializada, comparada com o nível de atenção secundária (ambulatorial), tanto que seu financiamento se dá no Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS) com três tipos de instrumento: Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) – Atenção Psicossocial, Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA/I) e Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA/C). A esse respeito ver Portaria SAS/MS Nº 854/2012 (BRASIL, 2012b).

¹⁰ A esse respeito ver reportagem “Criada Frente Parlamentar em Defesa da Nova Política de Saúde Mental”, disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/566139-CRIADA-FRENTE-PARLAMENTAR-EM-DEFESA-DA-NOVA-POLITICA-DE-SAUDE-MENTAL.html>. Acesso em 30/11/2018.