



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

NAYARA LÚCIA FERREIRA

**A (RE)CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
neoliberalismo e tendências de regressividade na garantia de direitos
sociais**

**GOIÂNIA
2020**

NAYARA LÚCIA FERREIRA

**A (RE)CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
neoliberalismo e tendências de regressividade na garantia de direitos
sociais**

Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sandra de Faria.

**GOIÂNIA
2020**

Ferreira, Nayara Lúcia

A (re)configuração da política de saúde mental : neoliberalismo e tendências de regressividade na garantia de direitos sociais / Nayara Lúcia Ferreira.-- 2020.
210 f.

Texto em português, com resumo em inglês Dissertação
(mestrado) -- Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da
Saúde, Goiânia, 2020
Inclui referências: f. 121-133

1. Política de saúde mental - Brasil. 2. Saúde mental.
3. Serviços de saúde mental. 4. Privatização. 5. Neoliberalismo.
I.Faria, Sandra de. II.Pontifícia Universidade Católica
de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
- 2020. III. Título.

CDU: 364.622(043)

NAYARA LÚCIA FERREIRA

**A (RE)CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:
neoliberalismo e tendências de regressividade na garantia de direitos
sociais**

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Sandra de Faria
Presidente/Orientadora – PUC Goiás

Profa. Dra. Carla Agda Gonçalves
Membro Externo – UFG

Profa. Dra. Maísa Miralva da Silva
Membro Interno – PUC Goiás

Profa. Dra. Rosana Carneiro Tavares
Membro Suplente – PUC Goiás

**GOIÂNIA-GOIÁS
2020**

Dedico este trabalho a todas e a todos os usuários da política de saúde mental e ao movimento da luta antimanicomial.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste estudo de conclusão de curso foi fruto de pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que este desafio se realizasse. Dentre elas, agradeço as que se seguem.

A Pontifícia Universidade Católica de Goiás, em conjunto com o Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Serviço Social da PUC-Goiás, seu corpo docente, direção e administração, que me oportunizaram um mestrado eivado de seriedade, compromisso, competência e ética.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), por financiar projetos de pesquisas científicas, tecnológicas e de inovação e pela concessão de bolsas de formação.

A minha Profa. e orientadora, Dra. Sandra de Faria, pelo trabalho realizado nesses 24 meses, suas correções e incentivos, dedicação e compromisso comigo e com a pesquisa, por acreditar e depositar em mim a confiança e a maturidade para o meu crescimento como pesquisadora.

As professoras que constituíram a banca examinadora, Prof.a Dra. Máisa Miralva da Silva, Prof.a Dra. Carla Agda Gonçalves e Profa. Dra. Rosana Carneiro Tavares, a quem agradeço a disponibilidade e a generosidade de aceitarem o convite em meu nome e no da prof.a Sandra de Faria e a sua contribuição com análises, avaliação e sugestões.

A minha família: meus pais, Vera e Zélio, e a minha tia Valdirene Luz, porque incentivaram, contribuíram e acreditaram em minhas idealizações como mestrande e profissional. O meu esposo Gustavo e filhos, Maria Luiza e Marco Antônio, pelo apoio e paciência nessa longa jornada de estudos e momentos de ausência em nosso cotidiano, mas sempre acreditando e persistindo para que esta realização fosse possível.

Os meus amigos e colegas de mestrado, por tornarem os nossos espaços de estudos criativos e proativos em trocas de saberes e crescimento na formação. Em especial, as minhas queridas(os) amigas(os) que o mestrado concedeu - Juraildes, Sarah, Mairon e Mariane -, minha gratidão pelos momentos vivenciados e pelo companheirismo nesses dois anos de curso.

A Alessandra, da Secretaria do Mestrado, pela paciência, disponibilidade e carinho para conosco, mestrandos. A Profa Ms. Lúcia Abadia de Carvalho, por apresentar a política social de saúde mental, suas particularidades enquanto política inclusiva e humanizada, fio condutor da monografia apresentada na Graduação e temática do projeto de pesquisa desenvolvido na Mestrado em Serviço Social da PUC Goiás.

Enfim, agradeço a todos e a todas!!!!

“Sou como o corifeu medieval que percorre as aldeias e vai embora. É necessário que, quando eu partir, o palco não fique vazio”.

Franco Basaglia

RESUMO

Esta investigação, desenvolvida no Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás, é resultado de estudos, inquietações e problematizações relacionados à temática da política social de saúde pública com ênfase na saúde mental, no contexto internacional e na atual conjuntura política, econômica e social do Brasil. De natureza teórica, histórica e conceitual, reúne fontes bibliográficas e documentais relacionadas a teses e a projetos em disputa na esfera da política de saúde e sua particularidade da saúde mental, com destaque para os atores que, desde a década de 1960, têm formulado as principais críticas ao modelo asilar, dirigidas ao caráter fechado e autoritário da instituição, dando origem a diferentes tentativas de reformulação tanto da instituição asilar como do saber psiquiátrico tradicional. Denominada de *A (re)configuração da política de saúde mental: neoliberalismo e tendências de regressividade na garantia de direitos sociais*, a pesquisa analisa os primeiros traços da política de lógica regressiva neoconservadora nos serviços de saúde mental sob a hegemonia neoliberal no país e as medidas de austeridade tendentes a uma estagnação econômica, que atinge o campo do trabalho, com baixos salários, insegurança, desemprego, perdas de benefícios e de proteção por meio da viabilização de políticas seletivas e focalizadas. Essa política reduz os recursos dedicados às políticas sociais públicas direcionadas para melhorar as condições e a qualidade de vida da população, deixando, no entanto, segmentos dessa população no empobrecimento. Nesse sentido, prioriza-se o exame das contrarreformas e a reversão neoconservadora das políticas sociais, sobretudo nos serviços de saúde mental, tendo em vista demonstrar a materialização da regressividade na Reforma Psiquiátrica brasileira e a sua tendência para o campo da barbárie e da desumanização.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Política Social Pública. Neoliberalismo. Privatização.

ABSTRACT

This research, developed in the Master's Degree in Social Work at the Pontifical Catholic University of Goiás - PUC Goiás, is the result of studies, concerns and problematizations related to the theme of social policy of public health with an emphasis on mental health, in the international context and in the current political situation, economic and social of Brazil. Theoretical, historical and conceptual in nature, it gathers bibliographical and documentary sources related to theses and projects in dispute in the sphere of health policy and its particularity of mental health, with emphasis on the actors who, since the 1960s, have formulated the main criticisms of the asylum model, directed at the closed and authoritarian character of the institution, giving rise to different attempts to reformulate both the asylum institution and traditional psychiatric knowledge. Called The (re) configuration of the mental: neoliberalism and regressive tendencies in guaranteeing social rights, health policy, the research analyzes the first traces of the neoconservative regressive logic policy in mental health services under the neoliberal hegemony in the country and the austerity measures tending to an economic stagnation, which reaches the field of work, with low wages, insecurity, unemployment, loss of benefits and protection through the feasibility of selective and focused policies. This policy reduces the resources dedicated to public social policies aimed at improving the conditions and quality of life of the population, leaving, however, segments of that population in impoverishment. In this sense, priority is given to examining counter-reforms and the neoconservative reversal of social policies, especially in mental health services, in order to demonstrate the materialization of regressiveness in the Brazilian Psychiatric Reform and its tendency towards the field of barbarism and dehumanization.

Key words: Mental health. Psychiatric Reform. Public Social Policy. Neoliberalism. Privatization.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AMENT	Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental
AP	Atenção Psicossocial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CapsAD	Centros de Atenção Álcool e Drogas
CapsAD III	Centros de Atenção Álcool e Drogas/24 horas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CGMAD	Coordenador Geral da Área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONAD	Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
CRESS-GO	Conselho Regional de Serviço Social– 19ª Região – Goiás
CSM	Centros de Saúde Mental
CTs	Comunidades Terapêuticas
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EC	Emenda Constitucional
ECT	Eletroconvulsoterapia
FED	Federal Reserve Bank
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
GSM	Gerência de Saúde Mental
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INPS	Instituto Nacional de Previdência
MG	Minas Gerais
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
OS	Organizações Sociais
OTSS	Organizações de Terceiro setor
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC-GO	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SES-GO	Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SHR	Serviço Hospitalar de Referência
SIGEM	Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SM	Saúde Mental
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidades de Acolhimento
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, SUA HISTORICIDADE E PROCESSUALIDADE NOS MARCOS DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL	18
1.1 A introdução da “loucura” no mundo	18
1.1.1 As novas experiências das chamadas “reformas psiquiátricas” contemporâneas	26
1.2 A configuração da saúde mental no Brasil.....	33
1.2.1 A Luta antimanicomial brasileira e suas conquistas no campo da saúde mental pública.....	44
2 PARTICULARIDADES DA REVERSÃO NEOCONSERVADORA NAS POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	55
2.1 A política social e sua processualidade no campo ideológico de proteção social no âmbito do Estado capitalista	55
2.2 Ascensão da ofensiva política neoliberal em nível mundial	61
2.2.1 As interdições da ortodoxia neoliberal na conjuntura brasileira	68
3 (RE)CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E TENDÊNCIAS DE REGRESSIVIDADE E DESTRUIÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS	77
3.1 Os primeiros traços da política social de lógica regressiva neoconservadora nos serviços de saúde mental.....	77
3.1.1 A materialização da regressividade na Reforma Psiquiátrica brasileira para o campo da barbárie e desumanização	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	122
ANEXOS	135
Anexo A – Nota técnica nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS	136
Anexo B - Projeto de Lei de Paulo Delgado.....	172
Anexo C – Declaração de Caracas (adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990)	174
Anexo D - Lei Nº 10. 216, de 6 de abril de 2001	176
Anexo E – Portaria Nº 3.088/2011	179
Anexo F – Nota técnica 2015.....	194
Anexo G – PEC 241/2016.....	197
Anexo H – EC Nº 95/2016	200
Anexo I – Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.....	205
Anexo J – Resolução nº 1, de 9 de março de 2018	208

INTRODUÇÃO

Esta investigação, desenvolvida no Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás, é resultado de estudos, inquietações e problematizações relacionados à temática da política social de saúde pública com ênfase na saúde mental, no contexto internacional e na atual conjuntura política, econômica e social do Brasil.

O seu objeto de estudo são as políticas e serviços de saúde mental e as particularidades de sua (re)configuração sob a lógica do neoliberalismo diante de tendências de regressividade no Brasil. Em sentido mais preciso, a pesquisa investiga as mudanças na assistência psiquiátrica pública da política de saúde mental mediante a ofensiva do projeto mercantilizado de saúde privada sob o comando de políticas econômicas neoliberais. Nesse sentido, prioriza o exame das contrarreformas e da reversão neoconservadora das políticas sociais, sobretudo nos serviços de saúde mental.

A investigação é de natureza teórica, histórica e conceitual e reúne fontes bibliográficas e documentais relacionadas a teses e a projetos em disputa na esfera da política de saúde e sua particularidade na saúde mental, com destaque para atores que, desde a década de 1960, formularam as principais críticas ao modelo asilar, dirigidas ao caráter fechado e autoritário da instituição, dando origem às diferentes tentativas de reformulação tanto da instituição asilar como do saber psiquiátrico tradicional.

O estudo sobre a política de saúde mental brasileira revelou-se pertinente e necessário por elencar, em sua história e processualidade, uma realidade em constante movimento: de um lado, os avanços com as reformas, os movimentos sociais, as bandeiras de luta antimanicomial na defesa de uma sociedade sem manicômios; de outro lado, o processo de (re)configuração de uma política social decorrente da reestruturação produtiva do capital e dos ajustes econômicos neoliberais das décadas de 1980 e 1990, sustentado pela precarização do trabalho, flexibilização dos direitos sociais e privatização dos serviços e empresas públicas.

Assim, a investigação sobre as tendências de regressão na política social de saúde mental no atual cenário brasileiro inscreve-se no processo de reconfiguração da política econômica a partir dos anos de 1970, eivada pela privatização e

terceirização dos serviços sociais como uma nova forma de composição e valorização do capital. O estudo fundamenta-se nas análises sócio-históricas sobre as crises do capitalismo, a composição e a recomposição da lógica de valorização do capital mediante a liberação de grandes setores de financeirização excludente e a ascensão do neoliberalismo em toda América Latina, em especial no Brasil.

A privatização da saúde pública, incluindo a saúde mental, ultrapassa as experiências e estratégias das chamadas comunidades terapêuticas, inscrevendo-se na lógica destrutiva do capital em detrimento da política social pública como garantidora de direitos sociais em uma concepção igualitária, universal e gratuita. Isso justifica a relevância da investigação sobre as estratégias da lógica organicista e neoconservadora, contrária às concepções propugnadas nas reformas sanitária e psiquiátrica e suas expressões na Constituição Federal de 1988 no âmbito da Seguridade Social, em particular da saúde pública.

As problematizações sobre a atual conjuntura de ataques ao direito social à saúde pública norteiam a investigação com base nas seguintes indagações: há indícios ou até medidas já dadas sobre a reconfiguração da direção da atual política de saúde mental? Para qual relações societárias está direcionada? Quais os meios e caminhos de regressividade de política segregadora? Qual o movimento que legitima tais concepções mercantilizadoras, em detrimento da política de saúde mental como configurada após a Conferência de Caracas, em 1990, na Venezuela? E, no Brasil, quais as estratégias de grupos defensores da lógica organicista e neoconservadora, contrários às concepções propugnadas nas reformas sanitária e psiquiátrica e à sua expressão na Constituição Federal de 1988 no âmbito da Seguridade Social, em particular da saúde pública?

A hipótese diretriz norteadora da investigação é a de que o processo de (re)configuração da política de saúde mental pública, sob o comando dos grupos e representantes dos interesses dos capitais mercantis, dos financeiros nacional e internacional, opera em um contexto de regressão e destruição de direitos sociais, expressando uma tendência que se agudiza após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff (2011-2014) e (2015-2016) e a posse do presidente “interino” Michael Temer (2016-2018). A eleição, para presidente, de Jair Messias Bolsonaro (2019 até atualmente) aprofundou a política econômica neoliberal por meio de políticas monetárias e fiscais, com instrumentos e medidas que priorizam o mercado, a privatização, a desregulamentação do trabalho e dos direitos sociais, e o ataque às

políticas que compõem o tripé da seguridade social, sobretudo a saúde/saúde mental.

Diante do exposto, são objetivos da dissertação: analisar as implicações, no processo de (re)configuração da política de saúde mental, da tendência de regressão e destruição dos direitos sociais; analisar a política de saúde mental, sua historicidade e sua processualidade nos marcos do movimento antimanicomial; e apreender, no Brasil, as estratégias da lógica organicista e neoconservadora na saúde pública.

Nesse sentido, para entender as particularidades da regressão neoconservadora nas políticas sociais e serviços de saúde mental, mediante a ofensiva do projeto de mercantilização da saúde, examina-se a Nota Técnica nº 11/2019 (Anexo-A), intitulada “Nova Saúde Mental”, emitida pelo conjunto da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretária de Atenção à Saúde e do Ministério da Saúde, no dia 04 de fevereiro de 2019. Essa Nota Técnica é considerada pelo movimento antimanicomial uma ameaça ao financiamento de toda a rede psicossocial, porque redireciona e amplia os investimentos em serviços que incentivam o retorno da lógica manicomial por meio dos serviços ambulatoriais, da inclusão das comunidades terapêuticas e dos Hospitais Psiquiátricos na RAPS, o subfinanciamento de seus serviços na rede de saúde, o financiamento em compras e uso do aparelho Eletroconvulsoterapia (ECT) como meios de lucratividade para o setor privado e filantrópico.

Os procedimentos metodológicos da investigação viabilizaram os resultados da pesquisa bibliográfica com revisão de literatura especializada na temática e de fontes documental, de levantamento e coleta de dados na plataforma da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações disponível na Pontifícia Universidade Católica de Goiás e no Catálogo de Teses e de Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Com base nos estudos e pesquisa sobre a temática e por meio de leituras, pesquisas, análises, produções de artigos para a conclusão de disciplinas do mestrado, a pesquisa se desenvolveu com prioridade para as abordagens no campo de conhecimento das Ciências Sociais e Humanas, assim como, conceitualmente, no campo da política social. Tal permitiu apreender tantos os nexos quanto as categorias, conceitos e noções fundamentais de análise utilizados neste trabalho: Estado, sociedade civil, política social, política de saúde mental, contradição, neoliberalismo, capitalismo, privatização e relações sociais.

Do ponto de vista temático e da problematização formulada, a investigação inscreve-se no conjunto dos estudos e produções de conhecimentos sobre a política de saúde mental na área do Serviço Social e áreas afins, com contribuições para o trabalho do assistente social nos espaços sócio-ocupacionais e no desvelamento de múltiplas expressões da questão social no contexto de crise e transformações societárias capitalistas. A investigação compõe a linha de pesquisa sobre Política Social, Estado e Movimentos Sociais do Curso de Mestrado em Serviço Social do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

O primeiro capítulo do trabalho privilegia a análise da política de saúde mental, sua historicidade e processualidade, ao desenvolver um breve resgate histórico das concepções, estratégias e tratamentos em saúde mental, em nível nacional e internacional. O propósito dessa seção é elucidar como o campo da saúde mental foi concebido e desenvolvido desde os primórdios da loucura, na Antiguidade, na Idade Média e na Idade Moderna. Enfatizam-se os seus traços ideológicos com heranças de um passado tão presente, a sua proposta de ruptura do sistema tradicional, o processo reformista de avanços nos campos da saúde com as reformas Sanitária e Psiquiátrica, sobretudo na defesa das bandeiras de luta antimanicomial, pela saúde pública e laica e por uma sociedade sem manicômios.

O segundo capítulo discorre sobre as particularidades da reversão neoconservadora nas políticas sociais de saúde pública e dos serviços de saúde mental no Brasil, tratando de múltiplos elementos e mediações sócio-históricas e político-sociais constitutivos do desenvolvimento das políticas de saúde/saúde mental, suas particularidades e seu processo de construção de estereótipos da concepção burguesa e das tendências sociopolíticas e macroeconômicas marcadas por adoção de políticas econômicas neoliberais regressivas e de desmonte dos direitos sociais.

O último capítulo, denominado “A (re)configuração da política de saúde mental e tendências de regressividade e destruição de direitos sociais”, analisa os primeiros traços da política de lógica regressiva neoconservadora nos serviços de saúde mental sob a hegemonia neoliberal no país, as medidas de austeridade tendentes a uma estagnação econômica, que atinge o campo do trabalho, com baixos salários, insegurança, desemprego, perdas de benefícios e de proteção, por meio da viabilização de políticas seletivas e focalizadas. O capítulo ainda discorre sobre como essa política reduz os recursos dedicados às políticas sociais públicas direcionadas

para melhorar as condições e qualidade de vida da população, deixando alguns de seus segmentos no empobrecimento. Nesse sentido, prioriza o exame das contrarreformas e a reversão neoconservadora dessas políticas sociais, sobretudo, nos serviços de saúde mental, tendo em vista demonstrar a materialização da regressividade na Reforma Psiquiátrica brasileira e sua tendência para o campo da barbárie e da desumanização.

Vale ressaltar as condições históricas extremamente excepcionais em que o presente trabalho é elaborado e apresentado: a deflagração da emergência sanitária no cenário mundial, com o surgimento e a propagação de uma pandemia da COVID-19, uma doença infecciosa causada por um novo vírus – coronavírus - nunca antes detectado em humanos. Os dados mundiais e o número exponencial de contágios e mortes em diversos países, inclusive no Brasil, colocam em cena as reais condições dos sistemas de saúde dos países, a relação entre estado social e estado mínimo, a capacidade de adotar medidas emergentes de combate à doença e de prevenção dos riscos de infecção, como o isolamento social e a higienização frequente das mãos.

Esse momento da questão saúde e da emergência sanitária deflagrada com a pandemia atribuiu à Organização Mundial de Saúde um protagonismo inédito, orientando os países e mobilizando a comunidade científica especializada. O presente trabalho é uma contribuição ao debate crítico-analítico sobre a temática da saúde mental e a atual conjuntura mundial.

1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, SUA HISTORICIDADE E PROCESSUALIDADE NOS MARCOS DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL

O propósito deste primeiro capítulo é elucidar o processo histórico de desenvolvimento da concepção de “loucura”, oferecendo um breve resgate das concepções, estratégias e tratamentos na saúde mental, em nível nacional e internacional. Busca enfatizar os traços ideológicos de heranças de um passado ainda presente, a proposta de ruptura do sistema tradicional, o processo reformista de avanços nos campos da saúde com a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica e, sobretudo, a defesa e a luta pela saúde pública e laica e por uma sociedade sem manicômios.

1.1 A introdução da “loucura” no mundo

O contexto histórico da política de saúde mental, suas particularidades e seu desenvolvimento encontram fundamentos teóricos e análises em diferentes vertentes do pensamento social: por exemplo, as obras de Foucault (1972) tratam da teoria acerca da relação entre poder e conhecimento, analisando as modificações dos discursos sobre a loucura e os mecanismos de poder ou das formas de controlar e disciplinar os sujeitos desde a transição da era clássica até a modernidade; já em Resende (2001), contextualizam-se as tendências históricas e os caminhos da trajetória da política de saúde mental, especificamente no Brasil; Amarante (1995 e 2007) e sua coletânea de autores - Basaglia, Ongaro, Casagrande, et. al.; Birman e Costa; Amarante; Luz; Bastos e Castiel; Giovanella e Amarante; Rotelli; Barros; Alves, Seidl, Schechtman e Silva (1994) - reúnem abordagens sobre a trajetória histórica da saúde mental, suas particularidades, as reformas psiquiátricas, seus feitos e a configuração da política brasileira estruturada na rede assistencial em saúde mental permeada por um campo de tensões e ambiguidades.; e ainda Vasconcelos (2010 e 2016), que faz um diálogo da saúde mental na perspectiva analítica e crítica do Serviço Social.

A partir desses autores, entende-se que, historicamente, a “loucura” nasceu da ideia de desrazão e configurou, em sua trajetória sócio-histórica, diversas formas de

identificação, definições e tratamentos. Identificada e circunscrita, culturalmente, pelo desvio comportamental, ela foi concebida e fundamentada em concepções de acordo com cada período histórico.

Na Antiguidade¹, por volta do século V a.C., acreditava-se que o “louco” transmitia mensagens dos deuses e, por isso, a “loucura” era associada à verdade divina: “experimentada em estado livre..., circulava..., fazia parte do cenário e linguagem comuns” (RESENDE, 2001, p. 20). Segundo Resende, “existiram um dia, um tempo e uma sociedade na qual, pela própria relação que os homens mantinham entre si e com a natureza, a loucura aparecia diluída imprecisamente em todos os homens, era, por assim dizer, natural” (2001, p. 19).

Alguns séculos depois, na Idade Média, sob a influência religiosa, a “loucura” passou a ser considerada uma manifestação do sobrenatural, expressão de bruxaria e feitiçaria, caracterizados os loucos como pessoas lunáticas e pecadoras a serem queimadas em fogueiras ou enforcadas.

Em meados do século XV e XVI, na transição do feudalismo para a sociedade pré-capitalista, o movimento Renascentista, importante período de mudanças culturais em toda Europa Ocidental, preconizava a reorientação da religião e seus dogmas dominantes para o indivíduo, o homem passando a ser o centro do universo, valorizado como um ser racional, demarcando a sofisticação da estabilidade política e do crescimento econômico - um marco histórico donde surge um novo mundo mercantil e urbano vinculado à ascensão da pequena burguesia.

Esse novo mundo que emerge, com as mudanças nas relações sociais e no modo de produção, traz consigo uma alteração na percepção da “loucura”, que passa de algo natural ou sobrenatural a uma desordem social. Isto é, se os considerados “loucos” desfrutaram,

durante longo tempo, de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade, teve esta liberdade cerceada e seu sequestro exigido, levado de roldão na repressão a indivíduos ou grupos de indivíduos que, por não conseguirem ou não poderem se adaptar a uma nova ordem social, se constituíram em ameaça a esta mesma ordem. Na Europa, como já vimos, a ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo mercantil trouxeram

¹ Durante todo o período da Antiguidade e da Idade Média, o louco gozou de certo grau de “extraterritorialidade” e a loucura era, no essencial, “experimentada em estado livre..., circulava... fazia parte do cenário e linguagem comuns ...” A doença mental era uma questão largamente privada, basicamente determinada pelos costumes, o poder público só intervindo em assuntos de direito (validação ou anulação de casamentos em que um dos cônjuges enlouquecia ou se curava, proteção da propriedade de insanos perdulários) (RESENDE, 1990, p. 20).

consigo a necessidade de um “novo” homem e introduziram-lhe exigências que não puderam ser satisfeitas por muitos deles – entre os quais os loucos – e que, deixados à deriva, vieram abarrotar as cidades e perturbar-lhes a ordem (RESENDE, 2001, p. 29).

E foi justamente esse cenário de transição histórica de “princípio do fim do campesinato como classe e declínio dos ofícios artesanais que vieram [veio] selar a sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social” (RESENDE, 2001, p. 23).

Ao fim do século XV, na Europa, o advento da manufaturaria inicial, forma rudimentar de divisão social do trabalho, trouxe aos trabalhadores artesões problemas formidáveis. Nada mostra melhor o problema dos trabalhadores desta época de transição que o fato de que as cidades se regurgitaram de desocupados, mendigos e vagabundos enquanto se experimentava escassez de mão-de-obra (RESENDE, 2001, p. 23).

Nesse trajeto, a loucura passou a definir-se entre o normal e o patológico, ou seja, passou a não ser mais uma

normatividade pessoal de cada um, mas um eixo de referência supra-individual, emanado das necessidades da economia, entendida aqui, no seu amplo sentido, como a práxis posta a serviço da produção e da reprodução da vida social, [e que] permanece até hoje na ordem do dia como uma das questões centrais da problemática da doença mental e das instituições que dela se ocuparam (RESENDE, 2001, p. 20).

Na história da “loucura”, as primeiras formas de enclausuramento e de segregação social de pessoas consideradas loucas ou daquelas que vagavam pelas ruas foram criadas entre os séculos XV e XVI. Foucault (1972) registra a primeira dessas formas nas chamadas Naus dos Loucos² ou dos Insensatos: os “loucos” eram retirados de suas cidades, aglomerados e enviados a esmo em embarcações marítimas. Já Resende (2001) identifica a criação das primeiras instituições a partir de medidas legislativas de repressão, como depósito para os “loucos” e para os considerados ociosos.

A criação das instituições, as casas de correção e de trabalho e os chamados

² Da criação dos barcos Nau dos Príncipes e das Batalhas da Nobreza em 1502, depois uma Nau das Damas Virtuosas em 1503, cria-se também uma Nau da Saúde, que foram barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. [...]. Encarregam-se marinheiros de livrar a cidade de um louco que por ela passeava nu; nos primeiros anos do século XV, um criminoso louco é enviado do mesmo modo. [...]. Sobre este período histórico ver *História da Loucura*, Foucault (1972).

hospitais gerais que, apesar do nome, não tinham qualquer função curativa, destinavam-se a limpar as cidades dos mendigos e antissociais em geral, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral (RESENDE, 2001, p. 24).

Foi nesse período histórico que se criou e efetivou o tratamento com base na restrição da liberdade da “loucura” em prisões, asilos e manicômios. Por volta dos anos de 1656, nasceram os primeiros hospitais gerais na França, que sugeriram, a princípio, no viés da caridade e da filantropia, como serviços de casas de apoio para oferecer abrigo e alimentação para os pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes, dentre eles os “loucos”. Tal já reconfigura uma outra lógica, a de segregação social da “loucura”. Isso porque, na história, “os loucos tinham múltiplos significados – de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também os seus lugares e espaços: ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais” (AMARANTE, 2007, p. 23).

“O Hospital Geral³ não é [era] um estabelecimento médico. É [era] antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos e além dos tribunais, decide [decidia], julga [julgava] e executa [executava]” (FOUCAULT, 1972, p. 57). Ou seja, o hospital geral, em conjunto com as demais instituições, ofertava uma modalidade de serviço,

a de cumprir uma função de ordem social e política mais explícita. Estou me referindo ao Hospital Geral, criado a partir do ano de 1656, pelo Rei da França. Para o filósofo Michel Foucault o advento do Hospital Geral foi de fundamental importância para a definição de um novo ‘lugar social’ para o louco e a loucura na sociedade ocidental (AMARANTE, 2007, p. 23).

Pode-se apreender que os autores ressaltam que as modalidades de hospitais mencionadas foram criadas como instituições para varredura dos “loucos” da cena social. Nesse sentido, em toda a Europa, a partir do século XVII, a loucura e a sua “cura” são capturadas pelo “Grande Internação⁴” em instituições (FOUCAULT, 1972).

³ “O Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. O Hospital Geral não se assemelha a nenhuma ideia médica. É uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa mesma época. Está diretamente ligado ao poder real que o colocou sob a autoridade única do governo civil” (FOUCAULT, 1972, p. 56 e 57).

⁴ No século XVII foram criadas vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas. A partir de Pinel, Tuke, Wagnitz, sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das “casas de força”; percebe-se também

As instituições, (...) muitas, como se pôde ver, ainda são mantidas por ordens religiosas; no entanto, entre elas se encontram às vezes espécies de associações leigas que imitam a vida e os costumes das congregações sem delas fazerem parte. Nas províncias, o bispo é membro de direito do Bureau Geral, mas o clero está longe de deter a maioria nesse órgão: a gestão é, sobretudo, burguesa. Entretanto, em cada uma dessas casas, leva-se uma vida quase de convento, escondida por leituras, ofícios, orações, meditações. Faz-se a oração em comum de manhã e à noite nos dormitórios; e, em diferentes momentos do dia, fazem-se exercícios pios, orações e leituras espirituais. [...]. Nessas instituições também vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leprosários, vazios desde a Renascença, mas repentinamente reativados no século XVII e que foram rearmados com obscuros poderes (FOUCAULT, 1972, p. 60).

Foucault reafirma ainda que

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas, na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no contexto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e mundificam-lhe o sentido (1972, p. 89).

São instituições criadas para os “loucos” e doentes, que iriam “partilhar com os demais deserdados de toda sorte formas de punição e tortura, sofisticadas algumas, grotescas a maioria, cuja variedade é por demais extensa e conhecida de todos para ser aqui detalhada” (RESENDE, 2001, p. 24).

Assim, a “loucura”, até esse momento, foi marcada e estruturada pela lógica do enclausuramento e da segregação social do sujeito nos porões das Santas Casas e

que estavam misturados com a população das Workhouses ou Zuchthusern. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos **correcionários** e aos insanos. É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá — não nos esqueçamos — que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos “libertado”. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural. Consideremos os fatos em sua formulação mais simples, dado que o internamento dos alienados é a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura, e dado que será ele o motivo de escândalo, quando essa experiência vier a desaparecer da cultura europeia (FOUCAULT, 1972, p. 55).

hospitais gerais⁵. No entanto, na contramão dessa realidade, já no final do século XVIII, com a Revolução Francesa, o cenário era de expectativas diante do início de uma nova era.

As chamadas duplas Revoluções, a industrial na Inglaterra e a política e intelectual na França (1789)⁶, foram marcos históricos para toda a humanidade. A Revolução Francesa foi um palco de acontecimentos, de perspectivas e cenários que levaram a diversas transformações econômicas, políticas e sociais, sobretudo no campo das ciências, inclusas aí as áreas da medicina e da saúde e as “novas formas e abordagens” de tratamento para a loucura, na saúde mental.

Com as ideias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa, a declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos, viu-se crescer o movimento de denúncias contra as internações – leia-se “sequestrações” - arbitrárias dos doentes mentais, seu confinamento em promiscuidade com toda espécie de marginalizados sociais e as torturas, disfarçadas ou não, sob a forma de tratamentos médicos, de que eram vítimas (RESENDE, 2001, p. 25).

Esse foi o primeiro movimento de contestação dos modelos até então praticados, considerado, na história, a primeira reforma da instituição asilar da saúde mental, com o protagonismo de diversos nomes e países, como o de Pinel, na França, Tuke, na Inglaterra, Chiaruggi, na Itália, Todd, nos Estados Unidos, entre outros. O movimento almejava que “os loucos seriam separados de seus colegas de infortúnio e passariam a receber cuidado psiquiátrico sistemático. Alegadamente centrado em bases humanistas” (RESENDE, 2001, p. 25).

Dentre as teorias e práticas de criação e fundamentação da psiquiatria, Philippe Pinel foi referência em disseminar seus estudos e o seu nome a hospitais pelo mundo afora, propondo um modelo de assistência em serviços terapêuticos por meio de tratamento sem princípios de isolamento e de moral (AMARANTE, 2007).

Conhecido como um idealizador do Iluminismo, considerado o pai da psiquiatria e o pioneiro na criação dos primeiros modelos de clínicas médicas modernas, os

⁵ Esse cenário se agudizou com a Revolução Industrial (1760-1820), nos meados do século XVIII e XIX, expresso na ascensão do modo de produção capitalista. Uma ascensão que trouxe consigo o avanço das maquinarias, a expansão e o crescimento desordenados das grandes cidades, a expropriação de bens e serviços, o processo de êxodo rural e o aumento exacerbado de trabalhadores desempregados que, conseqüentemente, passaram a morar nas ruas (ENGELS, 2010).

⁶ O historiador Eric Johnson Hobsbawm publicou *A Era das Revoluções*, em 1962. Na obra traça a transformação do mundo entre os anos de 1789 a 1848, período histórico que configurou duas grandes e importantes revoluções: a industrial e a francesa (HOBSBAWM, 2017).

hospitais psiquiátricos, a proposta de Pinel de tratamento isolado do mundo exterior estendeu-se ao processo de institucionalização e hospitalização integral do sujeito. O hospital passou a ser

lugar de propósito de cura, e não apenas de morte, pois, em última instância, no hospital-albergue, as pessoas iam lá para morrer. Em outras palavras, o princípio do isolamento estaria associado à própria produção do conhecimento no campo do alienismo, pois o hospital pineliano, agora transformado em instituição médica, se tornava o próprio laboratório onde as pessoas seriam observadas e estudadas, seus comportamentos descritos, comparados, analisados e classificados (AMARANTE, 2007, p. 32).

E uma das estratégias para o tratamento moral seria o trabalho terapêutico: “O tratamento moral consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados⁷, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e ilusões e chamar a consciência à realidade” (AMARANTE, 2007, p. 33).

O trabalho assumia uma importância muito singular na sociedade em plena transição de modo de produção, quando o capitalismo ensaiava seus primeiros passos, e o trabalho seria, portanto, um meio de reeducação das mentes desregradas e das paixões incontroláveis (AMARANTE, 2007, p. 33).

Na busca da cura dos alienados, a psiquiatria de Pinel, surgida em 1793, tinha como proposta a prática de uma medicina mental. Propunha

a liberdade dos loucos que, embora libertados das correntes, devem [deveriam] ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo ‘isolamento’. Este, no entanto, não significa[va] a perda da liberdade, pois, muito pelo contrário, é[era] o tratamento que pode[podia] restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do ‘tratamento moral’, o princípio do ‘isolamento do mundo exterior’, é[era] uma construção pineliana que, até nos dias atuais, não está totalmente superada na prática psiquiátrica contemporânea (AMARANTE, 2007, p. 29).

⁷ Para Amarante (2007, p. 30-31), a alienação surge com base na “síntese alienista”, elaborada pelo médico Pinel no século XVIII, que fundou e consolidou o conceito de alienação mental e a profissão alienista dos primeiros hospitais psiquiátricos com princípios de isolamento e tratamento moral. Segundo o autor, alienação mental é todo aquele que sofre de distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de perceber a realidade. Para Hegel, que analisou o livro de Pinel, a alienação não seria a perda absoluta da Razão, mas simples desordem em seu âmago. [...]. Alienado, no sentido mais comum, poderia significar estar fora da realidade, fora de si, sem o controle de suas próprias vontades e desejos. [...]. Na medida em que alguém, nessa condição de alteridade, pode representar um sério perigo à sociedade por perder o Juízo ou a capacidade de discernimento entre o erro e a realidade, do conceito de alienação mental nasce a ideia de ‘periculosidade’. [...]. Alienação, perda da Razão, irracionalidade, animalidade.

A psiquiatria pineliana, ao propor a criação de hospitais específicos para o cuidado da loucura, foi de suma importância na reformulação e referência para o campo da saúde mental, mesmo sem se descolar das práticas anteriores. Mas também foi alvo de diversas críticas de seus contemporâneos. Resende (2001, p. 26) considera que “os reformadores do século XVIII nada mais teriam promovido senão a substituição da violência franca pela violência velada da ameaça e das privações”. Nessa mesma perspectiva analítica, Amarante (2007) ressalta:

O histórico ‘gesto de Pinel’ desacorrentando os loucos poderia nos dar a ilusão de que os loucos teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional. No entanto, o que existiu foi uma metamorfose da natureza da instituição. Na medida em que o hospital deixou de ser o espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, porém institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico (AMARANTE, 2007, p. 35).

Nesses termos, a chamada reforma da instituição asilar pineliana foi, entre os séculos XVIII e XIX, prestação de serviços na perspectiva da assistência e da tutela, com a institucionalização dos serviços psiquiátricos. A psiquiatria passou a se constituir como um saber sobre a “loucura”, demarcada por um movimento de constituição da medicina mental ancorada no campo do saber teórico e prático bem como de um conhecimento crítico científico sobre o fenômeno da loucura, que tinha como objeto de estudo a doença mental (AMARANTE, 1995).

Os serviços ficaram rapidamente superlotados de internos e, conseqüentemente, ficaram evidenciadas as dificuldades em tratar a “loucura” e a prevalência da concepção de serviços como alternativa aos modelos psiquiátricos, uma vez que as instituições pautaram denúncias de maus tratos e de violações contra os sujeitos hospitalizados, o que levou, no início do século XX, à decadência dessa concepção e de sua credibilidade enquanto modelo de serviço psiquiátrico.

No século XX, em meados dos anos de 1946, emergiram novas propostas de serviços e tratamento de regime de portas abertas, de não restrição ou maior liberdade, com novas abordagens psiquiátricas e clínicas para o campo da saúde mental. A próxima seção elucida esse outro momento relevante da história da saúde mental nos seus avanços e suas contradições representadas na realidade social.

1.1.1 As novas experiências das chamadas “reformas psiquiátricas” contemporâneas

O cenário mundial do século XX, entre os anos de 1939 e 1945, é demarcado pelo acontecimento histórico da Segunda Guerra Mundial, resultado da disputa de interesses entre os Países da Grande Aliança (Reino Unido, França, União Soviética e Estados Unidos) e seus aliados *versus* o Eixo, formado pelos países da Alemanha, Itália e Japão e seus aliados, tendo sido vitoriosas as potências da Grande Aliança.

Se os resultados da Segunda Guerra Mundial impactaram a vida da humanidade pelas atrocidades vivenciadas, o pós-guerra foi também uma solução para o setor econômico e o enriquecimento do sistema capitalista. Segundo as análises de Hobsbawm,

os impressionantes problemas sociais e econômicos do capitalismo na Era da Catástrofe aparentemente sumiram. A economia do mundo ocidental entrou em sua Era de Ouro; a democracia política ocidental, apoiada por uma extraordinária melhora na vida material, ficou estável; banuiu-se a guerra para o Terceiro Mundo⁸ (1995, p. 59).

Na análise de Netto, a reconstrução do Pós-Segunda Guerra Mundial convidou o sistema capitalista a experimentar “o que alguns economistas franceses denominaram de “as três décadas gloriosas” (2010, p. 207). Segundo o autor, mesmo

sem erradicar as suas crises periódicas (cíclicas), o regime do capital viveu uma larga conjuntura de crescimento econômico. Não por acaso, a primeira metade dos anos 1960 assistiu à caracterização da sociedade capitalista – evidentemente desconsiderado o inferno da sua periferia, o então chamado Terceiro Mundo – como “sociedade afluyente”, “sociedade de consumo” etc. (NETTO, 2010, p. 207).

Esse período também foi significativo para o campo da Saúde Mental. Foi a partir da guerra, com o aumento enorme de contingente de pessoas, principalmente de soldados, com danos físicos, sociais e, conseqüentemente, psicológicos, que aumentou a demanda por serviços psiquiátricos. O cenário também era de insatisfação dos trabalhadores e estudiosos da saúde mental, que questionavam os serviços embasados na reforma pineliana dos séculos XVIII e XIX, uma vez que os

⁸ As décadas dos Anos Dourados, a partir dos meados de 1950, trouxe um período de ascensão da economia mundial. Entretanto, “apesar disso, a Era de Ouro foi um fenômeno mundial, embora a riqueza geral jamais chegasse à vista da maioria da população do mundo – os que viviam em países para cuja pobreza e atraso os especialistas da ONU tentavam encontrar eufemismos diplomáticos (HOBSBAWM, 1995, p. 255).

hospitais psiquiátricos do período de guerra e pós-guerra eram semelhantes aos campos de concentração vivenciados na Alemanha.

Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de 'reformas psiquiátricas' (AMARANTE, 2007, p. 40).

A guerra foi um divisor de águas para a mudança nas concepções de cuidado na saúde mental, para as críticas e para um novo projeto de reformas proposto pelos trabalhadores da saúde mental, que, diante da realidade vivenciada, se propuseram a elencar, discutir e elaborar reformas que respondessem as questões do cenário mundial da assistência na saúde mental.

No plano internacional, o movimento de contestação do modelo asilar foi organizado por essa psiquiatria reformada que criou novos dispositivos de serviços. A reforma psiquiátrica contemporânea, consubstanciada no período de guerra e pós-guerra mundial, foi subsidiada por novas concepções e experiências que a denominaram de “a reforma das reformas”.

Seu surgimento deu-se na Inglaterra, nos meados dos anos de 1946, sob a proposta de comunidade terapêutica. Essa proposta era de substituição e de alternativa ao modelo asilar de caráter fechado e autoritário das instituições manicomiais e do saber psiquiátrico tradicional, na “possibilidade de acomodar-se em novos esquemas de referência, contrapostos aos tradicionais” (BASAGLIA, ONGARO, CASAGRANDE, et. al., 1994, p. 11).

A comunidade terapêutica⁹ de Maxwell Jones, de 1946, foi o primeiro dentre os modelos reformistas de serviços na saúde mental, embora tenha consagrado seus serviços somente a partir de 1959, na Inglaterra. Essa experiência de reforma sanitária inglesa nasceu de demandas das condições dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, “pontuando uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a

⁹ “A Comunidade Terapêutica é uma invenção anglo-saxã, ou melhor, inglesa, porque é o país que conta com a mais longa tradição de tentativas de renovação institucional psiquiátrica, dos tempos dos Tuke e da “cura moral” dos doentes de mente. [...] A CT verdadeira baseia-se em alguns princípios que foram definidos como revolucionários e que são, no fundo, eversivos do tipo de relação tradicional médico-paciente. Porquanto não possa ser reduzida em esquemas rígidos, a mesma encontra a sua primeira essência na declarada exploração aos fins terapêuticos de todos os recursos da instituição, concebida esta última como um conjunto orgânico não hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar. [...]” (BASAGLIA, ONGARO, CASAGRANDE, et. al., 1994, pp. 12 e13).

sociedade, ao demonstrar a possibilidade de alguns doentes mentais serem tratados fora do manicômio” (AMARANTE, 1995, p. 30).

A proposta original se fundamentava em concepções de organização de terapia comunitária e em defesa de um “processo de reformas institucionais predominantemente democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar”, conforme analisa Amarante (1995, p. 28).

Mas as críticas a essa experiência, de autoria de Rotelli, afirmam que, apesar da relevância da proposta de reforma inglesa, a comunidade terapêutica “não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta[va] o próprio hospital psiquiátrico e de que, portanto, ela não poderia ir além” (1994, p. 150).

Basaglia, Ongaro, Casagrande, et al. (1994) afirmam que os serviços das comunidades terapêuticas passaram a ser norteados por diversas modalidades de atuação, tornando-se um conceito ambíguo. Segundo os autores, essas instituições foram capturadas pelo retorno dos saberes médicos e do psiquiatra, que se tornava, ao mesmo tempo, o clínico e o administrador. Outro ponto seria a teoria do aprendizado social, de reaprendizagem, de (re) aculturação¹⁰ na perspectiva de reabilitação social. Dessa forma, a comunidade terapêutica chegou ao ponto de negar a si mesma.

Aquela que surgiu como uma exigência de renovação fundamentada das instituições psiquiátricas caiu no perigo de constituir-se, nas diversas atuações práticas e nas conseqüentes especulações teóricas, em um novo tipo de instituição, mais moderna, mais eficiente, portanto, aceita pelo sistema devido ao fato de que, neste, as relações de poder continua[va]m as mesmas. Estas são as limitações da CT (BASAGLIA, ONGARO, CASAGRANDE, et. al., 1994, p 15).

Por isso, é importante ressaltar:

Esta proposta original e inovadora não tem nenhuma relação com as atuais ‘fazendas’ e ‘fazendinhas’ de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista

¹⁰ O uso de um termo como aculturação (que, em geral, indica a aceitação da cultura do “senhor” por parte do “servidor” e pode, portanto, ser considerado uma espécie de processo de colonização) é instituir uma diferença entre cultura “sã” e uma cultura “doente”. [...] Mas, após os estudos sobre a institucionalização, viu-se também como a exclusão do comércio social passou a ser causa, mais que o efeito, de deculturação: a cultura subumana dos “lungodegenti”, renegados há anos nos manicômios, seria, pois, a saída natural (BASAGLIA, ONGARO, CASAGRANDE, et. al., 1994, p. 14).

e fraudulenta – “comunidades terapêuticas” para ganharem legitimidade social e científica (AMARANTE, 2007, p. 43).

Em 1952, em meio a esse processo de reformas, desenvolveu-se o modelo chamado Psicoterapia Institucional, por François Tosquelles, na França. Refugiado da ditadura militar que ocorrera na Espanha, fundou a experiência Psicoterapia Institucional, decorrente da situação social e econômica da França e de seus hospitais.

Amarante assinala que a Psicoterapia Institucional tinha como proposta seguir uma orientação de “transversalidade”, entendida “como o encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o intuito de problematizar as hierarquias e hegemonias” (2007, p. 45). Para o estudioso, é relevante ressaltar que esse modelo de reforma possuía, em seus serviços, traços similares aos da comunidade terapêutica e também buscava a cura e o tratamento por meio do resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, tal como pretendiam Pinel e Esquirol (AMARANTE, 1995).

Esse primeiro grupo de reformas psiquiátricas, a da comunidade terapêutica e da psicoterapia institucional, foram inovadoras em seu tempo, mas permaneceram reformas restritas ao âmbito asilar, o que apresentou limitações e, conseqüentemente, apontou para a necessidade da criação de um novo projeto de reforma psiquiátrica que oferecesse serviços externos aos manicômios.

No início da década de 1960, concebeu-se a proposta de Psiquiatria de Setor, na França, idealizada por um grupo de psiquiatras, cujo objetivo era oferecer serviços extra-hospitalares, como os Centros de Saúde Mental (CSM), que são instituições organizadas por setores, ou seja, uma assistência com princípio de regionalização para dar “continuidade terapêutica pós-alta hospitalar, com objetivo de evitar reinternações ou mesmo novos casos” (AMARANTE, 2007, p. 45).

Também os Estados Unidos, em 1963, em meio a diversos conflitos que englobavam questões sociais, políticas, econômicas e, especificamente, de saúde, colocou em debate a necessidade de mudanças no quadro de sua política de saúde mental.

Assim, a Psiquiatria Preventiva de Gerald Caplan, nos Estados Unidos, emergiria, segundo Amarante (2007, p. 48), a partir da ideia de que “as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente”. Entretanto, chamava a atenção o método para detectar e fazer a prevenção da doença: todos que

apresentassem algum tipo de desordem, principalmente social, que viria a ser conceituada como “crise” ou “desvio comportamental”, se tornariam suspeitos de algum tipo de distúrbio mental.

As mudanças na assistência psiquiátrica americana após a implementação da reforma psiquiátrica preventiva e, principalmente, do conceito de “desospitalização” subsidiaram a criação dos serviços extra-hospitalares (lares abrigados, hospitais–dia, hospitais–noites, enfermarias e leitos gerais etc.) e a “desinstitucionalização”, que elencou “estratégias de redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de redução do tempo médio de permanência hospitalar, ou ainda de promoção de altas hospitalares” (AMARANTE, 2007, p. 50).

A Psiquiatria de Setor na França e a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos representaram um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar. Entretanto, ainda assim permaneceram com vínculos a cuidados nos hospitais psiquiátricos, sem uma possível ruptura com o seu fechamento. Pelo contrário, o que se viu foram “os próprios serviços comunitários se transformarem em grandes captadores e encaminhadores de novas clientelas para os hospitais psiquiátricos” (AMARANTE, 2007, p. 51).

A política de saúde mental, principalmente nos Estados Unidos, reforçou “o novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma maior expansão dos preceitos médico–psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (AMARANTE, 2007, p. 51).

Assim, a primeira experiência antipsiquiatria de fato emergiu na Inglaterra, na década de 1960, a partir dos ideais dos movimentos chamados *underground* ou contracultura, como

(psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento hippie) [e] com um grupo de psiquiatras - dentro os quais destacam-se Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson -, muitos com longa experiência em psiquiatria clínica e psicanálise. O consenso entre eles diz respeito à inadaptabilidade do saber e práticas psiquiátricas no trato com a loucura, mais especificamente com a esquizofrenia (AMARANTE, 1995, p. 42).

A proposta da Antipsiquiatria buscou romper radicalmente com o modelo tradicional da saúde mental. Para isso, foram propostos novos serviços referentes aos da comunidade terapêutica, priorizando a criação de novos métodos a partir de concepções de “lugar livre”, de libertação da medicalização, para uma teoria voltada

para a lógica das comunicações.

A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Critica a nosografia, que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade. O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do 'discurso' através da 'metanoia', da viagem ou do delírio do louco, que não deve ser podada. O louco é acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão (AMARANTE, 1995, p. 42).

Nessa mesma década de 1960, registra-se também um outro segmento de reforma, a Psiquiatria Democrática, surgida no norte da Itália com o estudioso e médico Franco Basaglia. Das reformas antipsiquiátricas às experiências surgidas a partir da Psiquiatria Democrática de Basaglia se instauraram as rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico, terapêutico e as instituições a ele relacionadas.

A princípio, a psiquiatria democrática se inspirou nos métodos e teorias das comunidades terapêuticas e da psicoterapia institucional, ou seja, dos pioneiros na construção das reformas psiquiátricas contemporâneas. Basaglia compreendeu que, para romper com a psiquiatria tradicional, não bastavam estratégias de medidas administrativas ou de humanização, mas era necessário ir além, combater e negar a psiquiatria enquanto ideologia por meio da desconstrução dos manicômios.

Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007, p. 56).

O projeto italiano ergueu bandeiras de lutas pela superação e desconstrução dos modelos de hospitais psiquiátricos. Basaglia e seus seguidores (atores sociais) idealizaram e implementaram a significativa reforma psiquiátrica de extinguir os manicômios em todo o território italiano.

A reforma psiquiátrica italiana tornou-se referência para os países mundo afora, primeiro por elevar a bandeira de luta antimanicomial e, segundo, por ter promulgado, na Lei nº 180/1978, o decreto e a consolidação que determinava a extinção dos

manicômios em território nacional. A Psiquiatria Democrática do idealizador Basaglia é a única, atualmente, com proposta e efetivação sobre a extinção de tais serviços no mundo. Amarante afirma que o estudioso italiano

Tornou-se um dos dirigentes pioneiros na construção dos primeiros serviços *fortes* de saúde mental, isto é, os serviços efetivamente substitutivos ao modelo manicomial. Protagonizou a criação das primeiras cooperativas de trabalho de *usuários*, assim como os projetos de intervenção cultural e a organização das primeiras experiências de residencialidade e ocupação territorial (2016, p. 10. Grifos do autor).

O projeto de desinstitucionalização por meio das experiências de Gorizia, Trieste e Ímola, cidades italianas, foram reconhecidas pela sua concretização efetiva por meio da lei, a forma decisiva de uma compreensão de saúde mental pautada em concepções humanizadas, de atenção psicossocial e de uma sociedade sem manicômios, ou seja, um processo de mudança radical no paradigma da psiquiatria.

A superação do hospital psiquiátrico não se refere simplesmente à superação de uma estrutura física – os muros do manicômio - e de uma organização. O processo parte da denúncia da violência manicomial para evidenciar a existência de uma série de instituições, normas e procedimentos que se referem à sanidade, ao direito, à educação, à assistência social e às práticas de cidadania capturadas e consolidadas pela existência do manicômio. Há algo mais: a permanência de estruturas segregadoras na sociedade constrói as relações entre as pessoas, dirige o modo com o qual todos nós concebemos, no dia a dia, o que nos liga uns aos outros (VENTURINI, 2016, p. 15).

As décadas de 1960 e 1970 demarcaram, portanto, experiências renovadoras no campo da saúde mental em todo o território italiano - regiões como Gorizia sendo a pioneira em 1960 e, depois, Perúgia, Nocera Inferiore e, nos anos de 1970, Parma, Arezzo, Ferrara, Pordenone, Reggio, Emília, Gênova, Turim, Veneza, Trieste, Ímolia dentre outras - porta de entrada para a promoção de um novo modelo de saúde mental (VENTURINI, 2016).

Conforme Venturini, “a lei obtém resultados diferentes em várias regiões do país. As dificuldades são grandes, pois falta o plano de execução previsto pela lei e não são garantidos os fundos necessários” (2016, p. 23).

Com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e suas enfermarias, a reforma da Psiquiatria Democrática de Basaglia implantou novos serviços e dispositivos

substitutivos territoriais, como os Centros de Saúde Mental (CSM)¹¹ 24 horas ao dia, grupos – apartamentos (residências com ou sem um profissional técnico), cooperativas de trabalho, Serviços de Emergência Psiquiátrica, regime diuturno (AMARANTE, 1995).

Nota-se que há diversas experiências de reformas, mas foi a psiquiatria democrática desenvolvida por Basaglia a única a realizar amplas reformas nos campos da saúde. No Brasil, essa psiquiatria foi referência para a configuração de uma alternativa de cuidado, de serviços substitutivos e de luta antimanicomial em todo o território nacional.

É relevante ressaltar que a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária italianas¹² foram experiências influentes no campo da saúde brasileira. Inspiraram a elaboração do projeto de criação e defesa de um sistema nacional de saúde no Brasil e foram referência para os movimentos contestatórios das reformas de saúde nas décadas de 1970 e 1980, em pleno período de redemocratização do país. E tecem os marcos, as configurações e a contextualidade histórica da saúde mental no Brasil.

1.2 A configuração da saúde mental no Brasil

O Brasil do século XVIII era um país da colonização, com formação sob os ditames do mercado internacional, explorado e desapropriado de seus bens e riquezas naturais, formado por grandes áreas rurais e cidades ainda em processo de habitação. Cidades como o Rio de Janeiro, Bahia e Pernambuco eram as mais populosas, com grandes propriedades rurais que desenvolviam uma economia de agricultura, pastoreio, produção doméstica e, nas pequenas cidades, artesanal. Uma economia de características primitivas, baseada no trabalho servil (escravidão).

A vida social da época aparece assim fortemente polarizada entre dois extremos da vida social; de um lado, uma minoria de senhores e proprietários e, de outro, a multidão de escravos; entre estes, a massa indefinida que não

¹¹ “Os CSM passavam a assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território. Assim, mais do que centros regionalizados, eram centros de base territorial. Em outras palavras, centros que, atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade” (AMARANTE, 2007, p. 58).

¹² Giovanni Berlinguer, Sônia Fleury Teixeira e Gastão Wagner de Souza Campos publicaram *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*, em 1988, em que fazem uma análise sobre as reformas em ambos os países, apontando semelhanças e contradições.

cessa de crescer dos inadaptados, dos indivíduos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho. Uma terceira subcategoria, "... a mais degradada, incômoda e nociva, é a dos desocupados permanentes, vagando de léu em léu à cata do que se manter e que, apresentando-se a ocasião, enveredam francamente pelo crime. É a casta numerosa e de tal forma caracterizada por sua ociosidade e turbulência, que se torna uma das preocupações constantes das autoridades e o leitmotiv de seus relatórios". Consta que era perigoso transitar por lugares ermos da cidade do Rio de Janeiro, até mesmo em plena luz do dia (RESENDE, 2001, p. 34).

A "loucura" no Brasil foi ignorada socialmente, ressaltava Resende, por quase trezentos anos. A "loucura acorda, indisfarçavelmente notória, e vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum de repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade" (2001, p. 35).

A conjuntura brasileira do século XVIII era a de um país sem serviços adequados para atender à população. Restavam somente as prisões, as casas de correções, as ruas, asilos de mendigos ou as poucas enfermarias (porões) das Santas Casas, com tratamentos para a reeducação da mente desregrada por meio do trabalho (laborterapias) forçado.

Amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas (RESENDE, 2001, p. 35).

O marco institucional brasileiro surgiu entre os anos de 1830 e 1852, com o primeiro diagnóstico da situação dos "loucos" na cidade do Rio de Janeiro, realizado pela comissão da Sociedade de Medicina do Rio (AMARANTE, 2001). O resultado do diagnóstico foi a construção do primeiro hospício para os "loucos", grupo composto por

miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias. São ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, "degenerados", perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental (AMARANTE, 1994, p. 75).

Em 1852, foi criada, pela monarquia, a primeira instituição (hospício) para a população, denominada Hospício de Pedro II. Foi inspirado em serviços asilares, com a administração da Provedoria da Santa Casa e da Igreja. Com a Proclamação da República, em 1889, emergiram diversas críticas de médicos em relação tanto à gestão quanto às restritas vagas ofertadas pelo hospício e à ausência de um projeto

assistencial científico (AMARANTE, 1994).

Em sua grande maioria, os alienistas compartilharam dos ideais positivistas e republicanos e aspiravam ao reconhecimento legal, por parte do Estado, que legitime e autorize uma intervenção mais ativa no campo da saúde mental e assistência psiquiátrica. O hospício deve ser medicalizado, isto é, deve ter em sua direção o poder médico, para poder contar com uma organização embasada por princípios técnicos. Isso se torna necessário para que se permita alcançar a respeitabilidade pública, da qual a medicina mental carece, devido ao estado em que se desenvolve a psiquiatria no Hospital de Pedro II. Mas também para que o hospício se torne um lugar de produção e conhecimento (AMARANTE, 1994, p. 75).

Em 1890, ocorreria a alteração tanto do nome do antigo Hospício de Pedro II para Hospício Nacional de Alienados quanto de sua gestão, passando a ser gerida não mais no viés filantrópico, mas pela administração pública, sendo a primeira instituição de caráter público na proposta de Assistência Médica e Legal de Alienados criada pelo Decreto nº. 206-A, de 15 de fevereiro de 1890 (AMARANTE, 1994).

Esse movimento de transição de gestão e administração da filantropia para os médicos alienistas marcou o processo de abertura da psiquiatria empírica para a psiquiatria científica. Resende (2001) apreende esse processo de “laicização do asilo”, dado que a proposta dos médicos (alienistas) era a de ampliar as instituições e serviços de assistência psiquiátrica pelas chamadas Colônias de Alienados que, segundo Amarante (1994) e Resende (2001), chegam ao Brasil no início do século XX¹³, caracterizando uma primeira reforma psiquiátrica brasileira. Essas instituições foram criadas em áreas agrícolas, com o tratamento voltado para o trabalho terapêutico.

As colônias atualizam, então, o compromisso da psiquiatria emergente com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade. Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos (AMARANTE, 1995, p. 27).

As Colônias de Alienados surgiram, no Brasil, como uma alternativa de serviços aos hospitais psiquiátricos brasileiros de inspiração pineliana. Caracterizadas como modelo asilar, foram inspiradas em práticas e concepções europeias,

¹³ As primeiras colônias brasileiras foram criadas logo após a Proclamação da República e chamavam-se Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Galeão, atual Ilha de Governador, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2007, p. 39).

especificamente, das aldeias belgas. Construídas em grandes áreas agrícolas, orientavam-se pelo princípio “de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternamente, em casa ou no trabalho. O trabalho como, pois, um valor decisivo na formação social burguesa, como consequência passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar” (AMARANTE, 1994, p. 76).

O estímulo e a glorificação do trabalho se incorporaram à ideologia da nascente sociedade burguesa europeia, e os ociosos recalcitrantes, os inadaptados à nova ordem, foram jogados na categoria de antissociais e duramente reprimidos; trabalho e não-trabalho seria a partir de então mais um ponto de clivagem a estabelecer os limites do normal e do anormal. Como a prática psiquiátrica não existe num vácuo social, era de se esperar que ela assimilasse aos seus critérios valores da sociedade onde se inseria, e se empenhasse em desenvolver na comunidade indivíduos tratados e curados, aptos para o trabalho. O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento (RESENDE, 2001, p. 47).

A assistência psiquiátrica no Brasil com as Colônias não se limitava, portanto, em estabelecer apenas o tratamento para os loucos e ociosos, mas atendia à ordem capitalista, sua ideologia e política.

As necessidades do incipiente capitalismo brasileiro tinham, nas concepções e atividades em relação ao trabalho prevalentes desde o tempo da colônia, um sério obstáculo. Era preciso reverter ao “normal” a tradicional moleza do brasileiro, atitude, já se viu, histórica e sociologicamente determinada, mas elevada pelos alienistas à categoria de característica da índole de certos grupos sociais e étnicos. Esta ideologia não contaminou apenas a psiquiatria; o direito colocou a vadiagem no rol dos delitos e contravenções puníveis em prisão (RESENDE, 2001, p. 47).

Essa lógica foi impulsionada também pela vinculação da psiquiatria brasileira à da Alemanha. Amarante acentua que Juliano Moreira¹⁴, considerado o Mestre da psiquiatria brasileira, trouxe para o país a tendência de “explicar não só a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos étnicos, éticos, políticos, e ideológicos de múltiplos eventos sociais” (1994, p. 77).

Disso resultou o movimento da higiene mental de 1923, denominado Liga Brasileira de Higiene Mental. Esse movimento constituiu “um programa de intervenção no espaço social, com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas,

¹⁴ Com a gestão de Juliano Moreira, psiquiatra baiano que dirigiu a Assistência Médico-Legal de Alienados por quase três décadas, foram criadas dezenas de colônias por todo o país, tendência radicalizada ainda mais na gestão de Aduino Botelho nas décadas de 40 e 50. Para se ter uma dimensão da imensidão e alcance do projeto, a Colônia de Juquery, em São Paulo, chegou a ter 16 mil internos! (AMARANTE, 2007, p. 40).

antiliberais e racistas” (AMARANTE, 1994, p. 78), acentuado com princípios e proposta de

recuperação de “raças”, a pretender a constituição de coletividades sadias. Com o movimento da eugenia, o asilo passa a contar com uma nova ideologia que o fortalece: a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Um espaço eugênico, asséptico, de normalidade (1994, p. 78).

Nas décadas de 1930, 1940 e 1950, a assistência psiquiátrica no Brasil foi tomada pela descoberta dos tratamentos de choques, de cirurgias de lobotomias e do furor farmacológico dos psiquiátricos como um meio de cura da loucura.

O furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que nem sempre é “tecnicamente orientada”, muitas das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas das vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismo de repressão e violência, ou, ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (AMARANTE, 1994, p. 79).

No ano sequencial, 1960, chegou ao Brasil o modelo de serviços psiquiátricos das comunidades terapêuticas (CTS) (privadas e religiosas) de inspiração inglesa e norte-americana¹⁵. Instalaram-se no território nacional a princípio como instituições com base em uma outra direção: ofertar serviços e tratamento para pessoas que faziam uso e abuso de substâncias psicoativas (SPAs).

As CTs se demonstraram, com o decorrer do tempo e dos interesses particulares, como serviços substitutivos das famosas colônias agrícolas, uma vez que foram também instituídas fora de seus territórios, em lugares distantes das cidades, com maior número de prolongadas internações. Incentivou tratamentos por meio da institucionalização do sujeito, o que consolida os serviços de caráter asilar.

Esse modelo se desenvolveu e se disseminou a partir de iniciativas da sociedade civil, muitas vezes articuladas a organizações religiosas. Sendo assim, essas instituições guardam certa semelhança com outras organizações que, ao longo da história, têm prestado serviços assistenciais a pessoas em situação de vulnerabilidade social – abrigos, hospitais

¹⁵ Nos anos de 1960 e 1970, proliferaram muitos programas de recuperação para usuários de SPA nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa. Tais programas foram precursores imediatos da moderna Comunidade Terapêutica para tratamento da dependência química, destacando-se o programa Synanon. De Leon (2012) afirma que “os elementos essenciais das CT de tratamento da dependência química – conceitos, programas-modelo e práticas básicas – surgiram na Synanon, fundada em 1958, em Santa Mônica, Califórnia” (DE LEON, 2012, p. 19).

filantrópicos, entre outros – com base nos preceitos cristãos da caridade e da solidariedade (SANTOS, 2018, p. 11).

Verificou-se a expansão desses serviços a partir dos dados disponíveis pelo IPEA (2017), que contabilizou 108 comunidades terapêuticas para tratamento do “uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (SPA)”, entre os anos de 1966 e 1985, em todo o território brasileiro. A sua expansão atingiu, aproximadamente, 80% das novas instituições de serviços psiquiátricos (IPEA, 2017).

Nesse mesmo contexto, entre as décadas de 1960 e 1980, do ponto de vista histórico, viveu-se no país o golpe civil-militar de 1964, de que decorreram 20 anos de ditadura, somados a um desfecho de política econômica para o país, sobretudo em medidas e ações no campo da saúde mental, mais o processo de redemocratização ou “abertura política” no início dos anos de 1980.

A partir de 1964, a ditadura militar conduziu a um regime em que

impuseram à massa dos brasileiros a despolitização, o medo e a mordaza: a ditadura *oprimiu* (através dos meios mais variados, da censura à onipresença da polícia-militar), *reprimiu* (chegando a recorrer a um criminoso terrorismo de Estado) e *deprimiu* (interrompendo projetos de vida de gerações, destruindo sonhos e aspirações de milhões e milhões de homens e mulheres). Para durar por duas décadas, o regime do 1º de abril de 1964 teve que perseguir, exilar, torturar, prender e assassinar (e/ou fazendo “desaparecer”) operários e trabalhadores rurais, sindicalistas, estudantes, artistas, escritores, cientistas, padres e até mesmo burgueses e militantes que tinham compromissos com a democracia – o que significa que aqueles vinte anos foram também *anos de resistência* (NETTO, 2014, p. 17. Grifos do autor).

Nos âmbitos político e econômico, o regime ditatorial instaurou transformações na sociedade brasileira - o “milagre econômico” foi, para muitos estudiosos e, principalmente para Netto (2014, p. 212), “o desastre econômico-social”. Na análise do autor, com o modelo de recessão nos governos militares de aproximação e sob o comando de bancos estrangeiros, por exemplo o (FMI), a economia brasileira sofreu elevadas taxas de juros, mergulhou em dívidas externas e no projeto societário do grande capital imperialista (NETTO, 2014).

O “milagre econômico” proporcionou o agravamento e a agudização nos setores da economia, da política e do campo social. A conjuntura, nesse período ditatorial, registrou um baixo crescimento do PIB, a elevação dos juros internos, o êxodo rural, que provocou a expansão exacerbada nas grandes cidades, a falta de infraestrutura, a redução da renda *per capita*, o aumento no número de

desempregados e, consideravelmente, a condição de pobreza e de extrema pobreza - “os brasileiros extremamente pobres saltaram de 17,25 milhões em 1979 para 23,70 milhões em 1985” (NETTO, 2014, p. 214).

No campo das políticas de saúde, não foi diferente: houve a tendência de iniciativas privadas nos setores públicos, agudizando o quadro de privatização e desumanização, e o processo acelerado de expansão de serviços do setor privado na lógica de mercado, com tendência ideopolítica de oposição aos serviços públicos e de controle do aparelho de Estado.

A política de saúde passa por profunda crise, pois as reformas implantadas no governo anterior, destacando-se o Sistema Nacional de Saúde e o Sinpas, não conseguiram dar respostas às principais questões, entre elas, a unificação dos aspectos preventivos e curativos, com a formulação de uma Política Nacional de Saúde, sob a coordenação efetiva do Ministério da Saúde. O Ministério da Previdência e Assistência Social, via Inamps, continuava predominando com as ações curativas, permanecendo a instabilidade do esquema de custeio das despesas previdenciárias e persistindo o padrão de privatização da medicina. Essa situação revela que o regime não conseguiu realizar as mudanças necessárias no sistema previdenciário e de saúde, caracterizando-se assim sua inoperância diante dos problemas econômicos, sociais e políticos que se explicitaram na década de 1970 (BRAVO, 2011, p. 85. Grifos do autor.).

A partir da década de 1960, registra-se uma agudização na restrição aos direitos e aos serviços de saúde pública - o acesso era somente para os trabalhadores formais que contribuía com o Instituto Nacional de Previdência (INPS) e para aqueles que obtinham os planos privados de seguro de saúde.

A política ambiciosa e acelerada de extensão de coberturas, posta em marcha pelo regime militar como meta de universalizar a proteção à saúde, passou a integrar o discurso de dirigentes da previdência unificada. Tal universalização seria obtida graças à participação de instituições públicas e privadas sob supervisão da Previdência Social. Esse processo de ampliação da intervenção da Previdência Social na organização das redes de serviços de saúde transformou-a no principal núcleo de articulação e compra de serviços de saúde do país (BAHIA, 2005, p. 422).

Esse período demarcou um processo de maximização da centralização de recursos, do poder econômico e político, sobretudo dos setores privados, ao subsidiar a proteção legalizada da comercialização das seguradoras privadas (cooperativas médicas – planos de seguro de saúde), o aumento na construção dos setores hospitalares privados, das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, potencializando a expansão de tais serviços em todo o território nacional

(ARRETCHE, 2005).

O ápice desse desenvolvimento de iniciativa privada foi a década de 1970, quando a saúde mental, particularmente, foi redirecionada, administrada e dominada pelo setor privado, num processo de maximização da retomada e da expansão das instituições de serviços de características asilares e de concepções manicomiais: “alegando-se razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender à demanda” (RESENDE, 2001, p. 61).

O setor privado na saúde mental acentuou o aumento de números de leitos e de internações em hospitais psiquiátricos privados, porque

O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor de saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria (AMARANTE, 1994, p. 79).

As internações de longo prazo, os interesses econômicos, financeiros e políticos, de empresas proprietárias de hospitais psiquiátricos, indústrias de medicamentos e de equipamentos médicos, passam a visar os lucros por meio do aumento da população hospitalizada, uma vez que a demanda pela institucionalização passou a ser não somente de pessoas com transtornos mentais, mas de pessoas que faziam uso e abuso de álcool e daquelas que não se adaptavam à nova ordem social.

Os leitos psiquiátricos privados saltaram de aproximadamente 14 mil no início da ditadura militar para mais de setenta mil em 1970. Por que isso acontecia? O chamado milagre econômico escondeu a um só tempo a precarização das condições e a intensificação do trabalho, tendo como consequência um maior adoecimento da classe trabalhadora; e escondeu a política de privatização da época (enriquecendo empresários donos das instituições financiadas com dinheiro público) (MARTINS; ASSIS; BOLSONI; 2019; p. 2).

Este período histórico ficou conhecido como “Indústria da Loucura” não só pela função produtiva da psiquiatria, mas por favorecer a lucratividade para o mercado nesse setor em detrimento da cronificação de doenças em vidas humanas.

O sistema e a mentalidade vigentes estavam organizados em torno da internação (e da internação prolongada), as empresas hospitalares auferiam benefícios significativos com as internações (sua única fonte de lucro), com total falta de controle pelo estado, observando-se um verdadeiro empuxo a internação, razão pela qual este sistema veio a ser chamado de “indústria da

loucura” (FONTE, 2011, p.6).

Esse bloco de poder instalado no aparelho estatal de priorização dos interesses capitalistas, de tendência ao desenvolvimento econômico-social e político para acumulação do grande capital, assumiu características de incorporação e organização dos interesses do capital imperialista em defesa do financiamento público para o privado.

Basicamente porque o sistema público de seguro lhes garantia demanda, sem exigir exclusividade, o que lhes permitia também prover serviços a particulares e seguros privados. Como resultado, as políticas do regime militar criaram um ator relevante para o entendimento do processo de formulação e implementação do SUS: o sistema hospitalar privado, organizado em associações nacionais. Além disso, na década de 1980, o sistema público dependia das instalações hospitalares privadas para a provisão de serviços complexos (ARRETCHE, 2005, p. 288).

No contexto da época, o cenário que se instalou no país foi o de instabilidade e de contestação.

Mesmo no marco de uma recessão tão formidável quanto a que se manifestou no primeiro terço dos anos 1980, *a concentração da renda e da propriedade permaneceu operando com força*. A recessão impactou o conjunto da sociedade brasileira, mas tais impactos distribuíram-se muito distintamente: a massa assalariada (salvo empregados de altas remunerações), os trabalhadores rurais, o grosso da pequena burguesia tradicional (funcionários públicos, pequenos comerciantes, empresários e proprietários) e boa parte das novas camadas médias urbanas (professores, profissionais de formação técnica e universitária de até salários médios) tiveram suas condições de vida e trabalho fortemente atingidas; mas também para grandes capitalistas (nacionais e estrangeiros) e proprietários fundiários o quadro recessivo acarretou embaraços macroeconômicos. [...] estavam dadas condições para a ruptura e dilaceramentos nos suportes sociais e políticos da ditadura e para que as lutas de classes ganhassem uma nova dinâmica. Tanto mais que a *abertura* avançava desde a posse de Figueiredo, em março de 1979 (NETTO, 2014, p. 215. Grifos do autor).

A “abertura política”, com a ascensão do processo de democratização política do país, foi um marco para a sociedade brasileira, mas um processo de forma tensionada. De um lado,

as elites políticas das classes possuidoras mostraram-se “britânicas” nessa emergência. Reduzidas ao componente essencial comum, as várias reações “conservadoras” e “liberais” continham a mesma decifração: “A ditadura morreu. Viva a ditadura!” Esse componente pode parecer ilógico. [...] A ditadura foi um meio de impedir que a revolução nacional e democrática interferisse “negativamente” (de uma *perspectiva burguesa*, ou seja, univocamente nacional e imperialista) na eclosão do capitalismo monopolista;

manter o máximo da ditadura possível quando esta poderia ser reduzida a pó de traque é, por sua vez, uma forma de “segurar” a revolução nacional, graduais e seguros de *transição política* (um sonho dourado dos militares no poder que políticos garantiram à perfeição). Ora, não existe só uma *transição*, e esta também não é só exclusiva ou predominante *política*. Uma ditadura em crise, que logra o que vem depois, assegurando a seus pares e a seus aliados uma *transição* e conferindo-lhe um teor especificamente *político*, é uma ditadura semigloriosa, que amarga uma derrota com sabor de vitória. Se as coisas são assim, algo existe que deve ser desvendado. Os militares sozinhos não poderiam dar marcha à ré e, ao mesmo tempo, deixar todo o terreno minado. O mudancismo dócil não é uma esfinge. Ele declara ostensivamente que a contrarrevolução foi interrompida no tope e para o proveito dos de cima. O que sublinha que militares e civis dos estratos dominantes das classes altas não romperam as composições que conduziram, primeiro, à ditadura, e, em seguida, a uma mortífera transição conservadora (FERNANDES, 1986, p. 10. Grifos do autor).

Os interesses das classes dominantes abarcavam estratégias de dominação continuada.

O que estava em jogo é [era] a capacidade das classes possuidoras, sob a forma periférica e dependente de capitalismo monopolista (o que associa inexorável e inextricavelmente as formas “nacionais” e “estrangeiras” do capital financeiro), de manter, reproduzir e ampliar sua supremacia social e sua hegemonia ideológica e política sobre as classes subalternas, em geral, e as classes trabalhadoras, em particular (FERNANDES, 1986, p. 50).

E, de outro lado, a ascensão do movimento do operariado e sindical, com os movimentos contestatórios dos setores industriais, idealizados e reconhecidos por atos de manifestações da chamada vanguarda operária, que reivindicava melhorias nas condições de trabalho. Esse movimento em prol do “*processo de democratização*” colocou a “classe operária também como protagonista da dinâmica política brasileira: aquelas lutas alteraram a *qualidade da abertura*” (NETTO, 2014, p. 232. Grifos do autor.).

O cenário sociopolítico de transição democrática para a implantação da “Nova República”, em meados de 1980, foi de tensão: de um lado, a decadência do governo ditatorial com o aprofundamento da crise econômica recorrendo ao capital externo, o Fundo Monetário Internacional (FMI), com os interesses capitalistas; do outro lado, a nova política brasileira, que buscava “um equilíbrio entre as forças vitoriosas sob a hegemonia dos políticos democratas e liberais que ocupavam o centro do espectro ideológico” (SCOREL, NASCIMENTO, ELDER, 2005, p. 77).

É nesse momento, segundo os autores mencionados, que o movimento sanitário tem o seu advento na Nova República. Com o movimento dos atores sociais

no engajamento e na organização de movimentos sociais em defesa de direitos sociais, incluindo o acesso à saúde pública, assumem-se “efetivamente os postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país” (SCOREL, NASCIMENTO, ELDER 2005, p. 77).

O movimento pela democratização da saúde foi um marco para o processo de redemocratização do Brasil com reivindicações por uma saúde pública, laica e universal, por meio das conferências de saúde realizadas em nível nacional, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, de que resultou a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, que foram as bases para a elaboração da proposta de saúde que subsidiou tanto a seção “Da Saúde” na Constituinte, quanto para aprovação do projeto de Lei do SUS. Mas, para isso, o CNS exigia mudanças que transcendiam uma simples reforma administrativa e financeira. Exigia mudanças profundas, vez que era necessário reformular e ampliar o “conceito de saúde, e sua correspondente ação institucional” (SCOREL, NASCIMENTO, ELDER, 2005, p. 78).

Esse processo resultou nas diversas negociações e embates entre as forças políticas e sociais, em reivindicações por direitos civis, políticos e sociais na promulgação da Constituição Federal de 1988. A proposta de saúde que chegou à Constituinte foi contestada tanto pela iniciativa privada, que a considerava radical, como pelo movimento sindical, que a sinalizava como uma proposta insuficiente diante da demanda. Mesmo com a proposta de saúde questionada, o seu projeto foi legitimado na Assembleia Nacional Constituinte e promulgada em 1988, na Constituição Federal Brasileira.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2009, p. 96).

Sendo assim, a Constituição Federal de 1988 foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política de Estado ao promover, assegurar e garantir, de forma ampla, uma reforma que concebeu direitos sociais e garantias fundamentais para toda a população, bem como proporcionou, a partir dela, a instituição de políticas

sociais de concepções referentes ao bem-estar humano, com princípios de igualdade, de democracia e de cidadania.

1.2.1 A Luta antimanicomial brasileira e suas conquistas no campo da saúde mental pública

O desenvolvimento do capitalismo no país possui contradições e feições de um quadro político, econômico e social de expropriação, segregação, exploração e, conseqüentemente, de desigualdades sociais estruturais. Entre as décadas de 1960 e 1990, acentuam-se, no campo da saúde, as crises: “crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde” (TEIXEIRA, 1988, p. 203).

As organizações e movimentos sociais emergem com reivindicações sobre as condições de vida de milhares brasileiros, sobretudo na política de assistência à saúde, confrontando as limitações de bases estritas e restritas representadas pela política de saúde durante o regime militar. A resistência desse movimento com as suas reivindicações foi considerada pelo poder autoritário e pelo grupo conservador uma organização de ideários utópicos: o desenho de uma proposta alternativa de saúde pública universal.

Por intermédio da utopia buscou-se desenhar uma proposta alternativa ao sistema de saúde vigente, de caráter fragmentário, discriminatório, subordinado à lógica mercantilista. Formulou-se a proposta de um sistema único de saúde, público, socializado, universal, integrado, de atenção integral e planejado de acordo com as demandas existentes, utilizando, de forma hierarquizada e regionalizada, os recursos disponíveis (TEIXEIRA, 1988, p. 199)

As bandeiras de lutas pela democratização da saúde pública incorporavam em suas reivindicações demandas da sociedade em sua complexidade. O movimento sanitário também atentava para essa lógica política na condução das mudanças propostas no campo da saúde, isto é, “não se trata[va] mais de organizar a sociedade em torno de um projeto de transformação do Estado, mas se requer[er] a utilização, o manejo do aparelho estatal na direção proposta” (TEIXEIRA, 1988, p. 201).

A democratização colocou em cena o Congresso, na busca de recuperar seu papel e suas ligações com a sociedade. Nesse momento, o movimento sanitário concentrou forças na difusão de suas bandeiras através dos

simpósios de saúde realizados no Congresso pelas comissões de saúde da Câmara e do Senado. Este novo espaço de atualização do projeto sanitário possibilitou seu confronto com outros atores, exigindo sua tradução em uma linguagem não só mais formal, como mais próxima de um projeto governamental (TEIXEIRA, 1988, p. 199).

As reivindicações do movimento da reforma sanitária foram evidenciadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, reconhecida como um marco histórico do movimento sanitário. Nela, os movimentos da reforma demarcaram, em suas diretrizes, a ampliação dos direitos sociais para toda a população brasileira, afirmaram a criação de um sistema nacional e único de saúde, ancorado em uma concepção de saúde pública e universal estreitamente vinculada à democracia e ao Estado de direito.

Para promover a política social pública de saúde, consubstanciada em uma racionalidade, eficiência, democracia e como dever de Estado em todo o território nacional, foi preciso consolidar, no texto constitucional, as reivindicações do movimento sanitário.

O fortalecimento do setor público, e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor (BRAVO, 2009, p. 98).

Na Constituição Federal de 1988, sobressai o papel fundamental de um Estado interventor, de caráter democrático, participativo e voltado para os direitos sociais, ao promulgar, promover, efetivar e garantir políticas sociais públicas.

A Constituição de 1988 tem sido reconhecida como Constituição Cidadã. Antes mesmo de estabelecer artigos relacionados com a saúde, apresentava como fundamental o princípio da dignidade da pessoa humana. Isso significa que a dignidade da pessoa humana deve acontecer em quaisquer questões na sociedade brasileira, sejam econômicas, políticas ou ideológicas. Nesse contexto, a saúde foi concebida como um direito social, inerente à condição da cidadania (PAIM, 2009, p. 51).

Assim, o movimento de reforma sanitária conquistaria um salto em suas lutas com as conquistas na Carta Constitucional de 1988 e a regulamentação das Leis

Federais números 8.080/1990 e 8.142/1990¹⁶. Com essas leis, promulgou-se um sistema que

alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo; equidade, como dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando as diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade ao mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2004, p. 13).

Essas conquistas no campo da saúde foram relevantes e inspiraram, induziram e apoiaram outros movimentos sociais na sociedade brasileira. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica nasceu no interior da reforma sanitária e demarcou a sua particularidade enquanto política social ao reivindicar e propor um novo projeto para o campo da saúde mental por meio da luta antimanicomial.

As políticas de saúde mental (SM) e atenção psicossocial (AP) no SUS têm relação direta com a *ideia-proposta-projeto-movimento-processo* da reforma sanitária e com a conjuntura da transição democrática e, conseqüentemente, com a construção do próprio estado democrático. Mas guardam algumas singularidades! (AMARANTE, 2018, p. 2068).

Historicamente, o movimento da reforma psiquiátrica nasce no Brasil por volta dos anos de 1978, durante o período ditatorial, com a organização e a mobilização do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), em conjunto com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), do Reme e dos próprios usuários e familiares. Pioneiros pela luta antimanicomial brasileira e engajados na defesa de uma política pública de saúde mental no país, na esteira da reforma sanitária, esses movimentos buscaram reivindicar profundas mudanças tanto no campo da política quanto nos saberes do campo da saúde mental, em defesa de promulgar, no plano estatal federal, leis que garantissem os direitos fundamentais aos usuários que necessitavam da política, com o intuito de aproximação da ideia de reforma social.

Um marco para o surgimento do MTSM é o que se denomina 'crise da DINSAM', que funciona como uma espécie de estopim, possibilitando ao movimento assumir uma repercussão nacional. 'Crise de DINSAM' é como fica conhecido o movimento de denúncias, reivindicações e críticas

¹⁶ Lei nº 8.080/1990, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), e a Lei nº 8.142/1990, que institui a participação social da comunidade na gestão do SUS (Constituição Federal de 1988).

deflagrado no Rio de Janeiro, nos quatro hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no primeiro trimestre de 1978, por um grande número de 'bolsistas', na verdade profissionais que atuam na prestação de assistência nas unidades (AMARANTE, 1995, p. 90).

O movimento da luta antimanicomial fomentou e fortaleceu o seu movimento sociopolítico, em 1987, a partir da iniciativa de dois marcos históricos para a saúde mental brasileira: o Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), em Bauru/SP, tendo como pauta a escolha do dia 18 de Maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial; e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, com o tema "Por uma sociedade sem manicômios".

Ambos os eventos formaram um contexto de diversas denúncias tanto sobre as condições precárias de trabalho nas instituições de saúde quanto sobre as condições estruturais e de serviços de atenção psiquiátrica oferecidos às pessoas com transtornos mentais. Dentre as denúncias, encontram-se uma assistência centrada em instituições asilares, fechadas, com internações de longa permanência, a violação regular de direitos humanos (torturas, corrupções e fraudes) e de cidadania, discriminação, segregação, negligência, dentre outras.

Em um estudo efetuado pela coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde brasileiro à época, em 59,1% dos hospitais, não havia papel sanitário nem toalhas nos banheiros; em 31,8%, havia pacientes com problemas clínicos sem atendimento (micoses, pediculose, escabiose, dermatites etc.), e em 18,2%, a primeira visita médica era realizada de oito a 15 dias após a internação. As condições de higiene geral dos estabelecimentos inspecionados eram ruins, e muito precárias em cerca de 50%. Em 27,3% dos centros inspecionados, aplicavam-se terapias eletroconvulsivas – eletrochoques – sem os cuidados adequados (DESVIAT, 2015, p. 137).

A proposta do movimento da luta antimanicomial foi a de levar e compartilhar informações e reivindicações na defesa de transformar "políticas e instituições desumanas, como o possível marco inicial" (PITTA, 2011, p. 4582), superar o modelo de assistência centrada na concepção de institucionalização, de serviços de caráter fechado e de internações de longo prazo de forma asilar, embasadas no sistema de concepções de higienistas mentais, com forte influência tanto da versão pineliana europeia quanto do modelo da ciência positivista que, segundo o autor, a autorizou e a legitimou (AMARANTE, 2007).

Para ser realidade, foi preciso, progressivamente, desconstruir a lógica manicomial para a reconstrução e formulação de novas abordagens de inspiração

progressista tanto na teoria e experiência de Franco Basaglia quanto na perspectiva de políticas, programas e serviços de assistência psiquiátrica de acessibilidade aos direitos sociais do Sistema Único de Saúde bem como de reinserção social dos usuários por meio de políticas sociais públicas e universais.

Esta trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrita ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1995, p. 76).

A saúde mental passa a ser pensada

não mais como um modelo ou sistema fechado, mas, sim, como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo. [...]. Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões (AMARANTE, 2007, p. 63).

Tal como ocorreu em meados dos anos de 1986 e 1988, o movimento sanitário estava em ascensão com um projeto de reforma no campo da saúde e tornando-se o lema nacional na defesa de uma reestruturação no campo da saúde pública. Nesse movimento, a reforma psiquiátrica participou e apoiou, paralelamente, tais iniciativas oficiais da reforma sanitária. Entretanto,

A I CSNM marca o fim da trajetória sanitarista e o início de uma outra: a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Aqui é tomada a decisão de realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, em dezembro do mesmo ano, [1987], quando é construído o lema 'por uma sociedade sem manicômios'. É nesta trajetória que surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, que é feita a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, com a posterior criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) ou que surge o Projeto de Lei 3.657/89. Nesta trajetória, passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para o País (AMARANTE, 1995, p. 93).

Nos anos de 1988, após a promulgação da Constituição Federal, o conjunto do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) seguiu no movimento de luta antimanicomial em seu processo de reivindicações e, principalmente, pelo processo de desinstitucionalização como palavra-chave da luta antimanicomial.

Em 1989, a luta antimanicomial teve um momento histórico: foi apresentado e

aprovado pela Câmara dos Deputados um projeto de lei que estimulou o debate sobre a loucura. O projeto de lei original do deputado Paulo Delgado PT/MG, PL 3657/1989 (Anexo-B), encontrou dificuldades para ser aprovado no Senado¹⁷, mas ainda é, na história da saúde mental, a primeira proposta democrática de princípios e objetivos respaldados e subsidiados na proposta de reforma psiquiátrica italiana de Flanco Basaglia ao propor a extinção progressiva dos manicômios e a sua proibição em todo o território nacional bem como a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico e sua substituição por outros recursos assistenciais, e a regulamentação da internação compulsória (AMARANTE, 1995).

Se o projeto de lei Paulo Delgado era destinado à saúde mental brasileira como o primeiro passo de reformulação e experiência de uma nova política, ainda estava dentro de um outro movimento, agora no cenário de toda a América Latina e Caribe. A ascensão de movimentos contestatórios, principalmente no campo da saúde, chegava em cenários de abrangência internacional. Em 1990, na Venezuela, foi realizada a Conferência de Caracas, um marco histórico para a saúde mental latino-americana, cuja proposta é a defesa da reestruturação da atenção psiquiátrica em toda a América Latina.

A chamada Declaração de Caracas, momento inaugural de reforma psiquiátrica nos países ibero-americanos, proclamou a necessidade de promover recursos terapêuticos e um sistema que garantisse o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com distúrbios mentais – a necessidade, portanto, de superar o hospital psiquiátrico, instituindo modalidades de atenção alternativas na própria comunidade, em suas redes sociais (DESVIAT, 2015, p. 133).

A proposta foi de abarcar conceitos e princípios para redirecionar a revisão, a reflexão crítica do papel hegemônico e centralizador dos modelos de serviços prestados em toda a América Latina e no Caribe fossem eles de perspectivas hospitalocêntricas, medicamentosas ou manicomiais, de caráter público, filantrópico ou privado. A preocupação em realizar a Conferência de Caracas era

A situação da atenção psiquiátrica nos países latino-americanos [que] caracterizava-se pela dispersão e duplicação de serviços escassos – manicomiais, em sua esmagadora maioria (de 120 mil a 140 mil leitos em hospitais psiquiátricos) –, que funcionavam sem nenhuma relação uns com

¹⁷ “Onde recebeu o nº 08/91” (AMARANTE, 1995, p. 94).

os outros ou com os demais serviços sanitários. Era a hegemonia dos manicômios em condições materiais: miséria, amontoamento de pacientes e violação dos direitos humanos (DESVIAT, 2015, p. 136).

A Conferência de Caracas é um documento (Anexo-C) com registros e apontamentos de linhas estratégicas necessárias para os marcos das reformas na atenção à saúde mental realizadas por meio de atas elaboradas na Conferência Regional em Caracas. É importante registrar as aspirações e as estratégias desse documento, que são ancoradas nos seguintes princípios:

Que o Atendimento Primário de Saúde é[seja] a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000; 2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram[sejam] estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva; 3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde (OPAS; OMS, 1990).

No documento e resoluções da Conferência de Caracas, declara-se:

Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais (OPAS; OMS; 1990).

Esse documento contribuiu para acordos finais com projetos de reformas psiquiátricas em quase toda a América Latina. O Brasil foi um deles, ao protagonizar,

por meio da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, a aprovação da moção nº 212 da “necessidade e a urgência de uma nova política de saúde mental” (AMARANTES, 1995, p. 143).

A aprovação final de uma nova Política de Saúde Mental brasileira se configurou somente em 6 de abril de 2001, por meio da promulgação na forma da Lei Federal de nº 10. 216/2001 (Anexo-D), lembrando que essa lei foi aprovada com algumas alterações da proposta anterior da Lei de Paulo Delgado. Dentre as alterações, ressalta-se a ementa que passou a assegurar um modelo assistencial em saúde mental com o objetivo de garantir a proteção e os direitos das pessoas que têm transtornos mentais ou que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas. E estabeleceu que as internações psiquiátricas só seriam indicadas quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes, ou seja, uma contraproposta dos principais princípios do projeto original.

Dessa Lei também decorre “a inclusão do Ministério Público Estadual, que deve ser comunicado, no prazo de 72 horas, de todas as internações involuntárias, como pode ser observado no artigo 8^o18” (AMARANTE, 2007, p. 70). Foi a partir da promulgação de leis estaduais e municipais subsequentes a essa lei maior que houve avanços no processo de reforma psiquiátrica em todo o território nacional.

A Lei da Reforma Psiquiátrica foi aprovada e concebida no conjunto de conquistas da saúde pública plasmadas na Carta Constitucional e nas Leis subsequentes, e de obrigações do Estado brasileiro, que decretou o Sistema Único de Saúde (SUS) como único no território nacional. Esse sistema assegurou, na forma de lei, redirecionar os serviços de saúde mental para a atenção psicossocial com base na gênese do desenho da política de saúde pública materializada no Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu, em suas diretrizes, a implantação de uma rede de serviços humanizados e universal de qualidade e sob a responsabilidade do Estado.

Para atender à população usuária, foi decretada a Portaria Nº 3.088, no ano de 2011 (Anexo-E), que instituiu “a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011).

¹⁸ Art. 8º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento” (BRASIL, 2001).

A orientação da Rede de Atenção Psicossocial pressupõe a atenção integral, dinâmica, estruturada a partir da Atenção Básica e articulada nos diferentes níveis de cuidado no Sistema Único de Saúde – SUS, e ao mesmo tempo deve ter direcionamento para a rede intersetorial, oferecendo suporte às ações desenvolvidas no território, na busca da autonomia dos indivíduos, da integralidade da atenção e da inserção social (ELIAS, 2013, p. 16).

Dentre uma rede de articulação composta por um conjunto de serviços de saúde considerados como equipamentos de saúde destacam-se a Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura); Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS¹⁹ nas suas diferentes modalidades); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência / pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial); Atenção Hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); Estratégia de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC) ; Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimento Solidário e Cooperativas Sociais) (BRASIL, 2011).

A construção simultânea de serviços de atenção psicossocial foi fundamental para alimentar e consolidar a conquista da Reforma Psiquiátrica brasileira com base em serviços e ações de caráter universal, que asseguram o direito de ir e vir, de conviver, de acessar os serviços públicos, inclusive todos os espaços da cidade, na

¹⁹ No Brasil, as portarias ministeriais n. 189/2, e 224/92 instituíram várias modalidades, dentre as quais os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram reestruturados pelas portarias n. 336/2 e 189/2, estabelecendo várias modalidades de CAPS. Os CAPS funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (de segunda a sexta). O horário e funcionamento nos fins de semana dependem do tipo de Centro: Caps I – municípios com população entre 2.000 e 70.000 habitantes – funcionam das 8 h às 18hs, de segunda a sexta-feira; Caps II - municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes – funcionam das 8h às 18hs, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas; Caps III – municípios com população acima de 200.000 habitantes – funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana (oferecem leitos de atendimento à crise); Capsi – Atendimento de crianças e adolescentes – municípios com população superior a 200.000 habitantes – funcionam das 8h às 18hs, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas; Capsad – Atendimento de dependência química (álcool e drogas) – municípios com população superior a 100.000 habitantes – funcionam das 8h às 18hs, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas (AMARANTE, 2007, p. 85).

contraproposta de modelos de serviços hegemônico e tradicional, que apostavam na internação psiquiátrica, na institucionalização do sujeito, afastando-o do convívio social.

Por mais de duzentos anos, a relação que a sociedade ocidental manteve com as pessoas em sofrimento psíquico foi mais ou menos a mesma: longas e intermináveis internações em hospitais psiquiátricos, caracterizados pelo abandono ou pelos atos de violência. Muitas milhares de pessoas morreram em hospitais psiquiátricos em todo mundo. E, apesar das denúncias, das lutas e das práticas inovadoras, ainda existem muitos óbitos em hospitais psiquiátricos e muitos outros em situações de violência (AMARANTE, 2007).

Analisar o campo da saúde mental exige e sugere a possibilidade de realizar uma reflexão a partir de distintos campos de saberes por si mesmos complexos. No entanto, esse percurso intelectual possibilita

o resultado de uma reflexão obstinada, que interroga o real reiteradamente e que desvenda do real aquilo que não está dado, não é imediatamente verificado. Inclusive, se coloca e recoloca sempre o problema de um contínuo retomar de dados. Na reflexão dialética que é difícil e que é, ao mesmo tempo, fascinante, que é o fato de que a reflexão vai caminhando e parece que não vai deixando nada de lado, vai reincorporando os elementos que estão sendo registrados. As reflexões que estão sendo descobertas são como se a realidade fosse se tornando cada vez mais rica, mais viva. Retém muito daquilo que estava no começo e vai recriando num percurso. Isto é um trabalho de reflexão complexo, que implica em desvendar o real (IANNI, 1986, p. 3).

Nesse sentido, apreende-se, no campo da saúde mental, a complexidade em desmistificar os estigmas e as concepções dos primeiros traços radicais do cuidado e das instituições psiquiátricas clássica e moderna. Embora consubstanciada nas relações sociais, a saúde mental se reconfigura, historicamente, em um movimento duplo: de um lado, propostas que ressurgem sob uma nova roupagem de manutenção do *status quo*, no viés de serviços de lógica tradicional e arcaica; e, de outro lado, propostas de aspiração de renovação dos serviços psiquiátricos, configuradas na lógica de políticas públicas universais.

Nas últimas décadas, a luta antimanicomial vem sendo de enfrentamento da política macroeconômica neoliberal, que se expressa na posição de reavaliar o modelo de atenção em saúde mental vigente, na pretensão de elaborar uma “nova política” de saúde mental, com um projeto que vislumbra a ampliação dos serviços sob a lógica mercantilista manicomial, em detrimento das muitas lutas, conquistas e legislações sociais que asseguram direitos sociais universais para aqueles que deles

necessitam. Trata-se de uma política social institucionalizada nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, instituição de programas e equipamentos sociais que atendam à população usuária numa assistência em saúde mental de natureza público-estatal, que caminha para uma ação universal, laica e pública conforme promulgada na Constituição Federal de 1988 - a política de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) como direito de todos e dever do Estado.

É relevante ressaltar que essa lógica de barbarização e destruição da vida humana, conforme já assinalou Netto, ultrapassa fronteiras, rompe com o sentido de humanização. O mundo do século XXI, precisamente o ano de 2020, se encontra em um momento de emergência sanitária com o surgimento de uma pandemia levando a um número excedente de mortes em diversos países. Precisamente no Brasil, esse processo tem desvelado a sua forma mais cruel de desumanização, porque prioriza a economia do país sob a lógica do produzir, ou seja, o processo de produção e reprodução do capital é priorizado em detrimento da crise sanitária mundial, com todas as medidas de cuidados preventivos para a manutenção de vidas questionadas pelos representantes do país, o presidente e seus apoiadores, os setores econômicos que integram a elite do país. Esse movimento contraditório, lógico e histórico, pode ser apreendido na seguinte análise de Netto:

O tardo-capitalismo (capitalismo contemporâneo, resultado das transformações societárias ocorrentes desde os anos 1970 e posto no quadro da sua crise estrutural) esgotou as possibilidades civilizatórias que Marx identificou no capitalismo do século XIX e, ainda, tal exaurimento deve-se a que o estágio atual da produção capitalista é necessariamente destrutivo (conforme o caracteriza István Mészáros). Este esgotamento, que incide sobre a totalidade da vida social, manifesta-se visivelmente na barbarização que se generaliza nas formações econômico-sociais tardo-capitalistas (2012, p. 202).

Há uma lógica mercantil e de controle social do Estado, de políticas sociais, de concepções teóricas que fundamentam as tendências de reversão neoconservadora nas políticas sociais, sobretudo no campo da saúde pública e dos serviços de saúde mental no país. É nessa direção que abordaremos os argumentos do próximo capítulo.

2 PARTICULARIDADES DA REVERSÃO NEOCONSERVADORA NAS POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A saúde mental e o desenvolvimento das políticas de saúde/saúde mental, suas particularidades e o seu processo de construção de estereótipos denotam tendências sociopolíticas e macroeconômicas marcadas pela adoção de políticas econômicas neoliberais, regressivas e de desmonte dos direitos sociais.

Para abarcar esse movimento, é preciso recorrer à explicação dialética e histórica do passado para o presente e do presente para o passado, uma vez que “a História também precisa ser trabalhada, precisa ser interrogada, precisa ser verificada e o conhecimento resulta desse diálogo, dessa batalha” (IANNI, 1986, p. 13).

O diálogo concebido neste segundo capítulo tem como propósito elucidar o que Marx já sinalizava em seus estudos: que essa sociedade capitalista “não é uma sociedade; ela é, como diz Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens” (2006, p. 28). Assim, para desconstruir essa ideologia e o sistema, é preciso uma transformação radical, mesmo porque, ainda nas palavras de Marx, “descobri que, sem uma reforma total da ordem social de nosso tempo, todas as tentativas de mudança seriam[serão] inúteis” (2006, p. 28).

Nessa perspectiva, privilegia-se aqui a reflexão sobre o cenário que se configurou pós-1973, cenário de ascensão e retomada da ideologia política e orientação macroeconômica de viés neoliberal, base da hegemonia alcançada pelo projeto societário burguês neoconservador sob o comando do capital financeiro. São fundamentos teórico-históricos essenciais para nos aproximar do complexo de mediações e decifrar os nexos e as conexões entre as medidas já dadas sobre a reconfiguração da direção da política de saúde mental propugnada pelo SUS e para quais relações societárias elas estão direcionadas.

2.1 A política social e sua processualidade no campo ideológico de proteção social no âmbito do Estado capitalista

As transformações ao longo do século XX são resultados do que Marx, já no século XIX, analisava “como resultado da dinâmica da sociedade burguesa, de como

ela se produz e reproduz e, dentro disso, de como a desigualdade social é inerente a estas relações sociais” (apud BEHRING, 2009, p. 28). Nesse sentido, Bering sinaliza que é a partir dessa dinâmica, desse movimento, que se “desdobram hipóteses orientadoras para pensar a política social, seu significado, suas possibilidades e limites na contemporaneidade” (2009, p. 28).

As reformas sociais do pós-Guerra foram uma dessas possibilidades, embora Behring ressalte que elas emergiram como estratégia dos grupos da política liberal “numa disputa política forte com os chamados reformadores sociais” (2011, p. 63). Por isso, segundo ela, as reformas pós-Segunda Guerra foram somente medidas de continuidade de políticas entre o Estado Liberal do século XIX e o Estado Social do século XX, ou seja, ela “chama atenção é para o fato de que ambos têm um ponto em comum: o reconhecimento do direito sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo” (BEHRING, 2011, p. 63). Tiveram sua gênese no sistema capitalista, incorporaram demandas da classe trabalhadora e esvaziaram a luta de classes sem atingir o cerne da questão social²⁰. Isso aconteceu em um sistema extremamente opressor e desumano, com o predomínio de “princípios ferozmente defendidos pelos Estados liberais e assumidos pelo Estado capitalista” (BEHRING, 2011, p. 63).

Na análise de Coutinho (2008), tais reformas podem ter um duplo sentido, uma dualidade. Primeiro, porque, antes de serem apropriadas na concepção do projeto neoliberal, foram sinônimo de conquistas de direitos, proteção social, controle e limitação de mercado, o que amenizou o campo de tensão. Segundo, porque o projeto neoliberal passou a utilizar essa concepção como forma de convencimento, isto é, de legitimação para suas medidas que, na verdade, foram e são contrarreformas, no sentido oposto do significado do termo. Assim são apresentadas, mistificadamente, como “reformas”, mas, na verdade, significam cortes, supressão de direitos, restrições etc.

O capital, ao subordinar toda a sociedade, impõe-se em sua lógica quantitativa enquanto riqueza abstrata, que busca incessante crescimento, aprofunda as desigualdades de toda a natureza e torna paradoxalmente invisível as mediações que viabilizam esse processo e, conseqüentemente, o trabalho vivo que cria a riqueza e os sujeitos que o realizam. Conduz à banalização do humano, resultante de sua indiferença frente à esfera das

²⁰ “Sua gênese está na maneira com que os homens se organizaram para produzir num determinado momento histórico, como vimos, o de constituição das relações sociais capitalistas – e que tem continuidade na esfera da reprodução social. A questão social, uma inflexão desse processo, trata-se da produção e reprodução – movimentos inseparáveis na totalidade concreta – de condições de vida, de cultura e de produção da riqueza” (BEHRING, 2011, p. 51).

necessidades das grandes maiorias e dos direitos a elas atinentes (IAMAMOTO, 2008, p. 20).

Assim, conforme Santos e Ribeiro,

não bastam reformas políticas e sociais que indiquem propostas de mudanças na sociedade. É importante e necessária a formação da consciência de classe no resgate de condições de vida, por meio da participação social e da aquisição de conhecimentos objetivos e críticos que assegurem o compromisso com a transformação da realidade (2016, p. 216).

Para Behring, a concepção de reforma só deve ser considerada nos países que tiveram o *Welfare State* a partir do século XX, denominada pela autora de “uma reforma dentro do capitalismo” (2008, p. 129). Em sua análise, as reformas nesses países se deram

sob a pressão dos trabalhadores, com uma ampliação sem precedentes do papel do fundo público, desencadeando medidas de sustentação da acumulação, ao lado da proteção ao emprego e demandas dos trabalhadores, viabilizada por meio dos procedimentos democráticos do Estado de direito, sob a condução da social-democracia. É evidente que “entregou-se os anéis para não perder os dedos”, já que também havia um verdadeiro pânico burguês diante da existência e do efeito – contágio da União Soviética como referência política, ideológica e econômica de contraponto ao mundo do capital, mesmo com suas contradições e limites flagrantes, com destaque para a questão democrática. Diante disso, que foi claramente uma reforma – uma tentativa temporal e geopoliticamente situada de combinação entre acumulação e diminuição dos níveis de desigualdade, com alguma redistribuição (BEHRING, 2008, p. 129).

Andersen (1991), na análise contida no texto “Três Economias Políticas do *Welfare State*”, ressalta que o *Welfare State* foi um modelo clássico de Estado interventor na economia, uma política destinada a toda a população, de caráter universal, mas que, para a sua efetivação, “dependeu da edificação de coalizões políticas. A estrutura das coalizões de classes é muito mais decisiva que as fontes de poder de qualquer classe tomada isoladamente” (1991, p. 112).

Para Boschetti (2010), o *Welfare State* resultou do pano de fundo da crise do capital do século XX: as políticas sociais de caráter público instituídas como estratégia para contenção da crise foram ampliadas com a adoção de medidas econômicas e sociais no propósito de amenizar o campo de tensão, mas também para assegurar o consumo de massas.

E, para Mandel, a política do *Welfare State* são “todas as ilusões subsequentes relativas a um “Estado Social” [que] baseavam-se numa extrapolação arbitrária dessa

tendência, na falsa crença em uma redistribuição crescente da renda nacional, que tiraria do capital para dar ao trabalho” (1985, p. 338). Isso se deu, segundo o autor, pela proposta de ilusão de criar medidas para uma possível socialização do capital pela redistribuição, ou seja, essa ilusão “não passam [passa], tipicamente, de estágios preliminares do desenvolvimento de um reformismo cujo fim lógico é um programa completo para a estabilização efetiva da econômica capitalista e de seus níveis de lucro” (MANDEL, 1985, p. 338).

Entretanto, por outro lado, Boschetti sinaliza que essa política viabilizou

A ampliação do papel do Estado na prestação de serviços vinculados às políticas sociais (saúde, habitação, previdência, educação, programas sociais), assegurou não só aumento de empregos no setor público, mas também ampliação indireta dos salários. Parte dos salários “liberada” em decorrência do acesso às políticas sociais (serviços sociais públicos e gratuitos) foi impulsionada para o consumo de massa. O padrão de política social esteve diretamente associado ao direito do trabalho (2010, p. 67).

“Foi no limite entre a conquista de direitos e a (re)estruturação do capital que os direitos sociais foram reconhecidos legalmente e as políticas sociais se expandiram” (BOSCHETTI, 2010, p. 67). Por isso, é fundamental apreender a diferenciação entre a *política social* e o *Estado de Bem-Estar* ou *Welfare State*.

Política social (*social policy*) é um conceito mais amplo, comparando ao *Welfare State*, pois este tem uma conotação *histórica* (o segundo pós-guerra) e *institucional* (o Estado capitalista regulador e provedor de benefícios e serviços sociais, de inspiração keynesiana) que não pode ser ignorada. Com isso ele quer dizer que, enquanto a política social é uma política de ação que antecedeu o período do segundo pós-guerra e se desenvolveu, historicamente, sob a direção de diferentes formas de Estado, o *Welfare State* não. O Estado de Bem-Estar é basicamente uma instituição do século XX, caracterizada por um tipo de relação entre Estado e sociedade, antes inexistente, regida por princípios que, fazendo jus às reivindicações sociais da época, inspiraram os seguintes objetivos e políticas: extensão dos direitos sociais, oferta universal de serviços sociais, preocupação com o pleno emprego e institucionalização da assistência social como rede de defesa contra a pobreza absoluta e meio de garantir a manutenção de padrões mínimos de atenção às necessidades humanas básicas (MISHRA, apud PEREIRA, 2008, p. 175).

A política social nesses países é a garantia de um direito social com a adoção do seu caráter de universalização e público, essência robusta no propósito de atender e reduzir as demandas e desigualdades sociais, em contraposição a iniciativas privadas e ações filantrópicas. É possível identificar que são também estratégias, caminhos, ou meios para a sobrevivência da classe trabalhadora no sistema

capitalista. Isso ocorre porque são estratégias do sistema, e a “sua ampliação não assegura a emancipação humana, mas pode contribuir para criar as condições materiais para a melhoria das condições de vida” (BOSCHETTI, 2010, p. 67).

Mas mesmo com a reformas sociais do período pós-Segunda Guerra não terão esse caráter. Nesse sentido, as primeiras iniciativas de políticas sociais podem ser entendidas na relação de continuidade entre Estado liberal e Estado social. Em outras palavras, não existe polarização irreconciliável entre Estado liberal e Estado social, ou, de outro modo, não houve ruptura radical entre Estado liberal predominante no século XIX e o Estado social capitalista do século XX. Houve, sim, uma mudança profunda na perspectiva do Estado, que abrandou seus princípios liberais e incorporou orientações social-democratas num novo contexto socioeconômico e de luta de classes, assumindo um caráter mais social, com investimento em políticas sociais (PISÓN apud BEHRING, 2011, p. 63).

Diante desse processo de diferenciação entre políticas sociais e modelo de *Welfare State*, apreende-se que a política social pode ser considerada produto da relação dialeticamente contraditória entre

estrutura e história e, portanto, de relações – simultaneamente antagônicas e recíprocas – entre *capital x trabalho*, *Estado x sociedade* e princípios da *liberdade* e da *igualdade* que regem os direitos de cidadania. [...] Por isso, tal política jamais poderá ser compreendida como um processo linear, de conotação exclusivamente *positiva* ou *negativa*, ou a serviço exclusivo desta ou daquela classe. Na realidade, ela tem se mostrado simultaneamente positiva e negativa e beneficiado interesses contrários de acordo com a correlação de forças prevalecente. É isso que torna a política social dialeticamente contraditória. E é essa contradição que permite à classe trabalhadora e aos pobres em geral também utilizá-la a seu favor (PEREIRA, 2008, p. 166).

Nesse limite, é possível identificar como o surgimento da política social é “gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado” (BEHRING, 2011, p. 64).

Diante dessa realidade, a classe trabalhadora tem como função pressionar, reivindicar a ampliação e expansão dos direitos sociais por meio da implementação das políticas sociais de caráter público e universal. Para que seja assegurada como direito social, a política social tem de ser

composta por um conjunto de programas e ações do Estado que se manifestam em oferta de bens e serviços, transparências de renda e

regulação, com o objetivo de atender às necessidades e aos direitos sociais que afetam vários dos componentes das condições básicas de vida da população, inclusive aqueles que dizem respeito à pobreza e à desigualdade (CASTRO et al., 2012, p. 4).

Assim, as políticas sociais e a sua “formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas” (NETTO apud BEHRING, 2011, p. 51). Mais precisamente são “as expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho” (NETTO apud BEHRING, 2011, p. 51).

No cenário brasileiro, a concepção de reforma que se efetivou nas políticas sociais nasceu imbricada a um forte desenvolvimento desigual e combinado, conforme os estudos de Ianni (1992). Conseqüentemente, a política social emerge como “ingrediente da entrada brasileira no capitalismo, num processo de transição condicionado pelos dinamismos do mercado mundial e marcado pela *adaptação* do sistema colonial aos novos tempos” (BEHRING, 2011, p. 76, grifo da autora).

Pode-se afirmar que, no território brasileiro e em toda a história da sua República, somente na Constituição Federal de 1988 as políticas sociais de proteção social foram configuradas como direitos sociais. Mas, como observa Behring,

empreender reformas democráticas, num país como o Brasil, significa a ultrapassagem do Estado de direito burguês, já que elas tendem a ultrapassar a si mesmas, considerando-se a cultura visceralmente antidemocrática da burguesia brasileira (2008, p. 129).

Destarte, essa reflexão também se manifesta na área da saúde e na produção do conhecimento. Amarante analisa que a reforma, principalmente no campo da saúde mental, sempre foi um instrumento de estratégia de governos “pela necessidade de não criar maiores resistências às transformações, de neutralizar oposições, de construir consenso e apoio político” (1995, p. 87). Nessa compreensão de Amarante, a Reforma Psiquiátrica

Se apresenta como sendo política e conceitualmente problemática. Para o objetivo pretendido aqui, é importante resgatar à memória que a própria expressão reforma indica um paradoxo – pois foi sempre utilizada como relativa a transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição às ‘verdadeiras’ transformações estruturais, radicais e de base” (1995, p. 87).

Assim, Amarante alerta: “a compreensão do uso do termo reforma pode ser tranquilizante ou sensata, mas não deixa de indicar uma contradição que, como veremos, talvez termine por possibilitar um desvio de rota na trajetória da reforma psiquiátrica” (1995, p. 88).

É nessa contradição que abordaremos, nos próximos subitens, a política neoconservadora de orientação neoliberal e as tendências de regressão na política social de saúde mental. O que determinou inscrevê-la no processo de reconfiguração da política econômica a partir dos anos 1970, eivada pela privatização e terceirização dos serviços sociais como uma nova forma de composição e recomposição da lógica de valorização do capital mediante a liberação de grandes setores de financeirização com a ascensão do neoliberalismo em toda a América Latina, em especial no Brasil.

2.2 Ascensão da ofensiva política neoliberal em nível mundial

O processo de desregulamentação dos direitos sociais e das políticas sociais públicas estão intrinsecamente interligados à conquista e à imposição de uma “lógica destrutiva que preside o sistema de metabolismo social do capital na era da financeirização” (ANTUNES, 2018, p. 67).

Essa lógica, a partir do século XX, precisamente na década de 1970, segundo Antunes, se reconfigura após um movimento histórico: a “contrarrevolução burguesa poderosa, cujo objetivo primeiro foi destruir toda a organização da classe trabalhadora, do movimento socialista e anticapitalista” (2018, p. 286).

Essa reação foi, então, a resposta às lutas empreendidas pelos polos mais avançados do movimento operário europeu e dos movimentos sociais que combateram pela emancipação em 1968-1969, que almejavam nada menos que o controle social da produção, desvencilhado tanto do enquadramento social-democrático quanto do chamado “modelo soviético”. Essa contrarrevolução burguesa descarregou sua profunda verve antissocial em escala planetária: impulsionou a barbárie neoliberal ainda dominante e deflagrou uma grandiosa reestruturação produtiva do capital, que alterou, em muitos elementos, a engenharia produtiva do capital. Essa ação bifronte esteve sempre sob a hegemonia do capital financeiro. Dela resultou uma gigantesca ampliação tanto da (super)exploração do trabalho quanto do mundo especulativo e de seu capital fictício (ANTUNES, 2018, p. 286).

O que preside essa lógica é a origem do processo e da ampliação de um sistema globalizado da economia após os anos de 1970. Para Hobsbawm, essa globalização “pôs os governos de todos os Estados – com a possível exceção dos

EUA, com sua enorme economia – à mercê de um incontrolável “mercado mundial” (1995, p. 401). Do que decorreu uma nova forma de dominação por parte do capital. Netto analisa que esse processo de dominação se deu em sucessão concatenada com

a reestruturação produtiva dos capitais, a financeirização ampliada do mundo e a barbárie neoliberal, e essa trípole da destruição foi responsável pelo advento da contrarrevolução burguesa de amplitude global, para recordar a expressão frequentemente usada pelo sociólogo brasileiro Octavio Ianni (NETTO, 2012, p. 286).

A profunda crise estrutural do capital na década de 1970 estabeleceu um novo caminho para o processo de dominação de um sistema que se reestruturou por meio de uma globalização econômica mundial - uma dominação, segundo Antunes, que “chafurdava em todos os níveis: econômico, social, político, ideológico, valorativo, o que o obrigou a desenhar uma nova engenharia da dominação” (2018, p. 295).

Para impulsionar a reestruturação do capital globalizado, o sistema incorporou um movimento de ampliação e expansão em escala global. Antunes chama esse movimento de “trípode profundamente destrutiva”. Para o autor, a crise estrutural do sistema capitalista, ao adotar o advento da política neoliberal, impulsionou a lógica destrutiva e regressiva principalmente para a classe trabalhadora e o aprofundamento de “modalidades cada vez mais intermitentes e desprovidas de direitos” (ANTUNES, 2018, p. 71). Ou seja,

Espararam-se, como praga da pior espécie, a pragmática neoliberal e a reestruturação produtiva global, ambas sob o comando hegemônico do mundo das finanças. É bom recordar que essa hegemonia significou não somente a expansão do capital fictício, mas uma complexa simbiose entre o capital diretamente produtivo e o bancário, com o qual se funde de início, criando um monstro de novo tipo, uma espécie de Frankenstein horripilante e desprovido de qualquer sentimento minimamente anímico (ANTUNES, 2018, p.295).

A chamada “crise estrutural”, para Pereira, foi o principal sinalizador de mudanças nas relações sociais a partir do século XX, sob a égide do sistema do capital financeiro, e o “que permitiu ganhos econômicos estratosféricos aos representantes do capital à custa de penosos sacrifícios da classe trabalhadora” (2016, p. 304). Nos termos de Antunes,

As principais resultantes desse processo foram desde logo evidenciadas:

deu-se uma ampliação descomunal de novas (e velhas) modalidades de (super)exploração do trabalho, desigualmente impostas e globalmente combinadas pela nova divisão internacional do trabalho na era dos impérios. Para tanto, foi preciso que a contrarrevolução burguesa de amplitude global exercitasse sua outra finalidade precípua, qual seja, a de tentar destruir a medula da classe trabalhadora, seus laços de solidariedade e consciência de classe, procurando recompor sua nova dominação em todas as esferas da vida societal (ANTUNES, 2018, p. 295).

A crise estrutural, segundo Pereira, revelou-se “no sentido de não mais comportar ciclos alternados de depressão e expansão, e se caracterizar como um acontecimento permanente, global e crônico” (2016, p. 305), ou seja, a crise, por se apresentar com características sistêmicas, surge como um movimento que abarca todas as dimensões da vida humana (PEREIRA, 2016).

Sabemos que o capitalismo, desde o início da década de 1970, vem apresentando um movimento tendencial em que a informalidade e a precarização se tornaram mecanismos recorrentes para a ampliação do lucro das empresas, sejam elas globais – as transnacionais –, sejam elas microcômicas – as pequenas e as médias empresas. E a terceirização, por sua vez, vem se consolidando, em tantas partes do mundo, como uma ferramenta, uma verdadeira praga propulsora dessa razão instrumental profundamente destrutiva em relação ao trabalho (ANTUNES, 2018, p. 194).

A reestruturação produtiva do capital sob a condução e desertificação neoliberal conduziu um processo de reestruturação produtiva avassaladora, que tem provocado transformações que vieram redesenhar e constituir uma sociedade cada vez mais individualizada, cujo traço principal é estabelecer a preponderância da política econômica em detrimento da política social. O que vem a ser, para Mézários (2007), a maior crise em todos os sentidos da história do capital. Em sua obra *A montanha que devemos conquistar*, ele analisa:

não se surpreende, portanto, que simultaneamente ao desenrolar da *crise estrutural* do sistema do capital, o então tendencioso liberalismo reformatório rapidamente se metamorfoseasse em uma forma mais agressiva de neoliberalismo apologético do Estado. Foi assim que o momento da verdade transformou a “maior felicidade ou princípio da maior felicidade” de Bentham em um dedo acusador apontando para o liberalismo neoliberal de nosso tempo histórico (MÉSZÁRIOS, 2015, p. 25).

O contexto de crise, agora sob a perspectiva de Mézários sobre a globalização da economia, é a captura da lógica de um sistema hierarquizado estruturalmente, de tendência objetiva na esfera econômica política, o que aprofunda “as condições de vida das classes trabalhadoras em nossa época, até mesmo nos países capitalistas

mais privilegiados” (2015, p. 28). Neste sentido, Mészáros ressalta, não houve na história da modernidade uma tendência mais perversa do que a reestruturação do capital em nível global (2015, p. 28). Pois

houve em toda parte uma empática acolhida ao neoliberalismo nas práticas e no pensamento político-econômico desde os anos de 1970. A desregulação, a privatização, e a retirada do Estado de muitas áreas do bem-estar social têm sido muitíssimo comuns. Quase todos os Estados, dos recém-criados após o colapso da União Soviética às social-democracias e Estados de bem-estar ao velho estilo, como a Nova Zelândia e a Suécia, adotaram, às vezes voluntariamente e em outros casos em resposta a pressões coercitivas, alguma versão da teórica neoliberal e ajustaram ao menos algumas políticas e práticas aos seus termos (HARVEY, 2014, p. 12).

Chesnais adverte que a ascensão do neoliberalismo e o processo de mundialização financeira proporcionaram e proporcionam a liberalização de finanças de mercado para o funcionamento da economia mundial sob a égide de acumulação do capital. “Essa liberalização se deu como uma estratégia do processo de crises financeiras do capital precisamente no campo imobiliário, o que abalou as finanças de mercado” (1998, p. 249).

Em verdade, tal onda de crise – aparentemente resultante dos choques do petróleo, em 1973 e 1979, produzidos pelo aumento desse produto, decretado pelos países integrantes da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP) – foi desencadeada pelo processo combinado de superprodução e queda da taxa de lucros. E tal processo se agudizou em 2008, quando, sob a aparência de uma contornável turbulência nas finanças, ocorreram falências no setor bancário, fortes ajustes fiscais e privatizações de bens e serviços públicos (PEREIRA, 2016, p. 305).

É preciso entender a conjuntura em que o sistema está imbricado, a de revitalização do sistema econômico por meio da liberação de poderes do setor de financeirização. O capital financeiro, segundo Antunes,

não é uma alternativa separada e oposta ao mundo produtivo, mas o controla em grande parte, e só uma fração dele – o capital fictício – se descola da produção. Em seus núcleos centrais, o capital financeiro atua na própria esfera produtiva (e a controla). Basta lembrar que, quando compramos um produto financiado, estamos na verdade oferecendo um duplo ganho para os capitais: tanto na compra quanto no financiamento das mercadorias (2018, p. 287).

Ou seja, o capital financeiro foi o embrião para a expansão da reconfiguração de uma nova economia, a globalização, que, segundo Harvey (2014), foi arrancada

das entranhas da antiga.

A expressão “mundialização financeira” designa as estreitas interligações entre os sistemas monetários e os mercados financeiros nacionais, resultantes da liberalização e desregulamentação adotadas inicialmente pelos Estados Unidos e Pelo Reino Unido, entre 1979 e 1987, e nos anos seguintes pelos demais países industrializados. A abertura, externa e interna, dos sistemas nacionais, anteriormente fechados e compartimentados, proporcionou a emergência de um espaço financeiro mundial. Nem por isso os sistemas financeiros nacionais foram eliminados com a liberalização e desregulamentação (CHESNAIS, 1998, p. 12).

A liberalização do setor de financeirização se deu em cenários distintos tanto em países considerados capitalistas quanto naqueles que buscavam rupturas com a suas diretrizes tradicionais-históricas na administração econômica para adesão a uma economia completamente diferente das até então geridas nesse país²¹. A deliberação desse capital se realizou tanto pela pressão de operações da economia para o livre mercado quanto pelos problemas econômicos decorrentes da crise estrutural.

A economia mundial que enfrentava os problemas das décadas de 1970 e 1980 não era mais a da Era de Ouro, embora fosse, como vimos, o produto previsível daquela era. Seu sistema de produção fora transformado pela revolução tecnológica, globalizado ou “transnacionalizado” em uma extensão extraordinária e com consequências impressionantes (HOBBSAWM, 1995, p. 402).

As consequências relevantes desse processo abarcaram o processo de mundialização combinado e desigual com o cenário mundial de condições econômicas de depressão e de baixas taxas de retorno - diversos países tiveram a necessidade de buscar recursos em outros governos, aqueles que não tinham sofrido a crise de forma tão aguda. Nesse sentido, Harvey afirma: “muitos governos no mundo em desenvolvimento, até então desesperados por recursos, estavam ansiosos o bastante para se endividar” (2014, p. 36). Essa foi a porta de entrada para a liberalização do capital financeiro.

Era preciso haver liberdade de ação e condições razoavelmente seguras para emprestar. Os bancos de investimento de Nova York contavam com a

²¹ Harvey sinaliza que “quase todos os Estados, dos recém- criados após o colapso da União Soviética às social-democracias e Estados do bem-estar social ao velho estilo, como a Nova Zelândia e a Suécia, adotaram, às vezes voluntariamente e em outros casos em respostas a pressões coercivas, alguma versão da teoria neoliberal e ajustaram ao menos algumas políticas e práticas aos seus termos. O neoliberalismo foi rapidamente adotado pela África do Sul pós-apartheid, e mesmo [pel]a China contemporânea” (2014, p. 12).

tradição imperial norte-americana tanto para manter abertas novas oportunidades de investimento como para proteger suas operações externas (2014, p. 36).

A emergência desse novo regime de acumulação mundial do sistema capitalista exigiu a liberalização do crédito e do mercado financeiro internacionais em benefício de instituições financeiras não-bancárias para o mercado de especulações e para a acumulação dos financiamentos de déficits públicos. A união dos poderes do Tesouro, como as instituições financeiras, os bancos centrais e as instituições bancárias monetárias americanas (FED), as instituições internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio (OMC), foram, segundo Chesnais, os precursores na viabilização do financiamento e na emissão de políticas macroeconômicas sob o regime de ajuste fiscal e de inflação pelas altas taxas de juros (CHESNAIS, 1998).

O FMI e o Banco Mundial se tornaram a partir de então centros de propagação e implantação do “fundamentalismo do livre mercado” e da ortodoxia neoliberal. Em troca do reescalonamento da dívida, os países endividados tiveram de implementar reformas institucionais como cortes nos gastos sociais, leis do mercado de trabalho mais flexíveis e privatização. Foi inventado assim o “ajuste estrutural” (HARVEY, 2014, p. 38).

Um dos efeitos da implantação do ajuste estrutural no cenário dos países endividados foi a subversão invertida “de valores e princípios na razão das políticas públicas” (PEREIRA, 2016, p. 308). Em sua análise, Pereira ressalta o fato de as políticas públicas viverem uma ruptura conservadora:

estas, que na sua origem socialdemocrata europeia, do final do segundo pós-guerra, foram pensadas para atender necessidades humanas, passaram agora a priorizar a satisfação das necessidades de lucro do capital, sob o argumento de que a falência do setor bancário e empresarial levaria ao caos econômico geral; ou de que a regulamentação desses setores implicaria opção por uma ordem não liberal e, portanto, avessa aos interesses dos atuais agentes capitalistas. E, com isso, assiste-se a uma gritante regressividade na distribuição da riqueza nacional e internacional (entre indivíduos, classes e nações), já que são os desprovidos de acúmulo de bens materiais e financeiros que sustentam os possuidores gananciosos e perdulários desses bens (PEREIRA, 2016, p. 308).

No campo do trabalho e do desemprego em escala global, a tendência é de substituição da capacidade humana pela maquinaria. “O crescente desemprego dessas décadas não foi simplesmente cíclico, mas estrutural” (HOBBSAWM, 1995, p, 403). Essa tendência, para Antunes, é o resultado da “flexibilização” do trabalho em

um universo de submissão da economia e hegemonia do grande capital financeiro (2018, p. 37). Analisa o autor:

as empresas buscam garantir seus altos lucros exigindo e transferindo aos trabalhadores e trabalhadoras a pressão pela maximização do tempo, pelas altas taxas de produtividade, pela redução dos custos, como os relativos à força de trabalho, além de exigir a “flexibilização” crescente dos contratos de trabalho. Nesse contexto, a terceirização vem se tornando a modalidade de gestão que assume centralidade na estratégia empresarial, uma vez que as relações sociais estabelecidas entre capital e trabalho são disfarçadas em relações interempresas, baseadas em contratos por tempo determinado, flexíveis, de acordo com os ritmos produtivos das empresas contratantes, com consequências profundas que desestruturam ainda mais a classe trabalhadora, seu tempo de trabalho e de vida, seus direitos, suas condições de saúde, seu universo subjetivo etc. (ANTUNES, 2018, p, 37).

Cabe lembrar aqui as referências de Hobsbawm sobre o mundo pós-1973 e a década de 1980. Assinala que “a história dos vinte anos após 1973 é a de um mundo que perdeu suas referências e resvalou para a instabilidade e a crise” (1995, p. 393). Ressalta que, a partir dessa década, palavras como “recessões”, “depressão” sinalizavam e demarcavam uma crise global. Essa situação agudizou-se, consideravelmente, na África, Ásia ocidental e América Latina, que sentiram a mais severa depressão, inclusive a partir da década de 1980 (HOBBSWAM, 1995).

Nos países considerados subdesenvolvidos, prevaleceu a adoção de regimes de ajuste fiscal sob o processo de financeirização do capital, dentre eles os países latino-americanos, por meio da chamada “financeirização excludente”: diversas quedas na economia, inchaço da dívida externa e aumento da poupança forçada e direcionada para a quitação dos déficits públicos, inflação alta, segregação das rendas, desemprego, agudização das desigualdades na distribuição de renda, acentuando a condição de pobreza e miséria, configurando assim, a chamada “década perdida” (SALAMA, 1998, p. 227).

Por volta de 1994, cerca de dezoito países (como México, Brasil, Argentina, Venezuela e Uruguai) aceitaram acordos que previam o perdão de 60 bilhões de dólares de suas dívidas. Naturalmente, tinham a esperança de que esse alívio da dívida iria provocar uma recuperação econômica que lhes permitiria pagar num momento oportuno o resto da dívida. O problema estava no fato de o FMI ter imposto aos países que aceitem esse pequeno perdão da dívida (quer dizer, pequeno em relação ao que os bancos poderiam ter concedido) que engolissem a pílula envenenada das reformas institucionais neoliberais. A crise do peso de 1995, a crise de 1998 e o total colapso da economia argentina eram resultados previsíveis (HARVEY, 2014, p. 85).

As políticas sociais públicas se traduziram em profundas alterações no jogo do

livre mercado com a minimização estatal, ampliando-se os mecanismos de intensificação, precarização, desregulamentação e destruição de direitos sociais bem como a diminuição de recursos financeiros destinados a áreas afins, uma vez que foram subjugados nas entranhas mais profundas do sistema de neoliberalização²².

As políticas neoliberais têm o efeito de afundar os países em situações de déficits que aumentam constantemente. O aumento dos déficits não decorre de um aumento “excessivo” das despesas, e sim decorrente da implementação das políticas de consumo dos assalariados, decorrente da implementação das políticas de arrocho salarial e de flexibilização do trabalho, e a seguir da conseqüente redução da produção e do nível de emprego (CHESNAIS, 1998, p. 260).

Harvey (2014) conceitua esse movimento como a restauração do poder de uma classe, a da elite econômica. Elucida a propagação e implementação do “fundamentalismo do livre mercado” e da ortodoxia neoliberal, o que culminou no chamado “ajuste estrutural”. De tendência mundial, a política econômica neoliberal integrou-se ao cenário latino-americano e no Brasil a partir da década de 1980.

2.2.1 As interdições da ortodoxia neoliberal na conjuntura brasileira

A década de 1990 é demarcada, no Brasil, pelo redirecionamento do papel do Estado com a política econômica ordenada pelo ajuste fiscal. Sob forte pressão, tanto interna quanto externa, exigida pelos capitais, “logo após a aprovação da Carta Magna, apesar dos vários movimentos pela redemocratização do Estado e da sociedade, os governos passaram a implementar uma política macroeconômica de caráter neoliberal” (BOSCHETTI, 2010, p. 70).

A ascensão da política de ofensiva neoliberal no Brasil em 1990 foi considerada, para Antunes, como a década neoliberal - o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi o período que iniciou abertura de medidas privatistas no setor produtivo estatal sob a lógica da propriedade do capital transnacional. Com a presença dos capitais estrangeiros e nacionais, impulsionou, na economia brasileira, transformações que impactaram diretamente o mundo do trabalho de toda a nação (2018).

²² Para Harvey, a neoliberalização é um plano teórico de reorganização do capitalismo internacional ou um projeto político de restabelecimento das condições da acumulação do capital e da restauração do poder das elites econômicas” (2014, p. 27).

O projeto neoliberal, de caráter globalizado, com conexões e mecanismos de mundialização e financeirização do capital, articulou-se de forma coercitiva para adequar tanto os países de centro quanto os periféricos, como o Brasil. Com as ações de um Estado não intervencionista e de redução da cobertura das políticas sociais, teve-se uma crescente precarização das condições de vida da população, com difícil acesso aos direitos, e uma intensificação da desigualdade social (BOSCHETTI, 2010, p. 71).

Assim, sob o comando da nova economia globalizada, o país intensificou o processo de reestruturação produtiva do capital e, conseqüentemente, do trabalho, levando as empresas brasileiras a “adotar novos padrões organizacionais e tecnológicos, novas formas de organização social do trabalho, novos métodos denominados “participativos”” (ANTUNES, 2018, p. 134). Para o autor, a adesão ao mercado mundializado teve como principais causas:

1) imposições das empresas transnacionais que levaram à adoção, por parte de suas subsidiárias no Brasil, de novos padrões produtivos, em maior ou menor medida inspirados no Toyotismo e nas formas flexíveis de acumulação; 2) necessidade de as empresas brasileiras se adequarem à nova fase marcada por forte “competitividade internacional”; 3) da reorganização efetivada pelas empresas brasileiras que tiveram de responder ao avanço das lutas sindicais e das formas de confronto realizadas pelo “novo sindicalismo”, a partir das históricas greves da região industrial do ABC e da cidade de São Paulo, em 1978 (ANTUNES, 2018, p. 134).

Nesse sentido, analisa que “o processo de reestruturação produtiva sob a condução e a desertificação neoliberal tinha sido poderosa e a reestruturação produtiva, avassaladora” (ANTUNES, 2018, p. 210). Com o deslanche da livre circulação dos capitais e da flexibilização no mundo do trabalho, ela acentua-se.

Desregulamentação, flexibilização, privatização e desindustrialização se tornaram dominantes, sendo que a informalidade, a terceirização, o subemprego e o desemprego aberto atingiram altos níveis, gerando uma plethora de distintas modalidades de trabalho precarizado e informal (ANTUNES, 2018, p. 209).

Segundo o autor, o sistema implantado é “uma nova era de devastação, uma espécie de fase ainda mais destrutiva da barbárie neoliberal e financista que almeja a completa corrosão dos direitos do trabalho em escala global” (ANTUNES, 2018, p. 10).

A conjuntura brasileira era de determinações estruturais e históricas na esteira

da subserviência ao capital mundial, agora ao financeiro, com efeitos e em defesa de uma política enviesada no fundamentalismo da lógica neoliberal e neoconservadora para a ascensão da chamada “nova direita” (PEREIRA, 2016, p. 304). Segundo a autora, a “América Latina se tornou um campo fértil para a expansão da “nova direita”, tornando-se a região que mais teve governos neoliberais e em suas modalidades mais radicais e destruidoras” (2016, p. 318).

Trata-se de um Estado subjugado por um sistema que favorece os direitos individuais à propriedade privada, de aspirações ao regime de direito de livre mercado, entre regiões, países ou grupos, e o setor privado (empresas, instituições) passam a ser iniciativas de inovação e criação de riquezas. “O Estado neoliberal deve buscar persistentemente nas reorganizações internas novos arranjos institucionais que melhorem sua posição competitiva como entidade diante de outros Estados no mercado global” (HARVEY, 2014, p. 76).

Para Harvey, essas mudanças estruturais em escala mundial e nas formas de governanças produziram tendências e determinações na implantação de estruturas regulatórias, que “privilegiam as corporações e, em alguns casos, interesses específicos, como energia, produtos farmacêuticos, agronegócio etc.” (2014, p. 87). Um outro processo que se disseminou com a política neoliberal foram os meios coletivos primários de ação sob o neoliberalismo articulados em organizações não governamentais e do terceiro setor (HARVEY, 2014).

As organizações não governamentais e as organizações do terceiro setor, (ONGs e OTSs), também se desenvolveram e proliferaram de maneira notável sob o neoliberalismo, gerando a crença de que a posição mobilizada fora do aparato de Estado e no interior de algumas entidades distintas chamada “sociedade civil” é [era] a casa de força da política oposicional e da transformação social. O período em que o Estado neoliberal se tornou hegemônico também tem sido o período em que o conceito de sociedade civil – com frequência tomado como entidade de oposição ao poder do Estado – se tornou central para a formulação da política oposicionista (HARVEY, 2014, p. 88).

O cenário foi e é de agravamento das múltiplas expressões da questão social, que passam a ser de transferência e responsabilidade do setor privado, que transforma os direitos em mercadorias, moedas de trocas caras e inacessíveis para a maioria dos trabalhadores. “É o momento da devastação. É um rearranjo das classes dominantes, para prevenirem-se contra qualquer perda maior dessa crise em relação aos seus interesses, o que implica em desmontar a legislação social e laboral. Essa é a questão

fundamental” (YAZBEK, 2018, p. 187).

Nesse contexto, Pereira registra a “gradativa ocorrência de regressões civilizatórias que atentam contra a política, incluindo as políticas públicas concretizadoras de direitos sociais” (2016, p. 303). E, nesse mesmo sentido, Vieira (1997) analisa que, em nenhuma das constituições brasileiras, foram constituídas e implementadas tantas políticas e direitos quanto na Constituição Brasileira de 1988. Entretanto, na análise do autor, foi o alvo central das políticas neoliberais vigentes nos Governos de Fernando Collor de Mello (1989) e Fernando Henrique Cardoso (1994):

Poucos desses direitos estão sendo praticados ou ao menos regulamentados, quando exigem regulamentação. Porém, o mais grave é que em nenhum momento histórico da República brasileira (para só ficar nela, pois o restante consiste no Império escravista), os direitos sociais sofrem tão clara e sinceramente ataques da classe dirigente do Estado e dos donos da vida em geral, como depois de 1995 (VIEIRA, 1997, p. 68).

Ambos os governos privilegiaram o projeto de ajuste fiscal, ao propor medidas de redirecionamento do gasto social para a lógica privatizante do mercado, ou “privatização rentável”. O “seguro social constitui um terreno privilegiado, porque abrange campos de grande interesse para o capital privado, como as pensões, os serviços médicos, a educação, envolvendo a parcela da população que potencialmente constitui em mercado de massas” (KAMEYAMA, 2016, p. 281). E, especificamente no governo de FHC, estabelece-se, no campo da saúde, concordando com Bravo, “um projeto de saúde que articula ao mercado/privatista campos hegemônicos de concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico” (2009, p. 101).

A privatização, no âmbito dos serviços e benefícios sociais, tem como objetivo econômico abrir um novo campo para o investimento e os lucros privados. Isto significa que se pretende privatizar unicamente aquelas atividades que possam ser rentáveis. Esta privatização seletiva requer, no entanto, a reestruturação das instituições sociais, que só é possível com a intervenção estatal direta para remercantilizar os serviços e garantir um mercado estável (KAMEYAMA, 2016, p. 281).

O governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2006) e (2007 a 2011) não foi diferente. A princípio, representou o desaguadouro das principais forças políticas que lutaram pela redemocratização no país, mas também evidenciou,

segundo Bravo, “que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais (...) fragmentadas e subordinadas à lógica econômica” (2009, p. 102).

Nessa mesma linha, Vasconcelos enfatiza que o governo do PT cedeu ao grande capital, sobretudo em seu segundo mandato: “ao modo conservador de fazer política, com amplas coalizões indiferenciadas, sem questionar os métodos escusos e convencionais” (2016, p. 63), ou seja, aliando-se à política econômica do grande capital.

Também, segundo a análise de Antunes, o governo de Lula, em 2003, sinalizava um “projeto pautado mais pela continuidade do que pela ruptura com o neoliberalismo, ainda que sob a variante do social-liberalismo. Sua política econômica preservava a hegemonia dos capitais financeiros, reiterando as determinações do FMI (2018, p. 248). Isso porque,

ao preservar a estrutura fundiária concentrada, dar incentivo aos fundos privados de pensão e determinar a cobrança de impostos dos trabalhadores aposentados, o governo Lula não alterava nenhum traço essencial da formação social brasileira. Isso significou uma ruptura com parcelas importantes do sindicalismo dos trabalhadores públicos, que passaram a fazer forte oposição, especialmente nesse primeiro mandato (ANTUNES, 2018, p. 248).

Entretanto, por outro lado, o governo do PT, segundo Vasconcelos, ainda conseguiu promover programas e políticas sociais com alguns avanços²³, dentre eles o “crescimento econômico por meio do aumento de renda e consumo das camadas pauperizadas da população com uma relativa reversão da desigualdade e miséria social mais aguda” (2016, p. 63). Assim, o governo do PT, em tempos neoliberais,

se sustentava num leque de forças políticas, tendo em sua base de apoio desde setores de esquerda até núcleos da direita tradicional brasileira. As alterações que ocorreram no início do segundo mandato permitiram que reconquistasse o apoio majoritário da população brasileira, entre todas as classes sociais, conformando-se em um governo policlassista dos mais bem-sucedidos, que recusava qualquer política de relativo benefício à classe trabalhadora (2018, p. 249).

²³ Foi então que se deu, já no início do segundo mandato, uma alteração importante: Lula, depois da falência do programa social Fome Zero, ampliou o Bolsa Família, uma política social focalizada e assistencialista, de grande amplitude, que atingiu milhões de famílias pobres com renda salarial baixa e que, por isso, recebiam um complemento. Tal medida ampliou significativamente a base social de apoio a Lula em seu segundo mandato. Atingia não a classe trabalhadora organizada (sua base de origem), mas os setores mais pauperizados da população brasileira, que tanto dependem das políticas do Estado para sobreviver (ANTUNES, 2018, p. 249).

Vale ressaltar que, no segundo mandato do governo Lula, precisamente no ano de 2008, a crise do capital internacional, a crise financeira gerada pelo setor imobiliário norte-americano acentuou tendências de recessão internacional, o que impulsionou uma queda na economia e, conseqüentemente, a recessão com retrocessos nas políticas sociais e na desregulamentação dos direitos sociais da classe trabalhadora em diversos países. Segundo Antunes, quando a crise mundial atingiu com força os países capitalistas centrais em 2008,

o governo [brasileiro] tomou medidas claras no sentido de incentivar a retomada do crescimento econômico por meio da redução de impostos em setores fundamentais da economia, como o automobilístico, o de eletrodomésticos e o da construção civil. Incorporadoras de força de trabalho, essas medidas contribuíram para a forte expansão do mercado interno. Esse movimento compensou em parte a retração do mercado externo, que, no contexto da crise, reduziu a compra das *commodities* produzidas no Brasil (ANTUNES, 2018, p. 251, grifos do autor).

Embora o cenário de recessão mundial gerada a partir de 2008 não atingisse economicamente o Brasil, ainda assim foi, segundo Vasconcelos (2016), um dos precursores do quadro de insatisfação da população e de crise política em relação ao o governo do PT. Boschetti (2018) analisa esse cenário como ascensão de projetos (políticos, econômicos e sociais) e movimentos sociais contestando o plano de governo do PT.

O cenário de insatisfação popular fez emergirem as massivas campanhas de rua de junho de 2013, agora no governo de Dilma Rousseff (2012 a 2015) e (2015 a 2016). Segundo Boschetti, “a economia política singular da era Lula teve continuidade em linhas gerais com Dilma, sendo que essa última encontrou um ambiente da economia internacional bem menos favorável que seu predecessor” (2018, p. 52).

Entretanto, Pereira ressalta que o governo do PT, embora sob forte influência da política neoliberal, persistiu “com algumas melhorias até hoje. No Brasil, essas melhorias produzidas entre 2003 e 2014 estão sendo aceleradamente destroçadas, incluindo-se a própria democracia” (2016, p. 319).

Pode-se dizer que esse destroncamento está no centro da luta de classes e sua correlação de forças no interior do estado burguês capitalista, mas agora sob o comando de um segmento ultraconservador, conforme avalia Vasconcelos.

A partir das eleições de 2014, a tendência hegemônica tem sido na direção do fortalecimento ou da mera alternância para as forças políticas ainda mais

conservadoras, ligadas ao agronegócio, à indústria armamentista e dos setores militares e policiais, e a setores mais conservadores das igrejas cristãs, que reproduzem ou aprofundam o mesmo padrão de se fazer política, iniciativas autoritárias e medidas de ajuste fiscal ainda mais restritivas, que estimulam a recessão e sacrificam seletivamente os trabalhadores (2016, p. 65).

A tendência que se configurava no país era de crise política, ética e, conseqüentemente, econômica, o que se acentuou no ano de 2015. O governo Lula,

além de ampliar o espaço do grande capital internacional no Brasil, incentivou fortemente a transnacionalização de importantes setores da burguesia nativa, como a construção civil, composta pelas empreiteiras, uma das mais corruptas frações do grande capital no país. Esse fenômeno será [foi] vital para compreender a profunda crise política que vem corroendo [corroeu] os governos do PT, não só durante o “mensalão” de meados de 2000, mas também após a vitória eleitoral de Dilma, em 2014, com o início de seu segundo mandato (ANTUNES, 2018, p. 255).

Diante desse embate, e de enfrentamento do contexto de crise, o governo de Dilma (PT),

tendo em vista a necessidade de tentar garantir o apoio político dos setores conservadores que o apoiavam, a gestão do Ministério da Saúde foi entregue para os setores mais atrasados do PMDB na figura de Marcelo Castro, como moeda de troca. Na continuidade, o ministro indicou em dezembro de 2015 para a Coordenação de Saúde Mental, o psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, cuja biografia pública tem[tinha] a marca de ter sido, na década de 1990, o médico responsável pela Casa de Saúde Dr. Eiras, a maior clínica psiquiátrica privada da América Latina. A instituição foi denunciada por maus-tratos e violações dos direitos humanos, sendo objeto de uma intervenção do próprio Ministério da Saúde e do Ministério Público, logo após a saída de Valencius, e sofreu um processo gradual de desinstitucionalização e foi fechada. Esse quadro gerou enorme indignação e remobilizou o movimento antimanicomial em todo o país, que vem[foi] realizando abaixo-assinados, audiências públicas, manifestações de rua e passeatas em Brasília e nas principais cidades do país (VASCONCELOS, 2016, p. 67 e 68).

Foi a partir dessas crises descritas e das negociações entre partidos, sobretudo da política de saúde, que se formou o embrião da articulação para a aprovação do impeachment da Presidenta Dilma em 2016, o que possibilitou tanto a reorganização e retomada das forças políticas conservadoras e reacionárias no cenário político brasileiro²⁴ quanto demarcou o “início de mudanças que redefiniram as políticas

²⁴ “Nesse conjunto, os setores mais autoritários da direita brasileira e mais saudosos do período de ditadura militar, que tinham se calado integralmente até 2013, “saíram do armário” e passaram a brandir abertamente a bandeira da defesa da volta dos militares e até mesmo, em algumas vezes, à memória dos torturadores denunciados recentemente pela Comissão Nacional da Verdade” (VASCONCELOS, 2016, p. 65).

públicas, não apenas no setor saúde e saúde mental, mas de toda a concepção do estado provedor e de direitos” (AMARANTE, 2018, p. 2072).

O cenário hoje é de regressividade e defesa da pragmática neoliberal desde a posse do presidente interino Michel Temer (PMDB) no ano de 2016, quando se tem um contexto de abertura para a preconização do livre mercado financeiro. Recupera-se o projeto político-econômico e social vincado nas estratégias e lógica de reordenamento privatizante das políticas sociais públicas, busca-se a desvalorização da participação popular, em especial dos movimentos sociais que emergiram no período de redemocratização do país.

O desfecho político dessa erosão desde a segunda eleição de Dilma foi o golpe parlamentar midiático com o suporte do Judiciário. Essa foi a saída burguesa brasileira para se adaptar com as exigências do ambiente internacional, de imensa liquidez de capitais buscando desesperadamente nichos de valorização e em que a disputa geopolítica acirrada pela recuperação das taxas de lucro promove uma ofensiva desenfreada sobre os trabalhadores, colocando em xeque os direitos, as políticas públicas que os materializam, e a própria democracia (BEHRING, 2018, p. 62).

Como bem sumariou Antunes, o Brasil é um país que “sempre se revezou entre a conciliação pelo alto e o golpe, seja ele militar, civil ou parlamentar” (2018, p.291). A política social brasileira é imbuída de diversas contradições e conotações que a circunscreve em um cenário de fragmentação e cooptação pela classe dominante²⁵. Em sua formação, a política social brasileira sempre foi a conjugação entre o “avanço” e o “atraso”, o que, segundo Yasbek, “assegurou o sucesso da dominação burguesa desde de sempre, apesar do período de conciliação de classes e de enfrentamento à

²⁵ Para Behring, “não houve, no Brasil escravista do século XIX, uma radicalização das lutas operárias, sua constituição em classe para si, com partidos e organizações fortes. A questão social já existia num país de natureza capitalista, com manifestações objetivas de pauperismo e iniquidade, em especial após o fim da escravidão e, com a imensa dificuldade de incorporação dos escravos libertos no mundo do trabalho, só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho. É interessante notar que a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominante. Por um lado, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pauta de reivindicações dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Por outro lado, representam a busca de legitimidade das classes dominantes em ambientes de restrição de direitos políticos e civis – como demonstra a expansão das políticas sociais no Brasil nos períodos de ditadura (1937-1945 e 1964-1984), que as instituem como tutela e favor: nada mais simbólico que a figura de Vargas como o “pai dos pobres”, nos anos de 1930. A distância entre definição dos direitos em lei e sua implementação real persiste até os dias de hoje. Tem-se também uma forte instabilidade dos direitos sociais, denotando a sua fragilidade, que acompanha uma espécie de instabilidade e política permanente, com dificuldades de configurar pactos mais duradouros e inscrever direitos inalienáveis” (2011, p. 79).

pobreza, representado pelos governos de Lula e Dilma, com sua forma de investimento no social” (2018, p. 185).

Desse modo, para aprofundar a apreensão do movimento real do objeto de estudo interpõe-se o exame dos fatores que demonstram o processo de mercantilização da saúde pública, sobretudo no campo da política de saúde mental, com ataque e desmonte de um sistema incompleto de proteção social, com o neoliberalismo opondo-se radicalmente à universalidade, à igualdade e à gratuidade dos serviços. Nesse sentido, no último capítulo deste trabalho, analisa-se a regressividade como um traço do capitalismo em crise estrutural e sua expressão na saúde e na saúde mental. E, no Brasil, examinam-se as estratégias de grupos defensores da lógica organicista e neoconservadora, contrários às concepções propugnadas nas reformas sanitária e psiquiátrica e a sua expressão na Constituição Federal de 1988 no âmbito da Seguridade Social, em particular da saúde pública.

3 (RE)CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E TENDÊNCIAS DE REGRESSIVIDADE E DESTRUIÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS

O processo de mercantilização da saúde pública, sobretudo no campo da política de saúde mental, está na essência da (re)configuração da política de saúde mental pública sob o comando dos grupos e representantes dos interesses dos capitais mercantis, dos financeiros nacional e internacional e opera em um contexto de regressão e destruição de direitos sociais, opondo-se ao sistema de proteção social no contexto sócio-histórico da luta antimanicomial.

Nesse sentido, nesta última seção, busca-se apreender, no Brasil, as estratégias da lógica organicista e neoconservadora na saúde pública. O processo de regressividade - traço do capitalismo em crise estrutural - abrange os serviços de saúde mental e está materializado em diferentes mecanismos e medidas, com destaque para a Nota Técnica nº 11/2019 (Anexo-A), intitulada “Nova Saúde Mental”, emitida pelo conjunto da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde e do Ministério da Saúde no dia 04 de fevereiro de 2019.

Essa nota é o epicentro desse movimento regressivo, ao ser considerada, pelo movimento antimanicomial, uma ameaça à lógica da luta antimanicomial no que se refere ao financiamento de toda a rede psicossocial ao redirecionar e ampliar os investimentos nos serviços ambulatoriais, na inclusão das comunidades terapêuticas e dos Hospitais Psiquiátricos na RAPS, no subfinanciamento de seus serviços na rede de saúde e no financiamento em compras e uso do aparelho de Eletroconvulsoterapia (ECT) como meios de lucratividade para o setor privado e filantrópico.

3.1 Os primeiros traços da política social de lógica regressiva neoconservadora nos serviços de saúde mental

O final do ano de 2015 foi marcado como o início da ascensão de uma lógica organicista²⁶ nos princípios de regressão em todas as políticas sociais. As

²⁶ “O neoconservadorismo apresenta-se, então, como forma dominante de apologia conservadora da ordem capitalista, combatendo o Estado social e os direitos sociais, almejando uma sociedade sem

contrarreformas aprovadas após a derrubada do governo do PT no ano de 2016 tornou possível polarizar os interesses do grande capital pelo pacote de medidas neoliberais de ajuste com a combinação de forte recessão nas políticas sociais públicas, como na saúde e saúde mental.

As implicações desse contexto, segundo Vasconcelos, permitiram a implementação “de programas neoliberais de ajuste econômico, restringindo direitos sociais e utilizando recursos dos fundos públicos para estimular a economia e atividades privadas” (2016, p. 67).

O governo Temer, nas análises de Castilho, Lemos e Gomes, foi o reflexo de uma política de “assalto” ao fundo público, cuja função primordial concentrava-se em “promover um “choque” de medidas neoliberais radicais de natureza conservadora e reacionária, que inclui [incluía] um pacote que compromete[comprometia] sobremaneira o sistema protetivo garantido na Constituição Federal de 1988” (2017, p. 458).

O contexto era demarcado pela reconfiguração de seu cenário por meio de iniciativas de contrarreformas burguesas, contravertidas de intensas crises institucionais e que se constituíram nas mais expressivas políticas de ofensiva neoliberal. Nesse sentido, Teixeira sumaria: em tempos neoliberais e com “adoção de respostas a essas crises, as políticas adotadas pelo Estado têm acentuado o redirecionamento do fundo público para salvar o capital em detrimento do trabalho” (2012, p. 184).

A dinâmica societária específica dessa ordem tem demonstrado ser, segundo Teixeira, “sinônimo de crise e de imposição da lei do valor, bem como acentuação da regressividade e de ataque a direitos sociais como forma de redirecionar o fundo público para socorrer instituições financeiras” (2012, p. 184).

A lógica regressiva institucionalizada no “(des) governo Michel Temer, apesar de sua gritante ilegitimidade”, segundo Fontes (2017, p. 422), demonstrou assegurar apenas “uma dupla fidelidade: aquela prestada ao grande empresariado, cujo apoio explicitamente depende de assegurarem a grande propriedade do capital (em especial a dívida pública) e de devastarem os cofres públicos e as conquistas populares”

restrições ao mercado, reservando ao Estado a função coercitiva de reprimir violentamente todas as formas de contestação à ordem social e aos costumes tradicionais” (BARROCO, 2015, p. 624). “O neoliberalismo é essencialmente normativo, porque, ao determinar que o mercado deve exercer o domínio sobre tudo, ele é prescritivo, define o passo a passo da constituição de um mundo ideal que deve ser organizado pelo mercado” (TEIXEIRA, 2012, p. 193).

(FONTES, 2017, p. 423).

Essa política regressiva, segundo Castilho, Lemos e Gomes, reintroduziu no país a trágica agenda neoliberal ao impor à classe trabalhadora um “cenário de extrema degradação humana, precarização e barbárie social, na medida em que restringe a competência do Estado em implementar políticas sociais que venham garantir a reprodução social da classe trabalhadora” (2017, p. 458) em função da reorganização do capital financeiro e sua hegemonia. Bem sumariou Netto:

A política social dirigida aos agora qualificados como *excluídos* se perfila, mesmo reivindicando-se como inscrita no domínio dos *direitos*, enquanto específica do tardo-capitalismo: não tem nem mesmo a formal pretensão de erradicar a pobreza, mas de enfrentar apenas a penúria mais extrema, a indigência – conforme seu próprio discurso, pretende confrontar-se com a *pobreza absoluta* (vale dizer, a miséria) (2012, p. 219 – grifos do autor).

A ascensão do projeto privatista a partir do ano de 2015, com a implementação de políticas focais, é, segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), a continuidade de um projeto que adquiriu robustez no período da ditadura civil-militar iniciada em 1964 e com os governos das décadas de 1990. No campo da saúde, esses projetos privatistas, ainda segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro, gerenciam a política sob “a lógica orientada pelas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucro” (2018, p.10), dado que “o setor privado nacional, na área de saúde, possui fortes vínculos com o capital internacional, através de sua relação com o complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos” (BRAVO; PELAEZ e PINHEIRO, 2018, p.10).

Considerada uma política minimalista, as medidas retrógradas dos governos de direita no campo da saúde têm proposto, de acordo com Bravo, Pelaez e Pinheiro, a “ênfase no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde; e o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados” (2018, p. 13). Especificamente em relação ao Governo Temer, as autoras apontam:

Temos a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensadas pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde. Em síntese, o Governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das

contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018, p. 13).

No campo da saúde mental, evidenciaram-se a abertura e o estímulo desse processo de aceleração e implementação de contrarreformas. Como campo de negociação e disputada como moeda de troca entre os partidos PT e PMDB, disputa já descrita pela manutenção do poder, a política de saúde mental sofre mudanças a partir das nomeações de cargos na Coordenação de Saúde Mental. Nomeia-se como coordenador da Política de Saúde Mental o psiquiatra Valencius Wurch²⁷, que, segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), se configurava uma ameaça e um retrocesso para a política, já que o coordenador nomeado era um apoiador/adepto da lógica manicomial (2017).

Diante desse contexto, Pitta e Guljor afirmam que a luta antimanicomial, que “sempre foi de difíceis conquistas, mas de consistentes avanços, começa a sofrer ataques no final de 2015, em sintonia com as mudanças e os retrocessos na vida política brasileira” (2019, p. 10). Em decorrência disso, reafirmam que debater sobre as contrarreformas é “urgente e necessário ao enfrentamento de retrocessos e fortes ameaças a tudo que se conquistou no campo dos Direitos Humanos dos usuários de instituições psiquiátricas” (PITTA E GULJOR, 2019, p. 6).

O cenário de instabilidade no país e a nomeação de um coordenador considerado de princípios higienistas e conhecido como o diretor da maior instituição manicomial de toda América Latina durante o período ditatorial desencadearam, segundo Pitta e Guljor, reivindicações em muitos lugares do país. Segundo as autoras, os protestos culminaram na desistência do coordenador no mês de maio de 2016, após três meses de nomeação (2019) e, embora esse enfrentamento fizesse com que o governo Temer recuasse na nomeação, ainda assim, segundo nota do Conselho Federal de Serviço Social CFESS (2017), a “ameaça ainda não se esgotou[esgotaria], pois continuam[continuaram] as ações no sentido do desmonte da política de saúde mental”. Como bem disseram Pitta e Guljor:

Após uma vacância de 9 meses na Coordenação Nacional da Saúde Mental, a maré da direitização das políticas da contrarreforma é[foi] reforçada pela indicação de representante da Associação Brasileira de Psiquiatria, que, no

²⁷ Valencius Wurch, psiquiatra e ex-diretor da Clínica Casa de Saúde Dr. Eiras, situada em Paracambi (RJ), um dos maiores hospícios do Brasil e da América Latina, ficou na direção do manicômio por dez anos. A casa viria a ser fechada em 2012, devido a inúmeras denúncias de violação dos direitos humanos.

passado, foi uma grande aliada da Reforma na defesa de leis e políticas que a respaldassem, [mas que] passou a ser, nas últimas décadas, defensora dos maiores retrocessos do vitorioso movimento de Direitos Humanos e inclusão social dos usuários de instituições psiquiátricas segregadoras, hegemônicas nos momentos de frágil democracia no país (2019, p. 10).

A tendência é a de capitalização e, para isso, o mercado e as políticas de ajuste encorajam, incentivam uma política não pública de não intervenção do Estado para reservar o lugar para os interesses corporativos e privados, medidas oportunas que criam as condições para implementar políticas de viés conservador. E o campo da saúde mental, segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro, “traz de volta a perspectiva manicomial e secundariza o investimento em serviços de base territorial e comunitária” (2018, p. 13).

As comunidades terapêuticas foram um dos serviços que serviram como meio para atender a esses interesses em função de sua lucratividade. É nesse cenário que o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), em conjunto com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e com o Ministério da Justiça, propõem o convênio das Comunidades Terapêuticas (CTs) na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), nos equipamentos de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) bem como no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e demais políticas públicas.

A proposta foi aprovada e publicada como a Resolução CONAD nº 1/2015 (Anexo-F), cujo objetivo é o de “acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, caracterizadas como comunidades terapêuticas” (CONAD, 2015).

Diante disso, não foi possível impedir significativos retrocessos para a política de saúde mental, como a ascensão da privatização dos serviços oferecidos pelas Organizações Sociais (OS) por meio das comunidades terapêuticas. Segundo Santos (2018), o objetivo específico das comunidades terapêuticas contemporâneas são os cuidados com pessoas que fazem uso e abuso compulsivo de álcool e outras drogas. Para isso, a política de cuidados nas comunidades terapêuticas é no sentido de

levar seus assistidos a suspenderem o uso de drogas, a partir de uma *transformação subjetiva*, induzida por um conjunto de práticas e atividades realizadas em um contexto de isolamento social e total abstinência de drogas. Elas se configuram como residências coletivas temporárias, nas quais os indivíduos devem ingressar voluntariamente e ali permanecer por períodos extensos (em geral, de nove a doze meses), entre um conjunto de pares (pessoas que igualmente têm problemas com drogas) e sob a vigilância de

monitores – em geral, pessoas que já passaram pelo mesmo tratamento (SANTOS, 2018, p. 11).

Anote-se que os cuidados na saúde mental com a implementação das comunidades terapêuticas demonstram interesses atravessados não somente “pela questão orçamentária, mas também pela lógica manicomial que ainda perpassa as relações cotidianas” (PASSOS, PORTUGAL, 2015, p. 100). Segundo as autoras, “um exemplo emblemático é aquele que se tem dado na luta da consolidação dos serviços substitutivos que atendem usuários que façam uso abusivo de álcool e outras drogas” (PASSOS, PORTUGAL, 2015, p. 100). Tal questão, segundo suas análises,

é acentuada não apenas pelas expressões da questão social que envolvem a temática, mas principalmente pelas divergências existentes entre duas políticas públicas: a Política de Redução de Danos do Ministério da Saúde e a Política sobre Drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça. Ou seja, em uma mesma realidade tem-se duas perspectivas: a proibicionista e a antiproibicionista (PASSOS, PORTUGAL, 2015, p. 100).

As divergências existentes entre tais políticas em relação aos cuidados com pessoas que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas são: a política antiproibicionista²⁸, que defende o investimento na Rede de Atenção Psicossocial, nos equipamentos substitutivos dos hospitalocêntricos, como os Centros de Atenção Psicossocial ao Álcool e Drogas (Caps AD)²⁹ e nos Caps I, Caps II e os Consultórios de Rua; a política proibicionista³⁰, que defende uma lógica contrária à da luta antimanicomial com políticas de perspectivas higienistas que passam a investir e a

²⁸ As políticas antiproibicionistas são representadas pela política de redução de danos. Inserida na Política do Ministério da Saúde para Usuário de Álcool e Outras Drogas, criada em 2003 (Ministério da Saúde, 2003), passou por um grande rearranjo, migrando do campo exclusivo das políticas de DST/AIDS e se tornando uma importante diretriz na constituição dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps-AD) (PASSOS, SOUZA, 2011).

²⁹ Os Caps AD são unidade de saúde especializada em atender pessoas que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas, dentro das diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, que tem por base o tratamento em liberdade, buscando sua reinserção social (BRASIL, 2011).

³⁰ Para Sodelli (2011), a política proibicionista, a proibição ao uso de drogas surge como um instrumento de controle econômico e político, ganhando status diferenciado por meio da ascensão e consolidação de uma nova potência mundial: os Estados Unidos da América. Nesse sentido, houve a consolidação da política proibicionista ao uso de drogas a partir das convenções de Genebra de 1931 a 1936, lançando a política proibicionista no horizonte do direito internacional público (apud ESPINDOLA, 2012, p. 16) a partir da participação dos Estados Unidos nas reuniões da Liga das Nações, antecessora da Organização das Nações Unidas (ONU), propondo tratados cada vez mais duros para reprimir o tráfico internacional. Em decorrência, pode-se dizer que foi a fundação da ONU que tornou possível os Estados Unidos influenciarem e pressionarem o mundo com sua política proibicionista contra as drogas. Assim, os acordos internacionais acabaram representando a adoção e a consolidação, pela ONU e seus estados-membros, da política estadunidense para o tema “drogas” (ESPINDOLA, 2012, p. 19).

garantir o financiamento em serviços privados e filantrópicos, como as comunidades terapêuticas, instituições privadas, filantrópicas em que, normalmente, se privilegia a internação como forma de tratamento numa decisão bastante controversa³¹. Nas análises de Amarante e Torre, a lógica contrária à luta antimanicomial é referente a um movimento pró-institucionalizante, referente à questão da dependência química (2017).

Há hoje no país uma importante expansão das denominadas comunidades terapêuticas, que são macroinstituições de natureza predominantemente religiosa, com uma visão moralista e conservadora. Recebem apoio de parcelas expressivas da sociedade e da classe política que tem interesses diretos nessas instituições, seja por atenderem a demandas assistencialistas, seja por motivações eleitorais ou financeiras (AMARANTE, TORRE, 2017, p. 770).

Essa lógica, segundo Vasconcelos, aprova a “hipertrofia do terceiro setor e das empresas privadas na valorização de velhas fórmulas de ajuda social, como a filantropia social e empresarial, na interpelação extremada e substitutiva das ações voluntárias” (2016, p. 178). Uma das consequências da desregulamentação da política social pública no campo da saúde mental é, no cenário atual, o retorno de práticas de caráter regressivas, devido a

um número baixo de serviços efetivamente substitutivos, como os Caps III, serviços residenciais e bolsas do Programa De Volta pra Casa. A difusão do crack e as demandas por novos tipos de serviços adequados à complexidade do problema, após um período curtíssimo de entrada da saúde no campo das drogas, geraram uma onda de práticas manicomiais de internação forçada ou de internações em comunidades terapêuticas de cunho filantrópico, religioso ou mesmo lucrativo, que, mesmo quando voluntárias, são antagônicas aos ideais antimanicomiais (VASCONCELOS, 2016, p. 64).

Em 2016, o campo da saúde sofreu outro embate com a Proposta de Emenda à Constituição de n.º 241, de 15 de junho de 2016 (Anexo-G), cujo objetivo altera os Atos das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal,

³¹ Muitas CTs conjugam práticas religiosas – orações e cultos – com atendimentos profissionais especializados (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros) no cuidado de sua clientela. A categoria profissional mais representada nessas entidades é a dos psicólogos (1,8 por CT, em média), havendo ainda assistentes sociais (1,3 por CT, em média) e médicos (1,1 por CT, em média). Parte desses profissionais possui vínculo empregatício com as instituições, mas muitas CTs contam com amplo suporte de voluntários. Em média, para cada trabalhador contratado pelas CTs, há 1,5 voluntário. No que se refere à orientação religiosa, cerca de 47% das CTs são evangélicas ou protestantes e 27%, católicas. Cerca de 18% declaram-se sem orientação religiosa. Não obstante, mais de 95% delas declaram desenvolver trabalhos espirituais (SANTOS, 2018, p. 13).

“na intenção de reverter, a médio e longo prazo, o atual desequilíbrio fiscal do governo Federal” (ROSA, 2016). Entretanto, a PEC de n. 241/2016 foi somente aprovada no Congresso, o que deliberou a sua transformação para a Emenda Constitucional (EC) n.º 95, de 15 de dezembro de 2016 (Anexo-H).

A EC n. 95 é uma emenda de efetivação de contrarreforma no campo das políticas sociais públicas, “tanto as políticas que integram a seguridade social (previdência social, assistência social e saúde), como também o seguro-desemprego e a educação” (SALVADOR, 2017, p. 442). Segundo o autor, a emenda “estabelece um teto para os gastos sociais, sepultando as vinculações orçamentárias das políticas sociais construídas na CF de 1988, bem como inviabilizando a garantia e até mesmo a expansão dos direitos sociais” (SALVADOR, 2017, p. 442).

Precisamente no campo da política de saúde, restringem-se os seguintes pontos: prejuízos e redução de orçamentos e financiamentos para a viabilização do SUS nos próximos 20 anos e, conseqüentemente, redução de leitos; redução dos serviços; fechamento e sucateamento de unidades de saúde; acesso não universal à política (ROSA, 2016). Ou seja, o SUS e os usuários terão perdas financeiras para custear a saúde pública brasileira até 2036 - o cenário é, pois, de desfinanciamento da saúde em larga proporção (SANTOS, FUNCIA, 2019).

A projeção da perda, que será crescente (se crescente for o crescimento da economia), importará em mais ou menos R\$ 200 bilhões em 20 anos. Isso sem contar a projeção das perdas do valor do pré-sal destinado à saúde como um valor adicional ao piso, um plus, um acréscimo, e que a EC 95 alterou de modo permanente, e não por apenas 20 anos, o que também se constitui em retrocesso na garantia do financiamento da saúde, reconhecido pelo ministro Lewandowski em sua medida cautelar na ADI 5.595, com riscos concretos de danos à saúde das pessoas em todas as suas dimensões, a protetiva, a prestacional e a regulatória (SANTOS, FUNCIA, 2019).

A PEC 241 e a EC 95, ambas do ano de 2016, produzem a desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS) com impactos imediatos no campo da saúde mental. Segundo Antunes, essa emenda é uma medida nefasta, ao limitar os gastos sociais “(para garantir o superávit primário necessário para a remuneração do sistema financeiro por meio dos juros da dívida pública, esse sim um dos verdadeiros flagelos que assolam o país)” (2018, p. 326). Como bem enunciaram Bravo, Pelaez e Pinheiro sobre o governo Temer: trata-se

De uma restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal,

assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional. Assim, o peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores. Nesta direção, tem-se o comprometimento de seus direitos através de propostas de contrarreformas (Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal - que congela por vinte anos os gastos públicos, entre outras) (2018, p. 12).

Os impactos precisamente na saúde com a privatização do SUS, segundo Vasconcelos, se opera na privatização de seus serviços, de sua gestão e de seus recursos humanos, estes “entregues às empresas e organizações sociais, isso associado aos interesses do complexo composto pelas indústrias farmacêuticas, de equipamentos, de insumos e, particularmente, pelas empresas de planos e seguros de saúde³²” (2016, p. 221).

O desmonte do financiamento da Seguridade Social constitui um auspicioso convite à retomada das forças conservadoras no campo das políticas públicas, sobretudo na saúde e saúde mental. Vasconcelos assinala que esse convite é uma abertura para que as forças conservadoras atuem na atenção psiquiátrica de forma mais convencional, com a forte privatização do SUS (2016). Assim, decorreram as propostas de alterações no campo da política de saúde mental. O Governo Temer foi o precursor em induzir e incentivar a retomada da política proibicionista com conceitos manicomial em todo o território brasileiro.

³² Para Vasconcelos, dentre essa lógica privatizante, destacaria outros três elementos. Primeiro, a frente parlamentar das igrejas, particularmente as evangélicas, com um discurso de interpelação da família e dos valores tradicionais. No campo da saúde mental, eles têm atuado nas comunidades terapêuticas para usuários de drogas, pregando internações do tipo manicomial. Junto com esse setor religioso, temos o setor privado, inclusive internacionalizado [...]. Um outro componente é um novo fôlego que a psiquiatria mais biomédica, [...] um exemplo extremo é a patologização e medicalização da vida cotidiana das crianças. [...]. Segundo o novo código das doenças psiquiátricas [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ou DSM-5, na sigla em inglês], qualquer tristeza é diagnosticada como transtorno e tem que ser medicada. Então, a psiquiatria biomédica está se fortalecendo. Por último, precisamos levar em consideração a crise gerada pelas políticas neoliberais de ajuste econômico e fiscal, com consequências no aumento do desemprego, das desigualdades etc., o que reforça a criminalização e o aprisionamento dos pobres, dos negros e de outros grupos sociais estigmatizados (2016, p. 211). Neste sentido, Amarante e Torre alertam que há um fator que vem crescendo em meio a sociedade, que é a mercantilização, a distribuição e o consumo de psicotrópicos. A distribuição de psicotrópicos cresceu verticalmente, especialmente o custo com novas drogas antipsicóticas. A partir dessas questões, é possível uma compreensão de que o fechamento de leitos manicomial não é acompanhado automaticamente de uma menor penetração dos psicotrópicos na sociedade, ou de uma prática concreta de desmedicalização nos serviços substitutivos ao manicômio e em outros serviços de Saúde e Saúde Mental. Nas últimas décadas, o avanço dos processos de abertura manicomial convive com um vertiginoso aprofundamento da disseminação dos psicofármacos e do discurso da medicalização da sociedade, relacionado à hiperinflação diagnóstica, à renovação da indústria da doença e ao recrudescimento dos interesses manicomializantes (2017, p. 771).

Em 25 de outubro de 2016, segundo Cruz, Gonçalves e Delgado, “foi publicada pelo MS a Portaria 1.482, que incluiu as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), passo necessário para que estas fossem financiadas com verbas da saúde” (2019, p. 5). Em suma, Delgado afirma que, “desde 2016, no entanto, pela primeira vez, vemos um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica” (DELGADO, 2019).

No ano de 2017, Lima, em seu estudo *O Avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil*, assinala o que denominou de “maré contrarreformista”. Segundo o autor, a contrarreforma da política de saúde mental ganhou força no dia 10 de fevereiro de 2017, a partir da indicação para o cargo de coordenador de um quadro da Associação Brasileira de Psiquiatria, desde os anos de 2000 em oposição à reforma psiquiátrica (2019). Ou seja, “em dezembro de 2017, o novo coordenador aprovava na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), com algumas modificações, a proposta de “novas diretrizes” para as políticas de saúde mental no Brasil (LIMA, 2019, p. 2). Como sumariaram Cruz, Gonçalves e Delgado:

Podemos afirmar que o marco inicial da ‘nova’ política foi a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017, que estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS. Ela veio reformular o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS. O texto afirma que leva em conta a lei federal 10.216/2001 (Brasil, 2011); no entanto, traz, pela primeira vez, desde que a Reforma Psiquiátrica passou a pautar as políticas de saúde mental, o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento deste (2019, p. 5).

A “nova política de saúde mental”, segundo as análises de Pitta e Guljor, foi uma violenta contrarreforma, por ter sido aprovada sem a participação dos interessados (2019). Nas análises de Guimarães e Rosa, para a nova proposta “realizou-se[realizaram-se] análises unicamente quantitativas focadas nas fragilidades da RAPS, e que propõe[propunham] defender nitidamente os valores corporativos e econômicos, desconsiderando toda a potência desta política, além de seus determinantes sociais” (2019, p. 122).

A “nova” política reapresenta métodos e práticas que foram abortados. A atual gestão de saúde mental do Ministério da Saúde golpeia vertiginosamente os avanços de três décadas da Reforma Psiquiátrica brasileira. Este direcionamento é, na prática, “um esforço de esconder seu componente manicomial [...] como forma de maquiagem o ‘velho modelo’ que é o mesmo existente antes da reforma psiquiátrica em curso”, sinalizado no Manifesto

Público do Coletivo Baiano da Luta Antimanicomial (2018) (apud GUIMARÃES, ROSA, 2018, p. 123).

A nova política, que tem como foco central a hospitalização e a institucionalização como proposta de cuidado, inscreve-se, segundo Guimarães e Rosa, como setor potencial de “crescente financiamento de dispositivos antirreformistas de saúde mental, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa para a indústria da doença e da loucura” (2019, p. 123). Um outro tipo de serviço que ganha com as mudanças na política é a rede ambulatorial. Segundo Guimarães e Rosa, a rede “retorna ao modelo de prescrição de psicofármacos e guias de internação, quando já havia evoluído para estruturas comunitárias mais potentes, e podem garantir até hospitalizações, se o Plano Terapêutico assim o requeira [requerer]” (2019, p. 11).

A publicação da “Nova Política de Saúde Mental” do ano de 2017 fez emergir movimentos contestatórios em defesa da reforma psiquiátrica. A nota pública “Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo”, emitida pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), divulga o repúdio pela construção de medidas e articulações contra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria de Consolidação de n.º 2, 28 de setembro de 2017 (Anexo-I) , ao deferir a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde bem como as propostas na criação de serviços pela rede de ambulatório de saúde mental, como: a Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (Ament); o incentivo ao aumento dos hospitais psiquiátricos mediante alteração da lógica de financiamento da política de saúde mental e a inclusão das comunidades terapêuticas como serviços de saúde (CFESS, 2017).

Nos últimos anos, segundo os dados do Ipea (2017), as comunidades terapêuticas passaram a assumir cada vez mais funções e papéis na produção de políticas públicas e nas relações com diferentes setores do Estado e atores do nosso sistema político.

Em suma, Guimarães e Rosa analisam essas mudanças como uma medida de “grande retrocesso, fruto de um golpe de Estado, que retoma um investimento muito significativo em dispositivos antirreformistas, que é individualizante, segregador, que limita o usuário ao diagnóstico e à prescrição medicamentosa” (2019, p. 125).

O ano de 2018 marca o período de reafirmação das mudanças que estavam

em curso na saúde mental com a nova Resolução do CONAD n.º 1, de 9 de março de 2018 (Anexo-J), que “Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas” (PNAD) (BRASIL, 2018). Essa resolução é o desenho da tendência de uma política regressiva na lógica de remanicomialização e de política proibicionista implementadas na política de saúde mental, álcool e outras drogas, sobre a qual Pitta e Guljor sinalizam os retrocessos:

inclui o hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial, com ajuste do valor das AIHs. O dinheiro do orçamento público, que havia progressivamente migrado para a rede de atenção psicossocial comunitária, volta para a rede hospitalar e de comunidades terapêuticas igualmente enclausuradoras, sem a resolutividade dos problemas humanos ali confinados. Afinal, a vida é crônica. Segue, após qualquer tipo de interrupção nos processos de internação, e as pessoas precisam serem assistidas em serviços territoriais resolutivos para seguirem vivendo suas vidas! Também os leitos psiquiátricos e de Álcool e Drogas em Hospitais Gerais, como previsto na Lei 10.216, vão perdendo a importância nessas novas decisões (PITTA, GULJOR, 2019, p. 11).

Além da Resolução CONAD n. 1/2018, a tendência de remanicomialização se intensifica com a institucionalização de duas portarias, a de nº 2.434/2018 e a de nº 3.659/2018, nas quais se materializa essa nova direção da política de saúde mental. Segundo os dados de Guimarães e Rosa, a Portaria de nº 2.434/2018 tem como proposta induzir à lógica manicomial. Para isso, busca “fortalecer ações manicomiais no SUS, sendo reajustado o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos” (2019, p. 127). Em seguida, identificam também a Portaria de nº 3.659/2018 como um instrumento de fortalecimento dessa lógica ao ser

suspenso o repasse de R\$ 1.077.141,12 referente ao recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por suposta ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS, impondo que a não regularização, no prazo de até 06 (seis) meses, acarretará na revogação das Portarias de habilitação e qualificação (GUIMARÃES, ROSA, 2019, p. 127).

Não obstante, Guimarães e Rosa assinalam que, nesse mesmo ano, ascende o movimento pró-manicomial com a participação da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, cujo objetivo é apoiar entidades representativas de serviços do terceiro

setor e do setor hospitalar (2019).

Diante deste cenário de fortalecimento dos serviços manicomiais, Pitta e Guljor ressaltam: “assistimos, assim, a uma brutal reversão da política exitosa prescrita em Lei, que necessita o incremento de novos recursos para torná-la mais potente e resolutiva, ser autoritariamente golpeada” (2019, p. 11). E os incrementos de novos recursos no setor manicomial são prescritos e exitosos, conforme sinalizam Guimaraes e Rosa.

Ao longo do ano de 2018, mais de R\$ 87 milhões foram assegurados ao novo pacto federal de acolhimento em comunidades terapêuticas através do Edital nº 01/2018 SENAD, havendo um aumento 100% no volume de recursos inicialmente previstos para este edital, que eram R\$ 37 milhões, devido à adesão dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social. Tal investimento permitiu o aumento do valor do repasse mensal por vaga para as comunidades terapêuticas, reajustado para R\$ 1.172,88 por adultos; R\$ 1.596,44 por adolescente e R\$1.528, por mãe nutriz, acompanhada do lactente (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2018), sendo credenciadas 492 CT's em todo país que correspondem a 9.395 vagas - vale destacar que este edital previa inicialmente 6.000 vagas, sendo 46 na região Centro-Oeste, 98 no Nordeste, 21 no Norte, 168 no Sudeste e 159 no Sul (GUIMARÃES, ROSA, 2019, p. 126) .

Ou seja, após o subfinanciamento nesses tipos de serviços, estima-se que, no ano de 2018, havia já 2 mil CTs operando atualmente no Brasil, “sendo 46% delas na região Sudeste, 26% na região Sul e 17% no Nordeste. As regiões Norte e Centro-Oeste são aquelas em que a presença dessas entidades é menor. Do total delas, apenas 6% estão no Norte e 9%, no Centro-Oeste” (SANTOS, 2018, p. 12).

Os dados analisados demonstram o desenho da nova política de saúde mental, que culminou em uma profunda contrarreforma nas bases e estrutura da política antimanicomial. Entretanto, no que se refere aos dados dos dispositivos da publicação anual *Saúde Mental em Dados*, evidencia-se que ela “não é mais produzida[publicada] desde 2015, tendo informações monopolizadas e apresentadas de forma restrita para mascarar os recursos da RAPS que foram alocados para as comunidades terapêuticas” (GUIMARÃES, ROSA, 2019, p. 128).

Nesse sentido, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), por meio do relatório de fiscalização realizado em 2018, registrou e apontou o que essa proposta de contrarreforma traduziu na Lei Nº 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica e para aqueles que dela necessitam.

que se submeteu ao processo legislativo para ser aprovado e, ainda, traduz uma luta histórica da sociedade, que culminou com uma profunda reforma na estrutura psiquiátrica brasileira. Portanto, os serviços prestados pelas CTs confrontam a perspectiva técnica e política, pois a maioria não reúne condições de prestar um trabalho com qualidade e garantir estratégias de redução de danos. Soma-se a isso o fato de que as CTs se pautam pela abstinência no processo de tratamento das pessoas que consomem drogas. Registra-se a complexidade dessa temática, ao se apreender, nas leituras dos relatórios enviados pelos CRESS, algumas configurações que evidenciam as ações de isolamento, proibicionismo, exploração da força de trabalho (laborterapia), o moralismo expresso nas normativas e na dinâmica institucional. Essas abordagens e iniciativas infligem os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica (CFESS, 2018, p. 16).

Segundo a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), em que pesem o vínculo e o financiamento do Estado, a inserção desse modelo de caráter regressivo nos serviços na RAPS é o fato de que a política de saúde mental, em “seus trinta anos de construção, está sob forte ameaça; a indústria de leitos, baseada na mercantilização do sofrimento, volta à cena central no país” (2018).

A reflexão aqui colocada se refere a que estágio nos encontramos de desconfiguração, em um momento de retrocesso, onde a reforma psiquiátrica e de suas políticas públicas estão pontualmente, com iniciativas aqui e ali, sendo desconstruídas, ou estamos numa nova fase de contra-reforma, onde uma agenda e suas condições objetivas de serem instaladas estão dadas (ABRASME, 2018).

Essa é uma realidade que tende a se intensificar nos próximos anos com as medidas de cunho neoliberal-ultraconservador nas políticas sociais, sobretudo nas políticas públicas. Com iniciativas regressivas e concretas, a “nova direita”, contravertida na adoção de penosos sacrifícios da classe trabalhadora, expressa a sua mais intensiva manifestação de barbárie e desumanização nas políticas sociais.

3.1.1 A materialização da regressividade na Reforma Psiquiátrica brasileira para o campo da barbárie e desumanização

O conservadorismo é um movimento que se desenvolve no contexto histórico da sociedade burguesa, mas que, atualmente, implica um conservadorismo de múltiplas facetas. Como sintetizam Mota e Rodrigues:

Elucidar a funcionalidade desse conservadorismo na dinâmica do capitalismo contemporâneo requer analisar os fios que ligam seus elementos internos estruturantes (seus componentes ideológicos centrais) aos antagonismos das classes fundamentais, em disputa num cenário de aprofundamento da

crise estrutural do capital, mediado, ainda, pelas injunções econômicas e políticas particulares de cada formação social (2020, p. 203).

Na atual conjuntura brasileira, Mota e Rodrigues apontam que o conservadorismo moderno está “sob a direção da direita ultraconservadora e reacionária, de inspiração profascista e ultraneoliberal” (2020, p. 203). Segundo as autoras, essa direção tende a coagir e, no limite, negar as bases da direção social estratégica: “não só ostenta orgulhosamente seu conservantismo, como é portador de um claro conteúdo reacionário que flerta com as ideias do nazifascismo” (MOTA, RODRIGUES, 2020, p. 203).

Em suma, Souza sinaliza que o conservadorismo moderno é um “sistema de ideias” que se faz presente na ordem vigente em discursos e manifestações de movimentos, como os da “extrema direita” (2015, p. 200). Sendo assim, sinaliza que esse movimento de “inspirações ideais”, com fenômenos de “extrema-direita”, está aproximado de tendências do que Coutinho denomina de “irracionalistas ou de convergências decadentes da “miséria da razão” (2015, p. 201).

Coutinho analisa essa tendência a partir dos aspectos do processo de ascensão da classe burguesa e sua “filosofia da decadência”. Segundo o autor, “a destruição da razão, o abandono da ontologia humanista e da concepção dialética da história não poderiam conduzir a outro resultado” (2010, p. 50), “se não em uma antítese burguesa do irracionalismo em detrimento de uma filosofia da decadência circunscrita inteiramente no campo ideológico”. Isto é,

A razão, em suma, deixa de ser a imagem da legalidade objetiva da totalidade real, passando a confundir-se com as regras formais que manipulam “dados” arbitrariamente extraídos daquela totalidade objetiva. O paralelismo entre o empobrecimento da razão e o esvaziamento da práxis na atividade burocrática não é causal. “A miséria da razão” é a expressão teórica – deformada e deformante – do mundo burocratizado do capitalismo” (COUTINHO, 2010, p. 51).

Coutinho ainda avalia que o mundo burocratizado do capitalismo e suas determinações centrais são a configuração de um sistema de ideias conservadoras. “O capitalismo, todavia, por meio inicialmente das leis do mercado e posteriormente da manipulação das consciências, tende a aplicar essa racionalidade parcial, formalista, também à vida social” (2010, p. 52). Ou seja, “trata-se de uma tendência espontânea, paralela à fetichização de todas as relações humanas no quadro da sociedade burguesa” (COUTINHO, 2010, p. 52).

Nas análises de Barraco (2015, p. 626), o projeto do sistema capitalista de acumulação em conjunto com a política neoliberal foram fundamentais para criar as bases concretas para a reprodução social da barbárie manifestada em ideais, valores e comportamentos”. Dentre eles, Mota e Rodrigues analisam o que elas chamam de “pauta comportamental retrógrada”:

sob o argumento da defesa da família tradicional, monogâmica e cristã, contra a homossexualidade e os direitos da mulher e dos negros, se integra perfeitamente à pauta econômico-social brutalmente regressiva, através de contrarreformas do Estado, do ajuste fiscal e de medidas que requerem o recrudescimento da coerção, do silenciamento das divergências e o retrocesso no conjunto das práticas sociais (2020, p. 203).

O Brasil, historicamente, possui traços antagônicos e, dentre eles, as lembranças de uma velha tradição brasileira de concepções conservadoras “sempre levantaram bandeiras de combate à corrupção para justificar o poder das oligarquias tradicionais e, segundo o caso, legitimar golpes militares” (LÖWY, 2015, p. 656). E, atualmente, emerge o seu lado mais obscuro, o partido da direita com a chamada extrema-direita. Em sua análise, Löwy realça:

Qualquer transformação e “modernização”, a extrema-direita ainda representa uma ameaça real à democracia. Um dos argumentos usados para mostrar que ela mudou e não tem muito mais a ver com o fascismo é a aceitação da democracia parlamentar e da via eleitoral para chegar ao poder (LÖWY, 2015, p. 656).

No esforço de desvelar o avanço da direita no Brasil, de ideário conservador, Barroco ressalva a manifestação da ofensiva atual ao apelo à ordem social por meio da alegação dos bons costumes tradicionais familiares e religiosos e do militarismo como medidas contra a cultura da violência e do medo. O ideário neoconservador de direita retoma a lógica de que “todos os meios são moralmente válidos para vencer o inimigo” (2015, p. 628).

No contexto atual, a moralização das expressões da questão social, típica do (neo)conservadorismo, não é dirigida prioritariamente ao ajustamento dos indivíduos, mas à sua punição. Juízes, jornalistas, intelectuais, comentaristas midiáticos definem o que é delito, dando lições de moral e indicando soluções punitivas (BARROCO, 2015, p. 629).

No atual cenário brasileiro, há a ascensão de uma “nova direita”, precisamente da extrema-direita. Segundo Mota e Rodrigues, a ascensão desses dois movimentos

se fortaleceram a partir de uma organização “com apelo à anticorrupção, ao fundamentalismo religioso e contra uma suposta saga comunista, fatores decisivos para a vitória eleitoral do candidato da extrema direita, Jair Messias Bolsonaro, para presidência em 2018” (2020, p. 204), embora as autoras também afirmem que o atual presidente “chegou ao Planalto como um desdobramento imprevisto do golpe” (MOTA, RODRIGUES, 2020, p. 204). Filiado a princípio no Partido Social Liberal (PSL) e, posteriormente, se desligando desse partido, o Presidente Jair Messias Bolsonaro está a criar um novo partido denominado de “Aliança pelo Brasil”³³.

É relevante ressaltar que, em menos de dois anos de mandato até a conclusão deste estudo, o governo do atual presidente tem como fio condutor a dominação burguesa sob a agenda ultraneoliberal. Como alertou Mascaro apud Mota e Rodrigues:

Todavia a unidade da dominação burguesa tem sido exercida até o momento na base da mesma zona de acordo que os uniu na orquestração do golpe: uma agenda econômica centrada na imposição de um ajuste fiscal draconiano; na financeirização da previdência e da educação; na universalização da mercantilização de serviços e bens até então (integral ou parcialmente) estatais; na exploração criminosa e predatória de recursos naturais e em um cruel rebaixamento das condições salariais da força de trabalho como forma de elevar a taxa de lucros e atender aos interesses do capital financeiro e rentista, sustentados por “frações capitalistas nacionais e internacionais relativamente coadunad[a]s” (2020, p. 204).

A ascensão da política de ofensiva neoliberal e a sua singularidade com o projeto ultraneoliberal no país demarcam o que Mota e Rodrigues sinalizam de neoconservadorismo “como um compósito ideológico constituído por doutrinas muito diversas e, até mesmo, colidentes entre si, tais como o libertarianismo, o fundamentalismo religioso e um anticomunismo reciclado” (2020, p. 203).

Esse cenário Löwy o descreve como um movimento que reacende as velhas raízes dos fenômenos capitalistas produzidos pelo processo sistêmico de alternativas radicais. Com temas socioculturais do conservadorismo mais reacionário, elevam-se questões sobre a ideologia repressiva, o culto pela violência policial, o chamado a restabelecer a pena de morte, a intolerância com as minorias sexuais, o congresso

³³ O Aliança pelo Brasil é a proposta de um partido com princípios “cristãos”, idealizado pelo presidente Jair Messias Bolsonaro junto com os seus apoiadores. Para validar o partido e lançar futuras candidaturas, seria necessário obter 492 mil assinaturas até 4 de abril do ano de 2020. Entretanto, até o momento da conclusão deste trabalho, o partido não havia conseguido o apoio suficiente para as campanhas de 2020.

com inúmeros representantes com as chamadas bancadas do “BBB”, Boi (oligárquicos/latifundiários), Bíblia (setores religiosos) e Bala (militares) e, sobretudo, o apelo à volta de governos militares (LÖWY, p. 2015).

Essa tendência, segundo Antunes, é o início de uma nova fase, agora de tipo “ultraneoliberal, e uma fase ainda mais agressiva. Sua principal finalidade: privatizar tudo que ainda restar de empresa estatal; preservar os grandes interesses dominantes; e impor a demolição completa dos direitos do trabalho no Brasil” (2018, p. 299).

Para exemplificar esse movimento da direita, Netto busca, nas palavras de Przeworski, apontar que os caminhos do conservadorismo enquanto “projeto histórico da Direita é dirigido para liberar a acumulação [capitalista] de todas as cadeias impostas pela democracia” (2010, p. 20). Ou seja, o “tardo-capitalismo oferecerá respostas predominantemente regressivas, operando na direção de um novo barbarismo” (NETTO, 2012, p. 15), uma vez que “a ordem do capital esgotou completamente as suas potencialidades progressistas, constituindo-se, contemporaneamente, em vetor de travagem e reversão de todas as conquistas civilizatórias” (2010, p. 23).

As bases da política neoliberal de interesse do capital reforçam a ideia de que estão “bem representadas pelo ultraliberalismo econômico que propõe a privatização do patrimônio estatal, promovendo o entreguismo, o desinvestimento em ciência e tecnologia, a exclusão social e a devastação ambiental” (SOUSA, PAIM, TEIXEIRA, et. al., 2019, p. 2787). Embora essa tendência seja considerada como nefasta, Netto aponta que,

Independentemente da viabilidade política de longo prazo desse projeto, há que constatar que ele conquistou, enquanto satanização do Estado, uma ponderável hegemonia: desenvolveu-se, a partir dele, uma “cultura política” anti-estatal – e ela não tem sido estranha às relações contemporâneas entre Estado e sociedade civil nem a certas formulações políticas que, renovando velhos equívocos anarquistas, pretendem-se “de esquerda” (2010, p. 20).

O Estado para Marx “é, essencialmente, uma expressão e um instrumento de reprodução dos interesses das classes dominantes [...]” (2010, p. 22). Consubstancialmente, as classes dominantes, denominadas por Marx como classe burguesa, se estruturam como uma sociedade burguesa e dela se consolida uma sociabilidade capitalista, na qual o capital é o seu grande administrador e o Estado o seu pertencente (2011). Diante da ação desse projeto de sociabilidade, Mascaro

sumaria:

O capital segue com o controle do poder, suas formas balizam a sociabilidade, a estrutura da exploração é capitalista, então, o que eventualmente se venha a ganhar na estrutura do bem-estar social reformista rapidamente se perde (2015, p. 23).

A hegemonia capitalista reproduz o que Netto chama de corporificação de estratégias do grande capital para a “redução do Estado”, ou seja, a implementação do “processo de “ajuste”, que visa a diminuir o ônus do capital no esquema geral de reprodução da força de trabalho (e das condições gerais da reprodução capitalista)” (2010, p. 19). Nesse sentido, o Estado burguês preconiza “a diminuição da sua ação reguladora, especialmente o encolhimento de suas “funções legitimadoras”, com a retirada das coberturas sociais públicas e o corte nos direitos sociais” (2010, p. 19).

Em suma, “a desqualificação do Estado tem sido, como é notório, a pedra-de-toque do privatismo da ideologia neoliberal: a defesa do “Estado mínimo” pretende, fundamentalmente, “o Estado máximo para o capital” (NETTO, 2012, p. 13) e suas ações se constituem “por meio da implantação de um programa autoritário e antipopular, condizente com os interesses do capital financeiro e rentista” (MOTA E RODRIGUES, 2020, p. 205). Como bem sinalizou Netto:

É a composição de estratégias das corporações imperialistas em conjunto com o grande capital que implementam a erosão das regulações estatais visando claramente à liquidação de direitos sociais, ao assalto ao patrimônio e ao fundo públicos, com a “desregulamentação” sendo apresentada como “modernização” que valoriza a “sociedade civil”, liberando-a da tutela do “Estado protetor” – e há lugar, nessa construção ideológica, para a defesa da “liberdade”, da “cidadania” e da “democracia” (2010, p. 20).

A rearticulação do conservadorismo atual, segundo Escorim Netto, apresenta-se como uma onda que obtém traços de um “conservadorismo contemporâneo que deita raízes no conservadorismo clássico” (2011, p. 16), este que, segundo a autora, vem chegando a “ganhar um fôlego aparentemente assombroso” (ESCORIM NETTO, 2011, p. 16). Parafrazeando Mota e Rodrigues:

Legitimados moralmente, os prepostos da burguesia se tornam os guardiões pelo Brasil na postulação de diretrizes ultraneoliberais para arrumar a casa: desregulamentar e flexibilizar a legislação do trabalho, desmontar as políticas sociais, abrir e escancarar a economia e as riquezas nacionais ao capital internacional, privatizar as empresas estatais, desmontar a Previdência Social, desqualificar os servidores e os serviços públicos, destruir a educação

superior e cortar gastos de setores públicos essenciais. Para isso, precisam contrarreformar o Estado, alquebrar as ideologias do trabalho, as conquistas libertárias e os embriões de emancipação humana, ressignificando seus conteúdos em prol de outra direção política e moral, como é o caso do combate à corrupção, da fetichização do judiciário, da cristianização e militarização do poder e da redução do Estado, entre outros (2020, p. 205).

Mota e Rodrigues analisam essas questões e medidas como o mais profundo avanço “na adoção de um extremado conservadorismo reacionário, antidemocrático e intolerante” no país (2020, p. 205). Nas palavras de Peixoto e Barroso, “o cenário contemporâneo brasileiro é permeado por contrarreformas e consequente desmonte das políticas públicas. Este fato restringe, limita e dificulta o acesso dos cidadãos aos direitos sociais, aumenta as desigualdades sociais e violações de direitos” (2019, p. 91) sobretudo nos campos da saúde e saúde mental.

Segundo Menezes, Moretti e Reis, os efeitos das “reformas” sobre a saúde da população somam-se a resultados negativos “e já puderam ser identificados nos primeiros cem dias do governo atual” (2019, p. 67).

Por exemplo, a perda de 8,5 mil médicos cubanos do Programa Mais Médicos, que atendiam a cerca de 30 milhões de brasileiros, em 2,9 mil municípios e em aldeias indígenas, e a desistência de mais de mil médicos brasileiros que chegaram a ocupar essas vagas (cerca de 15% do total de vagas), deixando a população desassistida (MENEZES, MORETTI, REIS, 2019, p. 67).

Esse cenário apresenta um quadro de alterações no processo de investimento na política de saúde com a retomada de um projeto extremamente eivado de uma lógica em que todo “sistema de proteção social deve se ajustar à lógica econômica concorrencial” (MENEZES, MORETTI, REIS, 2019, p. 67).

Em 2019, o cenário constitui-se em imagem quase invertida do período anterior. Valores democráticos já não são tão apreciados por grandes parcelas da sociedade brasileira. Observam-se posturas de valorização do autoritarismo e da necessidade de restrição aos direitos. Tudo isso potencializado por discursos de ódio, intolerância e defesa do que Weffort já denominava de apartheid social. Assim, as políticas sociais são cada vez mais vistas como bens de consumo (BISPO JÚNIOR, MORAIS, 2020, p. 2).

Nas palavras de Bispo Júnior e Moraes, o atual governo “mostra-se desfavorável à consolidação do SUS [...]. O momento atual é o de maior afronta ao ideário do SUS e de iniciativas mais consistentes para desestruturá-lo desde a proclamação da Constituição, em 1988” (2020, p. 2).

Diante disso, emergiram organizações de segmentos sociais preocupados principalmente com as medidas e propostas desse governo. A 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento realizado nos dias 4 e 7 de agosto de 2019, em Brasília – DF, com o tema “Democracia e Saúde”, buscou, por meio de eixos temáticos, elevar o debate sobre Saúde como direito, Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)³⁴.

A conferência foi uma das estratégias de enfrentamento e reforço da política do SUS a partir da participação social. Como disseram Bispo Júnior e Moraes: “em contextos de fortalecimento de valores liberais e individualistas, os direitos sociais estão sempre ameaçados. Daí a importância do presente eixo temático” (2020, p. 3). Nesse mesmo seguimento de análise, Sousa, Paim, Teixeira, et al. afirmam:

No contexto de crise econômica, social e política em que se encontra o Brasil, não há dúvidas de que são enormes os desafios da luta pelo direito à saúde no país. Para enfrentá-los, é preciso analisar criteriosamente a história, o momento presente e as tendências que se anunciam. Esse esforço analítico deve ser empreendido em debates públicos e diversificados, que enriqueçam a participação social e a compreensão da realidade, de modo a produzir acordos e consensos que contribuam para mobilização e atuação estratégica das forças sociais comprometidas com a defesa da saúde e do SUS (2019, p. 2784).

Diante do compromisso com o imperialismo americano, o Brasil anuncia tendências de um Estado desprovido de políticas públicas no debate sobre a universalização no campo da proteção social, para assumir políticas cada vez mais focalizadas no caráter de política gerencial e segregadora. Parafraseando Bispo Júnior e Moraes:

O debate internacional sobre as concepções de universalidade tem se acentuado e ganhado novos contornos nos últimos anos. Intensificaram-se as críticas aos sistemas universais e passou-se a difundir a ideia da cobertura universal de saúde (universal health coverage – UHC). Embora sejam termos parecidos, a proposta da cobertura universal alinha-se à ideia de pacote limitado de serviços e com o acesso por meio de seguros de saúde (2020, p. 3).

³⁴ Para subsidiar os debates da 16ª CNS, o Conselho Nacional de Saúde lançou um Documento Orientador, que retoma o tema central – Democracia e Saúde – da histórica 8ª Conferência, realizada em 1986. Ressalte-se que esse documento não apenas retoma os temas, mas os atualiza, denunciando medidas que impactam negativamente as políticas sociais, como é o caso do congelamento dos recursos públicos para a saúde por 20 anos, determinado pela Emenda Constitucional nº 95 (EC-95) de 2016 (SOUSA, PAIM, TEIXEIRA, et. al., 2019, p. 2784).

Trata-se de um governo que preconiza e busca garantir um Estado que transforma o financiamento dos serviços públicos para o setor privado como exceção em regra e, para isso, emprega o conceito de universalismo na saúde como uma política de ofensiva neoliberal com uma nova proposta: “um pacote mínimo que limita o direito à saúde e compromete a integralidade [do SUS]” (BISPO JÚNIOR, MORAIS, 2020, p. 3). Ainda nas análises dos autores:

A concepção de direito é substituída pelo mecanismo da proteção financeira. Trata-se de uma lógica restritiva, medicalizante, assistencial e com motivação econômica. A proposta de UHC pode representar um retrocesso para países que têm a saúde como direito de cidadania e possuem sistemas universais (BISPO JÚNIOR, MORAIS, 2020, p. 3).

As novas propostas do atual governo para as políticas de saúde, com base nas forças pró-mercado, induzem, segundo Bispo Júnior e Moraes, à “privatização da prestação de serviços, concorrência entre os prestadores, limitação do acesso aos serviços especializados e compartilhamento de custos. Esse último pode representar a cobrança de serviços no SUS” (BISPO JÚNIOR, MORAIS, 2020, p. 4).

Em suma, o pacote de medidas ofertado pelo atual governo restringe toda e qualquer acessibilidade às políticas de proteção social orientadas aos princípios de justiça social. E é nesse movimento de ataques à democracia e ao SUS que os movimentos sociais, sobretudo os da saúde mental, apreenderam a tendência de medidas que consolidaram as contrarreformas no campo das políticas sociais públicas, inclusive nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Para que os interesses fossem atendidos, o governo, em conjunto com os representantes higienistas, configurou uma tendência na saúde mental como o ápice do desenvolvimento de uma crescente articulação político-institucional, cuja dinâmica contempla a retomada de concepções higienistas, de retrocessos das ações e abrangência na prestação dos serviços, bem como mudanças na reestruturação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Em um contexto político tão controverso, Almeida sintetiza que, “quando se desvelam as cifras e as prioridades atuais, se percebe mais rapidamente o quanto o modelo de atenção psicossocial, antimanicomial e territorializado é o que está sob franca ameaça” (2019, p. 4494). Nesse sentido, elucida:

Os novos documentos continuam se referindo a um “modelo de atenção psicossocial”, levando a crer que há uma “nova reforma psiquiátrica”. Isso exige, por parte dos analistas, o cuidado de seguir o aforisma de que “o diabo mora nos detalhes” para destrinchar o que está por trás dos nomes. A “nova reforma” é um resgate de peças do antiquário anterior à RPB (ALMEIDA, 2019, p. 4494).

Com fortes intenções, setores que vislumbram a mercadorização de vidas humanas, em conjunto com o governo recém-empossado, assumem, de fato, a desconstrução da luta histórica das conquistas da luta antimanicomial promulgadas na Reforma Psiquiátrica. Questionando as diretrizes da política da Reforma Psiquiátrica, o grupo alega e propõe um outro modelo de serviços, esses que, segundo Cruz, Gonçalves e Delgado, confrontam diretamente “a efetividade do modelo em vigor até 2017 e a direção de uma política pautada no cuidado comunitário”, [e que, ao contrário] afirmam a necessidade de aumento do número de leitos psiquiátricos e repudiam a ideia de fechar hospitais” (2020, p. 11).

O campo da saúde mental tem como enfrentamento uma onda que podemos chamar de “onda conservadora”, cujo projeto societário desqualifica, demoniza e provoca a mais profunda barbarização da nossa vida social. Essa “onda conservadora”, se propagou no campo da saúde mental a partir de um movimento de forças que tem atuado explicitamente a favor da contenção de direitos garantidos desde a Constituição de 1988. Decorrente disso, acelera-se o processo de mudanças e alterações nas diretrizes da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

A partir do Decreto 9.674 de 02 de janeiro de 2019 é criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas que possui 3 (três) departamentos: de Articulação e Projetos Estratégicos; de Planejamento e Avaliação; e de Prevenção, Cuidados e Reinserção Social onde estão vinculadas as Comunidades Terapêuticas. Em 25 de janeiro de 2019, Quirino Cordeiro Júnior, coordenador geral da área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde, foi nomeado para assumir a referida pasta no Ministério da Cidadania. Esse fato materializa a cisão da política de saúde mental X política de álcool e outras drogas (GUIMARÃES, ROSA, 2019, p. 129).

O primeiro passo foi dado para a reabertura, o fortalecimento e a retomada do modelo hospitalar, ancorado em práticas religiosas e numa intensiva política de guerra às drogas. Nas palavras de Nunes, Lima Júnior, et. al., “com a mudança na correlação de forças políticas no âmbito do Governo Federal, esses interesses ganharam expressão, poder e ênfase na agenda da política oficial do Ministério da Saúde” (2019, p. 4493).

A política contrarreformista de Bolsonaro tem o seu ápice de barbaridade no dia 4 de fevereiro de 2019, a partir da divulgação da Nota Técnica n. 11/2019, que o governo apresentou como uma “nova” proposta, com o objetivo de justificar e legalizar as mudanças na orientação dos serviços sociais na saúde mental. Nesse sentido, é relevante ressaltar que,

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2019, p. 2).

A Nota Técnica n. 11/2019, intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas” (LIMA, 2019, p. 2), foi emitida pelo conjunto do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretária de Atenção à Saúde e do Ministério da Saúde por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD), que a assinou e publicou. A Nota Técnica nº 11/2019 preconiza que

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque [sic] se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2019).

Os serviços diversificados a que a Nota se refere são os ambulatoriais, as comunidades terapêuticas, a inclusão dos hospitais psiquiátricos e o retorno do tratamento por meio de “terapias” com uso de eletrochoques. O Ministério da Saúde introduz esses serviços como novas diretrizes e como referências de tratamento na saúde mental com bases no discurso de que, em alguns casos, é necessário o procedimento de internação para a contenção de crises (BRASIL, 2019). Para sustentar essa decisão, a Nota reforça que

não há mais por que se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum serviço substitui outro”. Soma-se a isso a possibilidade de que os recursos oriundos de altas ou fechamento de unidades hospitalares sejam reaplicados na própria rede hospitalar psiquiátrica, ao invés de serem destinados a serviços comunitários, como ocorria até 2016 (LIMA, 2019, p. 2).

Em suma, na Nota, o Ministério da Saúde afirma que não apoiará o fechamento de tais serviços, primeiro porque o conceito de desinstitucionalização não será mais o fechamento de leitos ou de hospitais psiquiátricos e, segundo, porque esses serviços não oferecem concorrência com os serviços considerados substitutivos e preconizados na lei da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, como os Caps. E reafirma que o órgão passará “a incentivar, inclusive financeiramente, a abertura e fortalecimento de tais Serviços, com o objetivo de dar conta da grande demanda reprimida para tratamento comunitário em Saúde Mental no país” (BRASIL, 2019).

Sobre os leitos hospitalares, a Nota Técnica justifica que existe um déficit de leitos em Hospitais Gerais e para a resolutividade dessa emergência os hospitais psiquiátricos passam a ser subfinanciados para atender a tal demanda, com a preocupação de tratar as pessoas em situação de crise que possam oferecer riscos para si ou para terceiros (BRASIL, 2019). Segundo Almeida, a Nota interrompe o modelo vigente de cuidados na saúde mental e volta a colocar o hospital psiquiátrico no centro do sistema de saúde mental. Isso resultará,

Inevitavelmente, na diminuição do acesso à atenção de qualidade, no aumento das violações dos direitos humanos e no aumento da exclusão social das pessoas com transtornos mentais. Todos os esforços de redistribuição dos recursos financeiros serão anulados, e os recursos disponíveis para serviços na comunidade certamente se tornarão cada vez mais escassos (ALMEIDA, 2019, p.4).

A criação e a expansão dos serviços ambulatoriais e serviços especializados para o tratamento de quadros menos graves são, segundo Lima, um outro ponto crítico na Nota. São uma contraproposta aos serviços já ofertados, como o “matriciamento das equipes de saúde da família e estímulo aos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), os quais possibilitam que tais casos sejam atendidos, em sua maioria, na Atenção Básica, que tem alto potencial de resolutividade” (2019, p. 3).

Outro ponto relevante da Nota é em relação ao grupo de crianças e adolescentes, com a proposta de oferecer serviços de institucionalização em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2019). Isso se contrapõe aos princípios da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, por já existir a efetivação dos serviços substitutivos na Raps, como os Caps Infantil I e II, que oferecem atendimentos diurno (segunda a sexta), e o Caps III, que oferece atendimentos diurno e noturno. Ou seja, são serviços que já asseguram tanto a assistência a esse grupo bem como os direitos de sua

proteção integral, sancionados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A Nota Técnica específica, também, o retorno ao uso dos aparelhos de Eletroconvulsoterapia (ECT), cujos subfinanciamentos de compra serão para o seu uso pelo SUS, compondo a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2019). É relevante memorizar que, na história da loucura, o Eletroconvulsoterapia (ETC) foi um instrumento utilizado por décadas como modelo de punição e tortura.

Estudiosos e profissionais da luta antimanicomial afirmam que esse aparelho e o seu uso sem restrições são invasivos. De maneira que preveem uma situação obscura, uma vez que é aparelho de alto custo e sua utilização necessita de cuidados específicos por ser considerado um procedimento cirúrgico. Como sumariou Lima: “nada justifica que o estímulo à sua aquisição generalizada pelo território brasileiro seja estratégia privilegiada pelos formuladores das políticas de saúde mental” (2019, p. 3).

No que se refere à Política de Álcool e outras Drogas, adotam-se serviços cuja concepção de tratamento é a tolerância zero às drogas³⁵, ou seja, concepção que usa a abstinência como tratamento ou a ruptura do contato com a substância psicoativa. Para isso, foram legitimados os serviços das “comunidades terapêuticas como local estratégico no “tratamento” de pessoas em consumo de SPA, desqualificando as estratégias de redução de danos” (GUIMARÃES, ROSA, 2019, p. 130).

Nessa mesma linha, Lima ressalta que as comunidades terapêuticas são a outra “estrela” da Nota, ou seja, se ancoram “ao lado do retorno do manicômio” (2019, p. 3), uma vez que são serviços de “modelo assistencial fechado e de longa permanência, frequentemente de matiz religioso e baseado na exigência de abstinência total” (LIMA, 2019, p. 3). Isto é, uma política de lógica proibicionista na contramão da Política de Redução de Danos que trabalha na lógica de empoderar a pessoa tanto em relação ao uso quanto à quantidade da substância psicoativa.

Nesse cenário, ratifica-se que a Política de saúde mental, álcool e outras drogas constitui-se uma arena de disputa, com explícitos interesses econômicos e políticos, apontando para uma correlação de forças sob hegemonia de entidades evangélicas, leia-se CT's, e médicas, na perspectiva

³⁵ Guimarães e Rosa situam que tais implicações emergiram entre os anos 2010 e 2019, quando os rumos da Reforma Psiquiátrica foram ameaçados pelo Decreto 7.179 de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, posteriormente negados pela Portaria 3.588/2017 e, agora, reafirmados pela Nota Técnica do Ministério da Saúde n. 11/2019, que gerou significativas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (2019, p. 116).

de desmonte do que foi construído pela MRPB (GUIMARÃES, ROSA, 2019, p. 131).

A avaliação de estudiosos, trabalhadores e movimentos sociais da saúde mental evidencia que as medidas estabelecidas na Nota Técnica nº 11/2019 eleva um processo de barbárie e desumanização nos serviços e cuidados dos usuários de saúde mental. Bem disse Lima:

o documento parece ignorar que foi a ênfase em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que permitiu a criação de uma gama de dispositivos – com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) –, garantindo o acesso a tratamento em liberdade e próximo ao local de moradia de usuários, com prioridade para aqueles com transtornos mentais graves e/ou egressos de longas internações (LIMA, 2019, p. 2).

Segundo o CFESS, tais medidas são retrógradas, marcam “uma forma de privatização da saúde e introduz[introduzem] entidades privadas na rede de saúde mental, álcool e outras drogas, que desenvolvem suas ações focada na segregação e retirada do indivíduo do convívio familiar e comunitário” (2019). Tais medidas demarcam, inclusive, segundo Guimaraes e Rosa, um verdadeiro sucateamento de uma política pública de direitos

pautada em uma rede ampla de serviços abertos, comunitários, territorializados, de valorização da subjetividade e diversidade e, acima de tudo, de reconhecimento da cidadania de um segmento até então silenciado, o que convoca a sociedade civil para reforçar a luta por ampliação e garantia do cuidado em liberdade e pautado nos direitos humanos (2019, p. 134).

A partir desse panorama, o que se coloca em questão é a retomada da institucionalização do sujeito no centro da política de assistência à saúde mental, a destinação de recursos públicos para a rede privada e, conseqüentemente, o desmonte da rede pública, a RAPS.

A inclusão desses serviços na Raps, conforme Nunes, Lima Júnior, et. al., remete ao que eles denominam de “Contrarreforma Psiquiátrica”, que eles também analisam a partir de três aspectos: a negação e a exclusão da participação social e do controle social na política pública; a inclusão e o reconhecimento dos hospitais psiquiátricos, que contrariam a história das reformas sanitária e psiquiátrica; e a articulação intersetorial do Ministério da Saúde com outros Ministérios “(Justiça, Desenvolvimento Social), que cria linhas de financiamento para custear serviços

privados, como as chamadas “comunidades terapêuticas” (CT), que, no Brasil, se destinam às pessoas que usam drogas” (2019, p. 4494).

A “nova” política de saúde mental é fruto do pensamento neoconservador com aproximação a uma parcela da sociedade que defende concepções higienistas com a cooptação dos direitos sociais em razão da acumulação capitalista. A “nova” política é a mais absoluta manifestação do viés “mercantilista e privatista ligado à indústria da loucura, que lucra com o confinamento das pessoas, mas também atrelado à indústria farmacêutica, que lucra com a excessiva patologização e medicalização do sofrimento mental” (NUNES, LIMA JÚNIOR, et. al., 2019, p. 4490).

A ascensão e a retomada dessas concepções neoconservadoras em benefício do grande capital financeiro apontam que a política de saúde mental retoma, em seu contexto, a disputa entre dois projetos: o público e o privado³⁶. De um lado, os serviços substitutivos que preconizam ações de desinstitucionalização do sujeito. E, de outro lado, a retomada avassaladora de serviços de inspiração organicista e regressiva que propõem a centralização de ações e serviços que alteram as diretrizes da Reforma Psiquiátrica ao negar ações e serviços

que privilegie[m] serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial, como um dispositivo de atenção integral à saúde de caráter público, gratuito, estatal e laico, na perspectiva do cuidado em liberdade, da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. A chamada “nova” política de saúde mental tem como principal objetivo atender aos interesses financeiros de proprietários de comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos (CFESS, 2019).

Nas análises de Nunes, Lima Júnior, et. al., “a mercantilização da saúde mental repete também o passado quando se investe maciçamente em instituições como as comunidades terapêuticas, que continuam a desvendar práticas de violação dos

³⁶ Embora esses projetos não sejam particularidades apenas da saúde mental, apreende-se que, no campo da saúde, “o público tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de muitas lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2009, p. 101).

“O privado é o projeto de saúde articulado com o mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento” (COSTA, 1997, apud BRAVO, 2009, p. 101).

direitos humanos, inclusive a prática de trabalhos forçados” (2019, p. 4494). Segundo os autores, “à privatização do escasso recurso público soma-se a aposta no retorno do modelo manicomial, centrado no tratamento moral e no isolamento, que nos remete ao período das doutrinas psiquiátricas de Esquirol no século XIX” (2019, p. 4494).

Ao desprover a política de saúde mental antimanicomial em função da inclusão de novos dispositivos de saúde, Lima ressalta:

não é de se surpreender que a Nota tenha provocado intensa reação de movimentos sociais, associações, conselhos profissionais, conselhos de saúde e comunidade acadêmica, todos comprometidos com os princípios da RPB (ABRASCO, 2019; COREN-SP, 2019; CFP, 2019; CREFITO2, 2019; CES-PE, 2019; GULJOR et al., 2019) (LIMA, 2019, p. 4).

O cenário se configurou em pressão popular, sobretudo das bases da luta antimanicomial. Assim, a Nota Técnica n. 11/2019 foi retirada dos meios de comunicações oficiais do Governo Federal após a enxurrada de críticas recebidas. E, “não tendo sido integralmente sustentado[a] pelo próprio ministro da Saúde atual, o documento anuncia “mudanças” que representam, na verdade, o retrocesso a um cenário que o país vem se esforçando para superar” (LIMA, 2019, p. 2). Como indicou Almeida:

Apesar de uma constante proclamação de respeito à evidência científica, o texto em que se apresenta uma nova política de saúde mental não inclui uma única referência aos inúmeros contributos surgidos, nos últimos anos, da epidemiologia psiquiátrica, da investigação de políticas e de serviços de saúde mental e da ciência de implementação, que constituem, hoje em dia, o suporte conceptual e científico das políticas de saúde mental. As mudanças propostas ignoram totalmente as evidências que provam a necessidade de basear a promoção, a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais em uma abordagem de saúde pública, sistêmica e intersetorial. Igualmente, partem da crença, hoje totalmente ultrapassada, de que se pode construir uma política de saúde mental apenas com base em uma perspectiva estritamente clínica, ignorando todo o debate atual à volta da saúde mental do futuro (2019, p. 5).

A “Nova” Política de Saúde Mental, segundo Nunes, Lima Júnior, et.al., representa a ascensão de um processo de contrarreformas na política brasileira, objetivadas por interesses contrários à consolidação de uma reforma implementada com bases na lógica antimanicomial e democrática. Em casos mais extremos de interesses mais radicais, contam, segundo os autores, “com o reaparecimento do manicômio, ou função manicômio, operando no centro do modelo de atenção e a

hegemonia do modelo biomédico, com ênfase na explicação biológica do adoecimento e nas terapêuticas correlatas” (2019, p. 4491).

Sabendo-se do poder de atração do capital e de uma política de comunicação com forte *lobbying* biopsiquiátrico nos meios de comunicação de massa, não é difícil pensar na conquista de novos adeptos, além da reconquista de parte da sociedade, que nunca deixou de associar loucura à periculosidade e à cronicidade, nem de manter com esse segmento uma relação atravessada pelo preconceito e pelo estigma. Não se descarta tampouco o magnetismo de um discurso biomedicalizador e sofisticado da psiquiatria biológica (NUNES, LIMA JÚNIOR. et. al., 2019, p. 4493).

A Nota explicita a velha reversão brutal de uma política prescrita em Lei. Pitta e Guljor sintetizam: esse documento “sacraliza “mudanças” que apenas dão substantivos passos atrás naquilo que o país vem se esforçando para superar” (2019, p. 11). Em suma, Delgado, em defesa da política antimanicomial, denomina a Nota como o reflexo do movimento da atual conjuntura:

O neoliberalismo autoritário que tomou o poder do Estado tem sustentações sólidas nas forças armadas, nas corporações de mídia, em parte da opinião pública, em parte das organizações religiosas, no judiciário, no governo dos Estados Unidos, na inflexão conservadora que domina parte do planeta neste momento (DELGADO, 2019, p. 3).

Diante desse contexto, Delgado avalia: “a resistência deve partir de uma consciência aguda do momento político” (2019, p. 3), porque as mudanças exemplificadas na Nota reforçam tanto o papel estratégico do cuidado convencional quanto a recriação de serviços considerados arcaísmos assistenciais (2019). Por isso,

Depois da defesa da democracia, combater a fragilização do SUS (o “SUS mínimo” proclamado pelo Ministro da Saúde) é tarefa da resistência. 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. A trincheira da resistência está nos serviços territoriais (DELGADO, 2019, p. 4).

Na trincheira desse movimento de resistência, além das notas de repúdios dos movimentos antimanicomial e seus aliados, foi apresentado, no plenário da Câmara dos Deputados, no dia 14 de fevereiro de 2019, dez dias após a publicação da Nota, o Requerimento de Informação (RIC) n. 103 de 2019. Segundo Cruz, Gonçalves e Delgado, esse documento, apresentado pelo deputado federal Ivan Valente, do PSOL, questionou o Ministério da Saúde em dezesseis pontos específicos da Nota n.

11/2019. Entre eles, ressaltam: a despolitização do conceito e da política de desinstitucionalização; o financiamento em serviços de comunidades terapêuticas, que fere os princípios de laicidade do Estado brasileiro; a institucionalização de crianças e adolescentes, que fere uma das maiores leis de proteção à infância, o Estatuto da Criança e do Adolescente; a supressão da participação social, como os conselhos; a falta de transparência e da publicização tanto dos dados da gestão quanto das atas do Gestor Interministerial estabelecido pela portaria Interministerial 2; e, por fim, o questionamento das “referências científicas adotadas, a autoria da nota, suas motivações, a legitimidade de quem define os parâmetros apresentados nela e o processo de debate desse documento normativo” (2019, p. 12).

Nesse mesmo segmento, Cruz, Gonçalves e Delgado sinalizam a publicação da Recomendação de n. 03, redigida pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH). No dia 14 de março de 2019, o CNDH ratificou “suspender a execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiaram a “Nova Política” (2019, p. 12). Além desses dois segmentos em defesa da Raps, os autores apontam a participação da Defensoria Pública da União (DPU), com uma Ação Civil Pública de Ilegalidade (2019).

DPU aponta a ilegalidade da Nova Política de Saúde Mental – “a Resolução n. 32/2017 e a Portaria n. 3588/2017, implementadas pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, padecem de nulidade por não observarem os procedimentos previstos no art. 1º, § 2º, da Lei n. 8.142/90 (Brasil, 1990b) e art. 14-A, I, da Lei n. 8.080/90 (Brasil, 1990a), no que concerne à prévia aprovação pelos Conselhos de Saúde”. A ação ainda aponta outras falhas e mostra que, com base nestas duas normativas, todas as seguintes pautadas nas mesmas normas também seriam “eivadas de nulidades”. Assim, a ação requer tutela de urgência para suspender a eficácia de todas as normativas (as mesmas citadas pela recomendação 03 do CNDH) (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2019, p. 12).

Por que superar e resistir? Porque mesmo com a conquista da retirada da Nota Técnica n. 11/2019, o governo atual manteve as medidas já aprovadas no governo anterior, como a Consolidação de n.º 2, 28 de setembro de 2017, que defere sobre a Consolidação das Normas das Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde, sobretudo na saúde mental, bem como a Resolução do CONAD n.º 1, de 9 de março de 2018, que define as diretrizes para o realinhamento e o fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), medidas que permanecem na contramão do que foi preconizado na Reforma Psiquiátrica antimanicomial.

Em decorrência desse realinhamento, no dia 14 de abril de 2019, o atual

governo publicou o Decreto 9.761, aprovando a nova Política Nacional Sobre Drogas. Segundo Cruz, Gonçalves e Delgado, “o retrocesso na política sobre drogas é o ponto mais sensível dessa catástrofe [...] [uma vez que] o decreto tem potencial de ampliar o estigma ao propor campanhas afirmando que o usuário de drogas financia grupos criminosos” (2019, p. 12) bem como de trazer

uma institucionalidade maior do que as resoluções e portarias que o precedem. Pretende se estabelecer enquanto política de Estado, e não apenas de governo. Coloca, definitivamente, a gestão dos recursos e administração destas ações sob os Ministérios da Cidadania e da Justiça e Segurança Pública. Tem potencial de interferir em pesquisas, formação, prevenção e cuidado relacionados ao uso de drogas. Deixa clara a concepção de tratamento sob confinamento como prioritário (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2019, p. 12).

Diante desse contexto, em 17 de maio de 2019, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) retomou a discussão sobre o tema das mudanças. Segundo Cruz, Gonçalves e Delgado, por meio da Recomendação n. 23, o CNS propôs “que o Ministério Público atue no sentido de propor a suspensão da execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida na Política Nacional de Saúde Mental” (2019, p. 12).

Os reflexos do retorno da velha política centralizada e imposta de cima para baixo sem a participação popular também teve seus efeitos no Estado de Goiás, e aqui abrimos um parêntese para explicar sobre a chamada Reforma Administrativa e a extinção da Gerência de Saúde Mental (GSM) da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, instituída a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Desde sua origem a GSM buscou garantir as bases do atendimento psicossocial às pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas, priorizando a implantação de serviços abertos, de base comunitária, territorializados e de livre circulação dos usuários, contrapondo-se ao encarceramento e institucionalização destes (CRESS-GO, 2019).

O Conselho Regional de Serviço Social – 19ª Região – Goiás (CRESS-GO), em sua nota de repúdio sobre a extinção da GSM/SES-GO, alertou para o retrocesso da política de saúde mental no Estado de Goiás.

Essa medida, além de causar irreparáveis prejuízos na estruturação e implementação da Política de Saúde Mental no Estado, evidencia uma lamentável falta de compromisso com a construção democrática da política

pública da saúde, desconsiderando todo o investimento que ao longo dos anos foi dispensado para o ordenamento desta Gerência, a qual conta com uma equipe multiprofissional qualificada que, nesse período, contribuiu de forma decisiva com os municípios na organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, Centros de Convivência e Equipes de Consultórios na Rua, para citar apenas alguns dispositivos (CRESS-GO, 2019).

É relevante ressaltar que, diante do cenário de cortes e de mudanças na política de saúde mental do Estado de Goiás, a extinção da GMS/SES-GO teve sua reversão mediante pressão popular e de representantes de conselhos profissionais. A mobilização popular, em audiência (2019) com o atual secretário estadual de saúde, Ismael Alexandrini Júnior, reivindicou o restabelecimento da Gerência Estadual de Saúde Mental no Estado de Goiás, com o compromisso de sua manutenção e a garantia de investimento nessa estrutura governamental como forma de fortalecimento dos serviços destinados às pessoas com transtornos mentais e àquelas que fazem uso e abuso de substâncias psicoativas (CRESS-GO, 2019).

A exemplo das tentativas de desmonte da gestão da saúde mental no âmbito do Estado de Goiás, cabe registrar que a organização e gestão dos estados da federação na Política de Saúde Mental são significativas, pois, no desenho que configura o papel atribuído entre os três entes federativos, o estado

torna-se fundamental na formulação e adaptação regional da política, na construção de uma rede substitutiva de serviços, na coordenação das ações no território, no combate às desigualdades e na melhoria das condições locais com fortalecimento da capacidade institucional nos municípios, principalmente naquelas regiões onde existem verdadeiros vazios assistenciais. O desenho da política nacional de saúde mental também privilegiou a municipalização dos serviços substitutivos, seguindo a descentralização da saúde em geral (SIMON, BAPTISTA, 2011, p. 2228).

Para as autoras, a importância dos estados para o desenvolvimento territorial da política nos municípios repousa na articulação para o desenvolvimento e a manutenção da política de saúde mental em todo o território nacional. Para isso, destacam-se normativas que foram configuradas a partir das seguintes deliberações:

Deliberação CIB nº. 022/2009, de Santa Catarina, que aprova recursos de cofinanciamento da atenção básica para apoiar novos CAPS e CAPS microrregionais; a Deliberação CIB nº. 023/2009, de Santa Catarina, que instituiu incentivo financeiro estadual aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para municípios impossibilitados de cumprir os requisitos do Ministério da Saúde; o Decreto nº. 12.573/2008, do Ministério da Saúde, sobre repasse de recursos do fundo estadual de saúde aos fundos municipais

de saúde para a implementação de novos CAPS e adequação dos existentes. Tais documentos sugerem o esforço que os estados envolvidos na política de saúde mental fazem para que se garantam mecanismos de pactuação de compromissos, adotem-se arranjos de gestão regional e fortaleçam-se os municípios na gestão e prestação de serviços, principalmente por meio de apoio financeiro (SIMON, BAPTISTA, 2011, p. 2035).

O apoio financeiro, por meio da distribuição dos recursos financeiros das secretarias estaduais aos municípios, é uma forma de garantir o planejamento e a articulação no processo de regionalização dos serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos por novos serviços de propriedade estatal municipal de acessibilidade e porta de entrada na assistência psiquiátrica, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entretanto, as autoras ressaltam que

A função de financiamento é a mais frágil de todas, comprometendo qualquer projeto de mudança mais contundente no desenho do modelo assistencial. A saúde mental encontra dificuldades importantes para garantir incentivos e recursos novos no contexto do SUS. A análise do papel dos estados permite inferir que a superação dos desafios relacionados ao processo de condução estadual da política de saúde mental depende da articulação entre governo federal, estados e municípios na elaboração de políticas que atendam à especificidade de cada região, macro ou micro, e da promoção de um planejamento ascendente e participativo (SIMON, BAPTISTA, 2011, p. 2239).

Na defesa da luta antimanicomial, das diretrizes da Reforma Psiquiátrica de serviços públicos, igualitários, laicos e de humanização, encontram-se grupos incansáveis na linha de frente de contestação dos modelos de serviços geridos e defendidos pelo atual governo. Esse grupo é composto pela participação social dos conselhos profissionais e da sociedade civil (profissionais, usuários e familiares, órgãos competentes, pesquisadores(as), acadêmicos(as), representantes governamentais e de diferentes conselhos profissionais, como o de Serviço Social, de Psicologia, Enfermagem, do Ministério Público e da sociedade civil). Esse grupo possui o direito de participação social no debate e na deliberação sobre as políticas sobre drogas, decretado pelo Conad em 2006. Entretanto, em 2019, a participação social dos Conselhos profissionais e da sociedade civil (grupo já descrito) foi retirado do espaço de debate do Conad a partir do Decreto Presidencial de nº 9.926/2019, que compôs o Conad majoritariamente por integrantes governamentais. Como sumariou Cruz, Gonçalves e Delgado:

Podemos avaliar as mudanças na PNSM por seu conteúdo e pela forma que estão sendo implementadas. Em termos de conteúdo, elas representam a

antítese do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica brasileira, sedimentado em seus 35 anos de existência [...]. Tomando a questão da forma de implementação, sem qualquer debate com os profissionais e pesquisadores do campo da atenção psicossocial, ignorando instâncias legais, como o CNS, as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas [...], e toda a legislação nacional e internacional que ampara o modelo da reforma, entendemos que o que vem sendo designado pelo governo como 'nova' PNSM está sendo imposto sem nenhuma legitimidade social e política nem qualquer sustentação legal (2019, p. 15).

O projeto político ultraconservador, segundo Lima, “coloca em risco a sobrevivência do Sistema Único de Saúde, assim como a de todo o frágil Estado de bem-estar social construído nos últimos anos e, no limite, da própria democracia. Todo cuidado é pouco” (2019, p. 4). Assim, diante desse desafio, tem-se que, na política de saúde mental, o “fantasma do retorno dos hospícios é só a ponta do iceberg de toda uma cultura manicomial que ainda resiste na sociedade brasileira, e cuja desconstrução é trabalho para mais algumas gerações” (LIMA, 2019, p. 4).

Nas palavras de Menezes, Moretti e Reis sobre os projetos apresentados até agora pelo atual governo: eles remetem ao passado, “quando a política social não era praticada de modo a efetivar direitos, mas para manter a dependência de caridade e da lógica individual de acesso pelo mercado, mediado pelo poder aquisitivo de cada um” (2019, p. 68). Nesse sentido, os autores ressaltam:

E aí, invertendo a imagem produzida pela propaganda oficial, só nos resta combater o admirável mundo velho, travestido de novo, no qual o orçamento público, livre de obrigações e vinculações sociais, serve apenas à naturalização da exclusão e para atender aos interesses do mercado (MENEZES, MORETTI, 2019, p. 68).

Diante disso, cabe ressaltar as condições históricas extremamente excepcionais em que o presente trabalho é elaborado: trata-se da deflagração da emergência sanitária, no cenário mundial, com o surgimento e propagação de uma pandemia, a do Coronavírus, que causa uma doença infecciosa, a COVID-19. Um vírus que nunca tinha sido detectado em humanos.

O que evidencia, para além dos dados mundiais com o número exponencial de contágios e mortes em diversos países, inclusive no Brasil, a propagação da lógica perversa do atual governo brasileiro. Gastão, em sua análise sobre o tema emergente, explicita “as dificuldades para o enfrentamento da Covid-19 suscitadas pelo discurso e pelas ações defendidas por parte do governo federal, em contraste com os governantes de países que obtiveram resultados eficazes no controle da pandemia”

(2020, p. 1). Essa lógica perversa desse atual governo é ressaltada pela sua defesa da economia e do emprego, pregando a supressão de toda e qualquer forma de isolamento social; pela defesa do controle da doença por meio do contágio em massa, mesmo que haja um número alto de pessoas que possam vir a óbito; pela defesa de uma política anticientífica e contra a política de enfrentamento da pandemia desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e seus respectivos estados, municípios, e sociedade em geral; pela paralisação do Ministério da Saúde, com diversas mudanças de nomeações de ministros para o cargo, vez que não autoriza o exercício do papel que lhes caberia como gestor federal do SUS bem como “de coordenação do esforço para controlar a epidemia. Ao revés, dificulta repasses orçamentários para a rede de estados e municípios, não auxilia a aquisição de testes e equipamentos, por vezes atrapalha, além de enfraquecer as diretrizes para o isolamento social” (2020, p. 4). Enfim, a transparência que o atual governo demonstra é a da sua posição negacionista em relação à situação de crise sanitária e pandêmica.

Estas contradições entre os discursos do Presidente e demais autoridades estaduais, municipais e da Organização Mundial de Saúde (OMS) criaram um clima de insegurança sanitária que pode provocar efeitos negativos na saúde mental da população, com a antecipação de preocupações e incerteza do prognóstico da pandemia (MACHADO, ALVES, 2020, p. 6).

O Relatório apresentado pela Rede CoVida Ciência, Informação e Solidariedade, cujo tema “Epidemia da COVID-19 no Brasil: potencial impacto na saúde mental” analisa como a pandemia vem influenciando a saúde mental, sobretudo em relação às múltiplas mazelas da questão social.

Sabe-se que a medida de distanciamento social é fundamental para evitar a sequência de infecção entre indivíduos infectados da população não afetada. No entanto, para ser eficaz, essa medida deve ser seguida pela população e complementada com políticas que possibilitem as pessoas a ficarem em casa, incluindo apoio socioeconômico, proteção para aqueles em risco de violência doméstica e atenção em saúde mental para aqueles que precisam, principalmente no contexto do Brasil em que as pessoas vivenciam os mais diversos contextos sociais e econômicos (MACHADO, ALVES, et.al., 2020, p. 7).

No relatório, apontam-se as novas medidas adotadas pela Rede Raps para o atendimento da população usuária e em geral. Dentre elas, estão “as linhas de apoio, videoconferência com psicoterapeutas, ações de intervenção em crises psicológicas e grupos on-line” (MACHADO, ALVES, et.al., 2020, p.16). No entanto, embora os

serviços oferecidos pela Raps busquem adequar os novos modelos de serviços remotos, há uma preocupação em relação à sua acessibilidade, dado que o modelo “conta com meios de comunicação celular e a internet pode ser um fator limitador para os grupos mais vulneráveis da população” (2020, p. 16).

É preciso considerar o contexto sociocultural, onde estes materiais estão sendo produzidos, bem como a disponibilidade de recursos, que varia bastante conforme a região brasileira. Muitos municípios brasileiros não contam com qualquer cobertura de assistência em Saúde Mental, mesmo antes do surto da COVID-19 (MACHADO, ALVES, et. al., 2020, p. 16).

Nesse momento, a questão saúde e a emergência sanitária deflagrada com a pandemia requerem muita reflexão coletiva em defesa da luta antimanicomial, da Seguridade Social, sobretudo da política do SUS. Como sintetizou o documento do CFESS – “Manifesto pelo Dia Mundial da Saúde: em defesa do SUS e da seguridade social”.

“Nas décadas de neoliberalismo, temos visto o capital lançar mão de diversas medidas, para seu salvamento e retomada de lucratividade, usando o Estado como seu agente, ao mesmo tempo em que defende a desresponsabilização estatal no campo das políticas sociais. As saídas buscadas agora não seriam diferentes e precisamos de mobilização para barrar políticas que colocam lucros acima da preservação de vidas e explicitar as contradições do modo desigual como nossa sociedade se organiza” (2020).

Indubitavelmente, a política desenvolvida pelo atual governo veio demonstrar o que Netto assinalou como expressão do capitalismo e da barbárie contemporânea. Segundo ele, a “conjunção “globalização”/”neoliberalismo” veio para demonstrar aos desavisados que o capital não tem nenhum “compromisso social” – o seu esforço para romper com qualquer regulação política democrática, extramercado, da economia tem sido coroado de êxito” (2012, p. 207). Em decorrência disso, “todas as indicações sugerem que o tardo capitalismo oferecerá respostas predominantemente regressivas, operando na direção de um novo barbarismo, de que as formas contemporâneas de *apartheid* social são já suficientemente nítidas” (NETTO, 2012, p. 210). O que se opera atualmente é a “articulação orgânica de repressão às “classes perigosas” e a assistencialização minimalista das políticas sociais dirigidas ao enfrentamento da “questão social” constitui uma das faces contemporâneas mais evidentes da barbárie atual” (2012, p. 429).

É esse um momento de resistência como movimento social e de classe para

lutar em defesa de uma política transparente, de políticas públicas e sociais que assegurem projetos de abrangência universal e humanizada, ações e serviços ancorados nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, na preconização de serviços desinstitucionalizados e de territorialização, sobretudo de modo incansável no desvelamento de concepções com vocações mediadoras para políticas de regressões civilizatórias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reconstrução do processo de desenvolvimento da saúde mental, suas implicações e tendências sócio-históricas desenvolvidas nesta dissertação demonstraram a retomada de um contexto de regressividade face às conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, com tendência à higienização, patologização e mercadorização de vidas humanas.

A política de saúde mental de caráter público implementada no Brasil teve o seu ápice de desenvolvimento enquanto política de proteção social e garantidora de direitos sociais ao se constituir em política de ampla rede de serviços de atenção psicossocial em todo território nacional com diversas modalidades. Construiu-se, por um determinado tempo-histórico, um projeto de serviços ancorado nos princípios éticos, humanizados, territorializados, na construção da liberdade e no processo de substituição e desconstrução de serviços de segmentos arcaicos e hospitalares.

A assistência à saúde mental pública e a criação de novos serviços considerados comunitários sofrem, em um pequeno tempo-espço, ataques às suas referências, aos seus avanços, sobretudo nas questões de direitos e seu processo sócio-histórico civilizatório. Após 30 anos de conquistas de políticas de saúde, o SUS e a saúde mental enfrentam a inversão tanto de sua lógica como da política de proteção social, com a perda de financiamentos e retração na cobertura de serviços que compõem a rede psicossocial.

Os estudos empreendidos no mestrado apontam que há uma massa crítica envolvida com a produção científica que tanto busca fortalecer a existência e o progresso de uma política social que provocou uma profunda transformação no sistema nacional de saúde mental como contribui para desvelar o processo que circunscreveu a retomada de uma onda conservadora no centro da sociedade burguesa e o domínio econômico do grande capital. Nas palavras de Mészáros, à construção histórica de bases para a manutenção de poder estão interligadas nas formações estatais como aparelhos de manutenção e fortalecimento de autoexpansão do sistema, esses que se tornam “um ato suicida para a humanidade” (MÉSZÁROS, 2015, p. 16).

Com a crise do capitalismo contemporâneo em consonância com o projeto neoliberal e, atualmente, ultraliberal, atacam-se os avanços civilizatórios, desmontam-se e negam-se políticas de intervenção pública, contrapondo-se a qualquer avanço

que seja democrático, mesmo que seja em uma democracia capitalista. Nakatani, em seu artigo “O capitalismo em crise: reforma ou revolução?”, afirma que esse movimento é a ascensão de uma ideologia com postura mais radicalizada, cuja proposta é alimentar uma política que visa aos interesses das “unidades particulares mais internacionalizadas e financeirizadas do capitalismo mundial” (2020, p. 41). Essa radicalização na execução de políticas de ajuste neoliberal desencadeia, segundo o autor, um enorme retrocesso social pelo estágio atual de destruição das condições de reprodução dos recursos naturais e devido ao contexto atual: “as frações dirigentes, em quase todos os países, não têm mais nenhuma proposta de medidas de políticas econômicas, sociais ou qualquer outra proposta para solucionarem todos esses problemas em escala mundial” (NAKATANI, 2020, p. 46).

Nessa direção, a pesquisa realizada revelou, como elemento relevante para compreensão da realidade, o processo de regressividade institucional e estrutural atual nas políticas sociais, sobretudo em mecanismos que projetam e elencam diversos desafios à descontinuidade de um processo que visa como marco legal a Lei da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, a investigação também revelou com mais clareza e assegurou o que Mészáros já anunciava em suas análises:

Em nossas sociedades, a base casualmente determinante da violência é a ordem sócio metabólica do *próprio sistema do capital*. O Estado, com certeza, é parte *integrante* desse sistema como um modo de controle socio metabólico, e funciona como o agente ativo tanto da *lei do Estado* como da *ilegalidade do Estado* a serviço da manutenção geral da ordem socio metabólica estabelecida (2015, p. 59 – grifos do autor).

Pelo estudo sistemático sobre o Brasil e os sucessivos golpes que constituem a sua história política, os avanços dos espaços institucionais alocados na lógica de patologização, na segregação social e medicamentosa constituem um terreno fértil para a manifestação mais profunda do pensamento neoconservador. E a pesquisa verificou que a política do atual governo demonstra ser o epicentro desse movimento regressivo, exacerbando a mais profunda conceitualização de sistema e regime político no qual o poder do estado burguês se “constitui na ajuda extraeconômica por excelência para evitar que o capital se auto-arruíne em meio às suas crises e ao seu afã por lucros” (PEREIRA, 2020, p. 13). Seguindo esse raciocínio sobre o Estado, Mészáros sumariza:

O desafio de hoje exige uma crítica radical dos termos de referência fundamentais do Estado, uma vez que a modalidade historicamente

estabelecida de *tomada de decisão global* afeta mais ou menos diretamente a *totalidade* das funções reprodutivas da sociedade, desde os processos produtivos materiais elementares até os domínios culturais mais mediados (MÉSZÁRIOS, 2015, p. 16 – grifos do autor).

Apreendeu-se, na investigação, que vigora no país uma gestão política que não é pautada nas evidências científicas e que, por isso, vivemos perigosamente às beiras da infâmia e do desrespeito aos direitos civis, políticos e sociais. As análises desenvolvidas na dissertação enfatizaram a retomada da lógica manicomial e a sua função social demarcada na atual conjuntura histórica do país a partir do processo de (re) configuração dos marcos políticos, históricos, legais, culturais e epistemológicos da luta antimanicomial na sociedade brasileira, sobretudo nos marcos da “Nova Política de Saúde Mental” inscrita na Nota Técnica nº 11/2019.

A Nota Técnica nº 11/2019 subsidiou e sistematizou a lógica de projeção do novo cenário de mudanças e as estratégias nas políticas públicas que o atual Governo vem implantando no país. Os pontos elencados como críticos e polêmicos nela descritos denotam-se, primeiramente, pela terminologia “técnica” - e é relevante retomar essa análise vez que todo esse processo de alteração e de mudanças na política pública de saúde mental ocorreu no mesmo tempo em que ocorriam a construção e a produção desta dissertação. Nesse sentido mais preciso, elenca-se o debate sobre a terminologia “técnica” da Nota. Segundo autores e os movimentos contestatórios da luta antimanicomial, o termo é o paradoxo, pois é uma forma que os idealizadores pró-mercado encontraram para autorreivindicar uma cientificidade e tecnologia na proposta apresentada.

Os princípios da Nota tomam distância de qualquer aproximação com o que foi plasmado nas já limitadas conquistas constitucionais e sua regulamentação subsequente relativas à política de saúde mental e aos princípios ancorados nos movimentos das reformas psiquiátrica e sanitária. É um movimento que busca reivindicar, retomar os antigos acordos em função do grande capital e seus contingentes.

Um outro ponto que a pesquisa desvelou foi a influência da orientação da lógica regressiva neoconservadora na política de saúde mental, utilizando-se e apoiando-se no cenário histórico-político e econômico extremamente instável, que instaura, no país, concepções e ideologizações de um extremismo e um fundamentalismo religioso exacerbados. Assim, esses dois contingentes consubstanciam o movimento com

projeção do novo cenário de mudanças com adoção de políticas regidas por uma verdadeira vaga de regressões civilizatórias a partir de um traço forte do moralismo subsidiado em concepções do conservadorismo.

Em suma, a Nota contradiz a construção de uma política pública que foi conquistada coletivamente no Brasil, propondo a retomada de uma política centralizada, de cima para baixo, sem a participação social, ferindo a prerrogativa de controle social, robusta em ideologias e convicções, centralizando os serviços e o financiamento em instituições hospitalocêntricas, medicamentosas, e de instâncias de evangelização como projeto terapêutico, como os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, instrumentos do conjunto do Estado Federativo e do setor privado. Recoloca em prática o estigma e a periculosidade da doença mental e uma assistência ancorada em serviços de isolamento social, de violação aos direitos humanos, com cerceamento da liberdade, chegando, em alguns casos, até à mortalidade.

Nessa tendência, que nada tem de “nova política”, mas de regressividade, reforçam-se os traços característicos da “*realidade do Estado* como parte integrante do sistema do capital” (MÉSZÁROS, 2015, p. 59 -grifos do autor). Nas palavras de Pereira, “a idealizada sociedade de mercado nunca existiu de forma [tão] pura” (2020, p. 12), dado que o Estado que não viabiliza políticas públicas induz à privatização e à terceirização dos serviços públicos, sobretudo na saúde mental, potencializando a visão de que a saúde mental é a mercadorização de vidas humanas e contingentes de pessoas “descartáveis” para o mercado de trabalho, o que beneficia os interesses e a lucratividade de grupos como as chamadas Comunidades Terapêuticas. Diante disso, Resende sinaliza:

Uma diferença em desfavor dos alienados mentais: estes processos serão, a partir de um certo momento, referendados pela ciência; o sequestro será indicação clínica; o trabalho, uma imposição terapêutica; a presença de um número desproporcional de representantes das classes populares e de certos grupos técnicos na população dos hospícios se justificará como taras hereditárias e tendências naturais desses grupos a determinados distúrbios mentais e à sociedade (2001, p. 36).

Um outro ponto relevante se acerca do período de desgoverno de Temer: foi a partir de seu governo que houve uma abertura significativa para a política dos setores privados e para ascensão da extrema direita no país. Com o apoio do grande capital e seus contingentes no mercado, foram implantadas, nas políticas de saúde, no SUS

e na Saúde Mental, medidas e ações que provocaram desastrosos impactos nos direitos e acessos às políticas públicas. Dentre elas destacam-se: a Resolução Conad nº 1/2015, a PEC nº 241/2016, a Ec. nº 95/2016 e, posteriormente, as Portarias de Consolidação de nº 2/2017 e a nova Resolução Conad nº 1/2018. Expressivas nas alterações e mudanças nas políticas públicas, representam ações legitimadoras que conduziram o redesenho da atual política social de saúde mental no país. No estudo, a hipótese demonstra-se no modo como essas alterações culminam com o processo de (re)configuração da política de saúde mental e a sua regressão enquanto concepção de política de proteção social, em uma profunda contrarreforma nas bases e estrutura da luta antimanicomial e dos direitos sociais.

Mais precisamente, o Governo Temer privilegiou o processo de inconstitucionalidade, fez predominar o projeto de ajuste fiscal, preconizou a lógica da expansão das formas mais radicais de privatização e mercantilização das políticas sociais, operou intransigentemente na defesa da desfinaceirização da saúde pública pela liberação do sistema de capitalização de serviços vinculados ao capital financeiro. Nesse sentido, comprova-se que o seu governo foi o precursor de um processo de regressividade nas políticas públicas estatais.

Isso posto, podemos afirmar: a mercantilização da saúde pública está na essência da (re)configuração da política de saúde mental pública sob o comando dos grupos e representantes dos interesses dos capitais mercantis, dos financeiros nacional e internacional e opera em um contexto de regressão e destruição de direitos sociais, opondo-se ao sistema de proteção social e ao contexto sócio-histórico da luta antimanicomial. Situação que é imposta pela promulgação de medidas, decretos e notas técnicas já sinalizadas, que materializam uma real regressividade na Reforma Psiquiátrica brasileira para o campo da barbárie e da desumanização.

Cabe aqui reforçar que esse é traço característico da nova direita, sobretudo da extrema direita no Brasil, que traz o esforço de implementar políticas neoliberais que projetam uma crescente articulação por dentro da política institucional de retomada da lógica manicomial, com a desconstrução dos projetos de transformação constituídos na Reforma Psiquiátrica, a exemplo da reestruturação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os ataques ao Sistema Único de Saúde e à saúde mental, bem como com as análises a que esta pesquisa recorreu. Esse propósito se efetiva quando a destinação majoritária dos recursos públicos é redirecionada à rede privada, deixando de financiar e ampliar a Raps e os seus

dispositivos para recorrer cada vez mais aos serviços asilares e seus respectivos leitos. Parafraseando Pereira:

Eis por que o discurso conservador do fortalecimento da lei e da ordem; do nacionalismo; da hierarquização de classes; da família tradicional; dos dogmas religiosos; do desprezo às diferenças, que elegeram como inimigos o socialismo e o comunismo casaram-se, perfeitamente, com as seguintes prédicas neoliberais: do individualismo possessivo; da satanização do Estado; do endeusamento do mercado; da defesa da competitividade, da meritocracia, da privatização, da flexibilização das leis trabalhistas, da desregulamentação da economia e da desigualdade social como incentivo ao trabalho - todas também avessas ao socialismo e ao comunismo, que se transformaram no denominador comum da conseqüente fusão do neoliberalismo com o neoconservadorismo, conformadora da “nova direita” (2020, p. 13).

No nível analítico, o cenário mundial e, especificamente, o Brasil traduzem, na desertificação neoliberal e na culminação das mais profundas alterações, a forma mais aguda da reestruturação produtiva do capital. Tais alterações são o que particulariza a reversão neoconservadora nas políticas sociais de saúde pública e nos serviços de saúde mental. Como apontou Oliveira ao assinar o prefácio da obra de Behring:

Mudanças constitucionais com o rótulo pirata de “reformas” têm sido um sistemático desmonte da estrutura estatal, com o objetivo mais grave e profundo de atingir e fazer retroceder os direitos sociais - mas nessa esteira, nem os direitos civis e políticos estarão a salvo - cuja construção foi produto da história de trabalhadores lutando contra total mercantilização; vale dizer, impondo limites à exploração. Este é o caráter mais profundo dessas “reformas” (2008, p. 16).

Nessa direção de despolitização das políticas públicas, a reação neoliberal reconduz as políticas de saúde, sobretudo a da saúde mental, a uma complexa formulação, execução e sistematização de seu alcance enquanto política universal e gratuita. Nas palavras de Desviat, “são os cortes que põem em perigo a universalidade e a equidade dos serviços socio sanitários e, em especial, a assistência às populações mais frágeis” (2015, p. 154). Diante dessa situação, o autor indaga se a política “de desinstitucionalização e de apoios sociais e comunitários na atenção à saúde mental será mantida ou se as forças conservadoras, explorando os medos coletivos, conseguirão construir velhas instituições nas novas estruturas” (2015, p. 154).

Isso posto, podemos afirmar, inquestionavelmente, que a (re)configuração da

política de saúde mental é resultado de um movimento de contrarreforma estatal, que visa às privatizações e à sua relação com o grande capital estrangeiro, cuja tendência está no desmonte da política social pública. Hoje, ela afronta os princípios da luta antimanicomial, suas conquistas configuradas no país como saúde mental pública bem como os avanços que redesenhou o contexto de redemocratização do Brasil e da Constituição Cidadã de 1988, incluindo a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado de um longo processo de lutas, conquistas e avanços de direitos sociais, sobretudo nos marcos do movimento da luta antimanicomial.

Como um dado revelador, a luta antimanicomial brasileira constituída de direitos sociais tem como ameaça a reestruturação do capital mundializado, a lógica destrutiva que preside o sistema de financeirização, conduzindo à desfinaceirização e ao sucateamento a rede de serviços ao negar todas as conquistas decretadas nos princípios fundamentais da luta antimanicomial, que está fundamentada nos princípios epistemológicos, éticos e políticos da Reforma Psiquiátrica, projeto de transformação cultural do lugar social da “loucura” e do protagonismo do sujeito como cidadão constituído de direito.

Em suma, solidarizar com a resistência em conjunto com a luta antimanicomial é reafirmar os caminhos que um dia prescreveram a luta histórica da Reforma Psiquiátrica, com os que vislumbraram conquistar algo a mais do que “espaços organizativos pertencentes às forças mais inertes da sociedade brasileira” (AMARANTE, 1995, p. 132). Mas que conseguiram “conjugaram sua original capacidade social e comunitária com uma clínica e investigação avançadas, lançando-se no resgate do patrimônio de cientificidade, tantas vezes usurpado por uma falsa academia” (AMARANTE, 1995, p 132).

A política de saúde mental brasileira tem, em sua configuração, a conquista da legislação social da Reforma Psiquiátrica, o fio condutor para implementar e financeirizar uma rede de serviços de garantia e seguridade social e sua institucionalidade como política de proteção social ancorada nos princípios de serviços de desinstitucionalização e desospitalização de vidas humanas. Nesse sentido, diante do cenário de extrema regressividade da saúde pública, manifestam-se a urgência e a necessidade intransigente de debates em defesa da política da Reforma Psiquiátrica em Goiás, no Brasil e no mundo, seja pela revogação das Portarias e Resoluções ou, precisamente, pelo caminho de ruptura com esse sistema, como um dia elucidou a figura saudosa de Franco Basaglia.

REFERÊNCIAS

ABRASME. **Saúde Mental: retrocessos ou contrarreforma?** 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/samsung/Downloads/Sa%C3%BAde%20Mental%20Retrocessos%20ou%20Contra%20Reforma.pdf>. Acesso em: 05 set. 2019.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. In: **Cad. Saúde Pública**. v.35 n.11, Rio de Janeiro: 2019 Epub Oct 31, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&tIng=pt>. Acesso: 22 fev. 2020.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3. ed. Revista e Ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. In: VENTURINI, Ernesto. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Tradução de Nilson Moulin. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

AMARANTE, Paulo. NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):2067-2074, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2019.

AMARANTE, Paulo. TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. In: **Dossiê o governo da Saúde Mental em Portugal e no Brasil**. In: INTERFACE COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO 2017; 21(63):763-74. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21n63/763-774/pt>>. Acesso em: 01 mar. 2020.

ANDERSEN, Gosta Esping. O legado da economia política clássica. In: **As três economias políticas do Welfare State**. n. 24. São Paulo: Lua Nova, 1991.

ANTUNES, Ricardo. **O Privilégio da Servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2018. (Mundo do trabalho) recurso digital. Disponível em: file:///C:/Users/55629/Downloads/gege.fct.unesp.br.pdf Acesso em: 05 dez. 2019.

ARRETCHE, Marta. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. In: Nísia Trindade Lima; Silvia Gerschman; Flavio Coelho Edler; Julio Manuel Suárez (Orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BAHIA, Ligia. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. In: Nísia Trindade Lima; Silvia Gerschman; Flavio Coelho Edler; Julio Manuel Suárez (Orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARROCO, Maria Lúcia S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. In: Conservadorismo, Lutas sociais e Serviço Social. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 124. out/dez. São Paulo: ed. Cortez, 2015.

BASAGLIA, Franco. ONGARO, Franca Basaglio. CASAGRANDE, Domenico. et. al. Considerações sobre uma experiência comunitária. Tradução: Luís Cavalieri Filho. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. In: Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Fundamentos de Política Social. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. In: Ana Elizabeth Mota [et. al.]. (Orgs). 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Política Social: temas & questões**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica de serviço social; v. 2).

BEHRING, Elaine Rossetti. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. In: **Marxismo, política social e direitos**. Ivanete Boschetti, Rita de Lourdes de Lima (Orgs.). 1. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

BIRMAN, Joel. COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. MORAIS, Marciglei Brito. Democracia e Saúde: reflexões e desafios frente à 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Rev Saúde Pública**. 2020. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/166065>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BOSCHETTI, Ivanete; et al. (Orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez: 2010.

BOSCHETTI, Ivanete. Os custos da crise para a política social. In: **Capitalismo em crise, política social e direitos**. BOSCHETTI, Ivanete; et al. (Orgs.). São Paulo: Cortez: 2010.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde Mental. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. MOTA, Ana Elizabete. [et al.], (Orgs). 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília<DF>: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Elaine Junguer PELAEZ; Wladimir Nunes PINHEIRO. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Rer. Argum., Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/55629/Downloads/Dialnet-AsContrarreformasNaPoliticaDeSaudeDoGovernoTemer-6545985%20(1).pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 05 jul. 2019.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Lei orgânica e Controle Social no SUS**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 15 out. 2019.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Política de Saúde Mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 04 jul. 2019.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 05 jul. 2019.

_____. **Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD)**. Resolução CONAD Nº 01/2015. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-proteção/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2019.

_____. Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017. In: **Diário Oficial da União**. Órgão: Ministério da Justiça e Segurança Pública / Gabinete do Ministro. ed.: 145 | Seção: 1. p. 104. Publicado em: 22/12/2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090>.

Acesso em: 28 fev. 2020.

_____. Resolução n.º 1, de 9 de março de 2018. In: **Diário Oficial da União** – Seção 1. p. 128/129. N.º 49, terça-feira, 13 de março de 2018. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/03/2018&jornal=515&pagina=129&totalArquivos=170>>. Acesso em: 28 fev. 2020.

_____. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Orgs). Disponível em: <[file:///C:/Users/55629/Downloads/0656ad6e%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/55629/Downloads/0656ad6e%20(1).pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2020.

CASTILHO, Daniela Ribeiro. LEMOS, Esther Luíza de Souza. GOMES, Vera Lúcia Batista. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. In: Crise, seguridade social e regressão de direitos. In: **Rev. Serviço Social & Sociedade**. n. 130. set/dez. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

CASTRO, Jorge Abrahão de. et al. **Gasto social federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010**. Nota técnica n. 9. Brasília: Ipea, 2012.

CFP. PSICOLOGIA, Conselho Federal de. TORTURA, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à. Cidadão, Procuradoria Federal dos Direitos do. FEDERAL, Ministério Público. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2019.

CFESS. **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo**. CFESS divulga nota pública sobre a questão. Brasília (DF), 2017. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>>. Acesso em: 06 set. 2019.

CFESS. **SERVIÇO SOCIAL E A INSERÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL**. Relatório de fiscalização. CFESS: Brasília, 2018. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

CFESS. Saúde não se vende, loucura não se prende! In: **CFESS Manifesta, Dia Nacional da Luta antimanicomial**. Brasília (DF), 2019. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2019-CfessManifesta-LutaAntimanicomial.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

CFESS. **CFESS Manifesta, Dia Mundial da Saúde: em defesa do SUS e da Seguridade Social**. Brasília (DF), 2020. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaDiaMundialSaudeCoronavirus.pdf>>. Acesso em: 25

ago. 2020.

CHESNAIS, François. **A mundialização financeira: gêneses, custos e riscos.** (Coord.) CHESNAIS, François. São Paulo: Xamã, 1998.

CORDEIRO JUNIOR, Quirino. **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019 - “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”, emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde**, em 04/02/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Junior. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2019.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **O estruturalismo e a miséria da razão.** 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

GRESS-GO. **Nota de Repúdio à Extinção da Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. 2019.** Disponível em: <http://www.cressgoias.org.br/images/2019/Nota_de_Rep%C3%BAdio_%C3%A0_Estin%C3%A7%C3%A3o_da_Ger%C3%Aancia_de_Sa%C3%BAde_Mental_da_Secretaria_de_Estado_da_Sa%C3%BAde_de_Goi%C3%A1s.pdf>. Acesso em: 06 set. 2019.

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, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00285117.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método.** Tradução de Adail Sobral, Cecília Bertalotti e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. In: **Trab. educ. saúde.** vol.17 n.2. Rio de Janeiro 2019. Epub May 06, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200>. Acesso em: 03 mar. 2020.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica.** (tradução de Vera Ribeiro) 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

ELIAS, Rosangela. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas**

de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. MATEUS, Mário Dinis (Org.). São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Friedrich Engels; tradução B. A. Schumann; supervisão, apresentação e notas José Paulo Netto. - [Edição revista]. - São Paulo: Boitempo, 2010. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4226495/mod_resource/content/1/engels_1845.pdf>. Acesso em: 05 out. 2019.

SCOREL, Sarah. NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. ELDER, Flavio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: **Saúde Pública e Democracia: História e perspectivas do SUS**. In: Nísia Trindade Lima [et. al.] (Orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005).

ESCORSIM NETTO, Leila. **O conservadorismo clássico: elementos de caracterização e crítica**. São Paulo: Cortez, 2011.

ESPINDOLA, Alexandre Olympio De Souza. **O controle das drogas no direito brasileiro e as políticas públicas de prevenção - programa escola sem drogas**. In: (*Dissertação*) do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Serviço Social. Goiânia: PUC- Goiás, 2012.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil, 2012. In: **PPGS - Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258#sdfootnote1sym>>. Acesso em: 28 set. 2019.

FONTES, Virgínia. Capitalismo, crises e conjuntura. In: Crise, seguridade social e regressão de direitos. In: **Rev. Serviço Social & Sociedade**. n. 130. set/dez. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. Tradução: José Teixeira Coelho Netto; Revisão de texto: Antônio de Pádua Danesi; Revisão de provas: Aníbal Mari, José Bonifácio Caldas, Plínio Martins Filho e Vera Lúcia B. Bolognani; Produção: Plínio Martins Filho. São Paulo: ed. Perspectiva, 1972. Disponível em: <<file:///C:/Users/sansung/Desktop/LIVROS/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2019.

FERNANDES, Florestan. **Nova República?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1986.

GASTÃO, Wagner de Sousa Campos. **O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios**. Trabalho, Educação e Saúde. v. 18, n. 3. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<file:///C:/Users/55629/Desktop/ULTRANEO>>

LIBERALISMO/gastao.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2020.

GIOVANELLA, Ligia. AMARANTE, Paulo. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. In: Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves. ROSA, Lucia Cristina dos Santos Rosa. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. In: **O Social em Questão**. Ano XXII. nº 44. mai/ago. 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2020.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. Tradução: Adail Sobral; Maria Stela Gonçalves. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

HOBBSAWM, Eric J. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. Tradução Marcos Santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

_____. **A era das revoluções, 1789-1848**. 39ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. In: **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. BOSCHETTI, Ivanete. BEHRING, Elaine Rossetti. et. al. (Orgs). São Paulo: Cortez, 2008.

IANNI, Octávio. Construção de categorias. Transcrição de aula dada no Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC/SP- SP 1º Semestre de 1986. In: **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, número especial, p. 397-416, abr2011 - ISSN: 1676-2584. Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/ianni-201804131230457141340.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2019.

IANNI, Octávio. **A ideia de Brasil moderno**. São Paulo: Brasiliense, 1992. Disponível em: <<https://ufprbrasileiraluis.files.wordpress.com/2012/03/a-ideia-de-brasil-moderno.pdf>>. Acesso em: 25 mar 2020.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, mar. 2017. (Nota Técnica, n. 21). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>. Acesso em: 05 Jul. 2019.

KAMEYAMA, Nobuco. As novas tendências das políticas sociais. In: **A segurança social em Goiás: ensaios críticos e pesquisa em Serviço Social**. PARO, Carmen Regina. FARIA, Sandra de. MIGUEL, Walderez Loureiro. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.

LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e Políticas sociais no Neoliberalismo**. 3. ed. Cortez: 2002.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 29(1). Rio de Janeiro, 2019.

LÖWY, Michael. Conservadorismo e extrema-direita na Europa e no Brasil. In: Conservadorismo, Lutas sociais e Serviço Social. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 124. out/dez. São Paulo: ed. Cortez, 2015.

LUZ, Madel Therezinha. A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental: ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. AMARANTE, Paulo. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

MACHADO, Daiane Borges. ALVES, Flávia de Oliveira. TEIXEIRA, Camila. ROCHA, Aline. **Epidemia da COVID-19 no Brasil: potencial impacto na saúde mental**. Rede CoVida Ciência, Informação e Solidariedade. Disponível em: <https://covid19br.org/main-site-covida/wpcontent/uploads/2020/05/Relat%C3%B3rio-Sa%C3%BAdeMental_final_formatado.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2020.

MANDEL, Enerst. O Estado na Fase do Capitalismo Tardio. In: **O Capitalismo Tardio**. Apresentação de Paul Singer; tradução de Carlos Eduardo Silveira Matos, Regis de Castro Andrade e Dinah de Abreu Azevedo. 2. ed. São Paulo: Nova Cultura, 1985.

MARTINS, Matheus Eduardo Rodrigues. ASSIS, Fátima Buchele. BOLSONI, Carolina Carvalho. **Ressuscitando a indústria da loucura?!**. Interface (Botucatu): comunicação, saúde e educação. 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e190275.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2019.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: Boitempo, 2006.

_____. **As glosas críticas marginais ao artigo: “O rei da Prússia e a Reforma Social”**. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. **O 18 de Brumário de Luís Bonaparte**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MASCARO, A. L. A crítica do Estado e do direito: a forma política e a forma jurídica. In: PAULO NETTO, J. (Org.). **Curso livre Marx Engels: a criação destruidora**. São Paulo: Boitempo, 2015.

MENEZES, Ana Paula do Rego. MORETTI, Bruno. REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Rev. Saúde Debate**, v. 43, n. especial 5, p. 58-70, dez. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58->

70/pt>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MENICUCCI, Telma. GOMES, Sandra. **Políticas sociais**: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MÉSZÁRIOS, István. **A montanha que devemos conquistar**: reflexões acerca do Estado. Tradução: Maria Izabel Lagoa. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

MOTA, Ana Elizabete. RODRIGUES, Mavi. **Legado do Congresso da Virada em tempos de conservadorismo reacionário**. In: R. Katál. Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 199-212, maio/ago. 2020 ISSN 1982-0259. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rk/v23n2/1982-0259-rk-23-02-199.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2020.

NAKATANI, Paulo. In: **Contrarreformas ou revolução: respostas ao capitalismo em crise**. In: GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; BERNARDES, Franciani. (Orgs.). São Paulo: Editora Cortez, 2020.

NETTO, José Paulo. UMA FACE CONTEMPORÂNEA DA BARBÁRIE. **In: comunicação apresentada na sessão temática “O agravamento da crise estrutural do capitalismo: o socialismo como alternativa à barbárie”**. In: III Encontro Internacional Civilização ou Barbárie: Portugal, 30 de outubro a 1º de novembro de 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/55629/Downloads/Uma%20face%20contemporanea%20da%20barbarie%20NETTO.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

_____. Capitalismo e barbárie contemporânea. In: **Argumentum**, Vitória (ES), v. 4, n.1, p. 202-222, jan./jun. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/55629/Downloads/netto-jose-paulo-201608060404028661510.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

_____. **Crise do capital e consequências societárias**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/55629/Desktop/ULTRANEOLIBERALISMO/Crise%20do%20capital%20e%20consequ%C3%Aancia%20societ%C3%A1rias%20NETTO.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

_____. **Pequena história da ditadura brasileira (1964-1985)**. São Paulo: Cortez, 2014.

NUNES, Mônica de Oliveira. LIMA JÚNIOR, João Mendes de. PORTUGAL, Clarice Moreira. TORRENTÉ, Maurice de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. 24(12):4489-4498, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n12/1413-8123-csc-24-12-4489.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

OLIVEIRA, Francisco. Prefácio: Contra a corrente. In: BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

OPAS; OMS. **DECLARAÇÃO DE CARACAS**. Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Venezuela, 1990. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. (Coleção temas em Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASSOS, Rachel Gouveia. PORTUGAL, Sílvia. BREVE BALANÇO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas. In: **Revista Política Pública**. São Luís, v. 19, n. 1, jan./jun. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/55629/Downloads/3867-12286-1-PB.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2020.

PASSOS, Eduardo Henrique. SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". In: **Psicologia & Sociedade**; 23 (1): 154-162, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf> . Acesso em: 27 mar 2020.

PEIXOTO, Michaele Lemos. BARROSO, Hayeska Costa. **Judicialização e seguridade social: restrição ou efetivação de direitos sociais?** R. Katál., v. 22, n. 1, p. 90-99, jan./abr. Florianópolis, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rk/v22n1/1982-0259-rk-22-01-90.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/2001)**. Rio de Janeiro: s.n., 2004. (*Tese de Doutorado*) apresentada à Escola nacional de Saúde Pública. Disponível em: <<https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/pereirarc.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2019.

PEREIRA, Potyara A. P. Concepções e propostas de política social: tendências e perspectivas. In: **Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Política social: temas & questões**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Conspirata burguesa contra a democracia: implicações sociais contemporâneas. In: **A seguridade social em Goiás: ensaios críticos e pesquisa em Serviço Social**. PARO, Carmen Regina. FARIA, Sandra de. MIGUEL, Walderez Loureiro. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.

_____. Prefácio. In: **Contrarreformas ou revolução: respostas ao capitalismo em crise**. In: GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; BERNARDES, Franciani. (Orgs.). São Paulo: Editora Cortez, 2020.

PIRES, Roberto Rocha Coelho. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão.** SANTOS, Maria Paula Gomes dos. (Org.). Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/sansung/Downloads/Comunidades%20terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2019.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, 2011, pp. 4579-4589. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63020981002.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2019.

_____. GULJOR, Ana Paula. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. In: **Cadernos do CEAS**. n. 246, p. 6-14, jan./abr. Salvador/Recife, 2019.

REZENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis S, Costa N. (Orgs). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1990. p. 15-73.

ROSA, Tatiana. PEC n. 241/16 e os impactos no SUS. In: **Revista Consensus**. Edição 20. Saúde em Foco. julho, agosto e setembro de 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/pec-n-24116-e-os-impactos-sus/>. Acesso em: 27 fev. 2020.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. In: Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SALAMA, Pierre. A financeirização excludente: as lições das economias latino-americanas. In: **A mundialização financeira: gêneses, custos e riscos**. (Coord.) CHESNAIS, François. São Paulo: Xamã, 1998.

SALVADOR, Evilasio da Silva. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. In: Crise, seguridade social e regressão de direitos. In: **Rev. Serviço Social & Sociedade**. n. 130. set/dez. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. - Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/sansung/Downloads/Comunidades%20terap%C3%AAuticas%20(2).pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

SANTOS, Lenir. FUNCIA, Francisco. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde. In: **CEE - Centro de Estudos Estratégias da Fiocruz**. 2019. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em: 01 mar. 2020.

SANTOS, Vera Lúcia dos; RIBEIRO, Eleusa Bilenjian. Os Conselhos de Saúde em Goiânia e a atuação de Assistentes Sociais. In: PARO, Carmem Regina; FARIA, Sandra de; MIGUEL, Walderez Loureiro (Orgs.). **A Seguridade social em Goiás: ensaios críticos e pesquisa em Serviço Social**. pp. 213-232. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação de. O conservadorismo moderno: esboço para uma aproximação. In: Temas emergentes. In: **Serv. Soc. Soc. n. 122**, abr./jun. São Paulo: Cortez, 2015.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. PAIM, Jairnilson Silva. TEIXEIRA, Carmen Fontes. BAHIA, Lúcia. GUIMARÃES, Reinaldo. FILHO, Naomar de Almeida. MACHADO, Cristiani Vieira. CAMPOS, Gastão Wagner. SILVA, Gulnar Azevedo-e-. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(8):2783-2792, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/1413-8123-csc-24-08-2783.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Por traz do fundo menos público, o que está em jogo é a democracia. In: **Financeirização, fundo público e política social**. (Orgs.) Evilasio Salvador; Elaine Behring; Ivanete Boschetti e Sarah Granemann. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. A Reforma Sanitária Brasileira. In: **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. In: Giovanni Berlinguer; Sonia Maria Fleury Teixeira; Gastão Wagner de Souza Campos. Tradução: Tânia Pellegrini. São Paulo: Ed. HUCITEC-CEBES, 1988.

TENORO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. vol. 9. jan./abr. 2002. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&lr=lang_pt&as_sdt=0%2C5&q=reforma+psiqui%C3%A1trica&btnG=&oq=ref>. Acesso em: 03 jul. 2019.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. ROSA, Lúcia Cristina do Santos. PEREIRA, Ivana Carla Garcia. et. al. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. In: Eduardo Mourão Vasconcelos (Org.). 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma Psiquiátrica, Tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.

VIEIRA, Evaldo Amaro. As políticas sociais e os direitos sociais no Brasil: avanços e retrocessos. In: **Rev. Serviço Social & Sociedade**. n. 53, ano XVIII. São Paulo: Cortez, 1997.

VENTURINI, Ernesto. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Tradução de Nilson Moulin. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

YAZBEK, Maria Carmelita. Serviço Social, Questão Social e Políticas Sociais em tempos de degradação do trabalho humano, sob o domínio do capital financeiro. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 21, n.1, p. 183-194, jul./dez. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/55629/Downloads/35215-168291-1-PB%20Yasbek.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2019.

ANEXOS

Anexo A – Nota técnica nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS

**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

Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas

Resolução CIT n.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017

Portaria GM/MS n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017

Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017

Portaria GM/MS n.º 2663, de 11 de outubro de 2017

Portaria GM/MS n.º 1315, de 11 de março de 2018

Resolução CONAD n.º 1, de 9 de março de 2018

Portaria SAS/MS 544, de 7 de maio de 2018

Portaria GM/MS n.º 2.434, de 15 de agosto de 2018

Resolução CIT n.º 35/2018, 25 de janeiro de 2018

Resolução CIT n.º 36/2018, de 25 de janeiro de 2018

A Portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017, altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), delineando novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios para o fortalecimento da RAPS, que se esclarecem por meio da presente Nota Técnica, sendo as demais portarias citadas acessórias e complementares.

Ademais, a presente Nota Técnica apresenta também a Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que modificou as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, fato este que altera as orientações para o tratamento e reinserção social de pacientes que apresentam dependência química e que estão em seguimento na RAPS.

Sumário

1	Introdução	3
2	Novos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	8
2.1	Resumo	8
2.2	Detalhamento	9
2.3	Definições gerais dos CAPS AD IV	9
3	Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral	14
3.1	Resumo	14
3.2	Detalhamento	15
4	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)	16
4.1	Resumo	16
4.2	Detalhamento	17
4.2.1	Competência das equipes	17
4.2.2	Composição das equipes	17
4.2.3	Custeio	18
4.2.4	Cadastramento CNES	18
5	Alterações na assistência Hospitalar especializada em psiquiatria no SUS	18
5.1	Resumo	18
5.1.1	Valores reajustados da diária hospitalar em psiquiatria no SUS	19
5.1.2	Orientações a partir da nova normativa	19
5.2	Internação crianças e adolescentes	21
6	Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	21
6.1	Resumo	21
6.2	Detalhamento	22
6.3	Avaliação Funcional dos Ingressantes	23
6.3.1	Guia de aplicação	25
7	Esclarecimentos sobre as solicitações de incentivos e habilitações via SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde	26
8	Definição de itens de financiáveis (custeio e investimento)	27
9	Monitoramento	28

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país, com o objetivo de organizar o tratamento e assistência aos pacientes e seus familiares na área de Saúde Mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, dentre outros, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, maconha, cocaína, crack e outras drogas).

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente. Esta Política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais tem sido um processo contínuo. Nesse cenário, após meses de debate, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde e representantes dos Estados (CONASS) e Municípios (CONASEMS), anunciou medidas para fortalecer esse atendimento no SUS, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada. Estamos em um processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos, sem perder a essência de respeito à lei 10.216/01. A iniciativa enfrenta desafios e problemas já conhecidos. O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS, de acordo com suas necessidades e peculiaridades, sem deixar de lado nenhuma modalidade de tratamento validada e aplicável.

Para expandir e qualificar a RAPS, foi destinado pelo Governo Federal um adicional de mais de R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,5 bilhão. A RAPS foi ampliada e passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia,

unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares. As ações foram construídas conjuntamente entre os gestores do SUS e cerca de 70 entidades, todas conhecedoras da realidade da saúde mental no país. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços):

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- Hospital Psiquiátrico
- Hospital-Dia
- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares.

Um dos pontos da Nova Política Nacional de Saúde Mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos. Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns.

Além dos SRTs, o Governo Federal liberou recurso para a expansão de outros serviços da RAPS, importantes para a oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Apenas no ano de 2018, foram habilitados 108 CAPS, 92 SRTs, 140 Leitos em Hospitais Gerais e 03 Unidades de Acolhimento. Nos dois últimos anos, o Ministério da Saúde criou cerca de 40% de todos os SRTs existente no país.

Outro ponto é aprimorar refere-se às estratégias para abordagem das pessoas com uso nocivo de drogas e com dependência de substâncias psicoativas, levando o poder público às áreas de maior vulnerabilidade social, promovendo o atendimento mais próximo do cidadão. Para tanto, foi criada nova modalidade de CAPS (IV AD) para funcionar 24 horas nas regiões de cracolândias, com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão. Tal modalidade de Serviço está programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio CAPS-AD.

Além disso, o atendimento Ambulatorial também passa a ser incentivado. Vale lembrar que esta modalidade é fundamental para o adequado atendimento da demanda reprimida de pessoas com transtornos mentais mais comuns e prevalentes, que não se encaixam na atenção básica e que não necessitam de um serviço de reabilitação como os CAPS. Trata-se de ação custo-efetiva, que, quando com cobertura adequada, certamente impacta favoravelmente em diversos indicadores, tais como como busca por atendimento, crises em Serviços de Emergências, tentativas de suicídio, internações, reinternações e afastamentos do trabalho por doença, para citar alguns. Ofertar consultas de diferentes categorias profissionais em Serviço Ambulatorial especializado, possibilitando seguimento clínico, social e em psicoterapia, é padrão em diferentes sistemas universais no mundo, como Reino Unido e Canadá. Para tanto, o Ministério da Saúde começa a custear Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental para atuar em Ambulatórios, de maneira integrada à Atenção Básica e aos CAPS, ocupando um vazio assistencial que existia na RAPS. O Ministério da Saúde não apoiará o fechamento de Ambulatórios, pois são serviços que não concorrem com os CAPS, na medida em que fornecem assistência a pacientes com necessidades distintas. Pelo contrário, o Ministério da Saúde passa a incentivar, inclusive financeiramente, a abertura e fortalecimento de tais Serviços, com o objetivo de dar conta da grande demanda reprimida para tratamento comunitário em Saúde Mental no país.

Outro grave problema a ser enfrentado é a falta de leitos psiquiátricos especializados e atendimento qualificado nos hospitais. A escassez de leitos para a prestação de assistência aos pacientes é bastante preocupante, e o Ministério está atento a esta questão. A partir de dezembro de 2017, é exigida a presença de equipe multiprofissional mínima em Enfermarias Especializadas de Hospitais Gerais, dando maior eficiência e qualidade no tratamento dos pacientes. O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em Hospitais Psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações indicadas. O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes. Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal, que não entende esses Serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos. O Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial. Somando leitos em Hospitais Psiquiátricos e aqueles em Hospitais Gerais, há cerca de 0,1 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério da Saúde seria de 0,45 por 1.000 habitantes (Portaria GM/MS 3088/2011, usando como referência o postulado pela portaria GM/MS 1101/2002). Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes. Em contrapartida, houve migração considerável de doentes mentais graves para a população prisional, sendo as cadeias o maior manicômio do Brasil na atualidade. São estimados mais de 50.000 doentes mentais graves no cárcere (vide Andreoli, et al., 2014 - "Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil". PLoS One, 9(2), e88836. doi:10.1371/journal.pone.0088836), questão que deverá ser abordada assertivamente pelas políticas de saúde mental e de saúde prisional. Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves

na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das crackolândias, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica.

Sobre as Comunidades Terapêuticas, de apoio à recuperação de usuários de drogas, foi criado um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, para estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços (Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017). O objetivo é garantir o acompanhamento do poder público, promovendo a oferta de cuidado de qualidade aos pacientes com dependência química acolhidos nessas entidades. Vale lembrar que há regramento federal sobre o funcionamento destas entidades, a resolução CONAD 01/2015 (disponível em http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf). As entidades que contratualizam com o poder público devem satisfazer esta normativa.

Na área da saúde indígena, o Ministério da Saúde publicou Portaria que objetiva aumentar o financiamento de CAPS que atendam a pacientes dessa população (Portaria GM/MS n.º 2663, de 11 de outubro de 2017). Com isso, o Ministério objetiva diminuir as barreiras de acesso ao cuidado dos indígenas que apresentam transtornos mentais. Vale ressaltar que tem havido aumento na prevalência de transtornos mentais entre os indígenas, tais como a dependência de álcool e outras drogas, bem como o suicídio.

Todas as medidas atendem a anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados diariamente por profissionais da RAPS e às necessidades apontadas em um diagnóstico inédito feito pelo Ministério da Saúde. Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%), irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNASH, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não-executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses

Serviços. Esses dados foram apresentados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e estão sendo encaminhados para órgãos de controle e auditoria do SUS.

Juntamente com a expansão da assistência, o Ministério da Saúde passa a aprimorar o monitoramento e acompanhamento da política, bem como estabelecer diretrizes e protocolos de assistência para que o atendimento aos pacientes acompanhados na RAPS seja embasada em evidências científicas. O Ministério da Saúde passa a trabalhar para oferecer tratamento de qualidade aos pacientes e seus familiares, com respeito ao dinheiro público.

Seguindo o compromisso com a oferta de tratamento de qualidade aos pacientes e seus familiares, a CIT fez questão de fazer constar em sua Resolução n.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017, que estabelece a Nova Política Nacional de Saúde Mental, que a assistência em Saúde Mental no SUS deverá seguir as melhores práticas clínicas e as mais robustas e recentes evidências científicas.

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (National Institute for Clinical Excellence, N., Guidance on the use of electroconvulsive therapy. 2014, National Institute for Clinical Excellence: London; Mochcovitch, M.D., et al., Diretrizes Terapêuticas para Eletroconvulsoterapia - Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira, in Projeto Diretrizes. 2013, AMB/CFM).

Além das ações assistenciais, o Ministério da Saúde também passa a atuar com maior vigor na esfera da prevenção. Na frente de dependência química, o Ministério da Saúde passa a ajustar e fazer novos estudos dos Programas que vinham em curso até o presente momento (TamoJunto, Elos e Famílias Fortes). Isso, pois os estudos conduzidos a partir da aplicação desses Programas mostram resultados bastante insatisfatórios, sendo que um deles chegou a causar ação iatrogênica (Programa TamoJunto). Ainda como parte das ações de prevenção, foi realizado convênio, em março de 2017, com o Centro de Valorização da Vida (CVV). Por meio

dele, as ligações ao CVV deixaram de ser tarifadas, o que levou a grande aumento na demanda. Para dar conta dessa nova realidade, o Ministério aportou recurso financeiro para que a entidade passe a se organizar nesse novo contexto. O Ministério da Saúde também passa a ter ações prioritárias de prevenção ao suicídio em seis Estados do país com maiores de tais ocorrências, a saber, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Roraima e Piauí. O Governo Federal liberou R\$ 1.440.000,00 para a realização de ações de prevenção ao suicídio nesses Estados, que ocorrerão por meio de trabalho em conjunto com os territórios, levando-se em consideração as especificidades locais (Portaria GM/MS n.º 1315, de 11 de março de 2018).

No início do ano de 2018, ocorreram também mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD 01/2018), com o objetivo de promover ações que façam frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas no país.

Abaixo, seguem as principais mudanças apresentadas pela Resolução do CONAD 01/2018:

- Alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a recém-publicada Política Nacional de Saúde Mental;
- Ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas;
- Posição contrária à legalização das Drogas;
- Estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça Abstinente, livre das drogas. Para lograr esse objetivo, diferentes estratégias de ação podem ser utilizadas, tais como Promoção de Abstinência, Suporte Social, Promoção da Saúde e Redução de Riscos Sociais e à Saúde e Danos;
- Fomento à pesquisa deve se dar de forma equânime, garantindo a participação de pesquisadores de diferentes correntes de pensamento e atuação;
- Ações Intersetoriais;
- Apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas;
- Modificação dos documentos legais de orientação sobre a Política Nacional sobre Drogas, destinados aos parceiros governamentais, profissionais da saúde e

população em geral;

- Atualização da posição do Governo brasileiro nos foros internacionais, seguindo a presente Resolução.

A partir de 2019, a Política acima passa a ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, conforme a medida provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019:

Art. 23. Constitui área de competência do Ministério da Cidadania:

...

V - políticas sobre drogas, quanto a:

- a) educação, informação e capacitação para a ação efetiva para a redução do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;
- b) realização de campanhas de prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;
- c) implantação e implementação de rede integrada para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas;
- d) avaliação e acompanhamento de tratamentos e iniciativas terapêuticas;
- e) redução das consequências sociais e de saúde decorrente do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas; e
- f) manutenção e atualização do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.

É importante ressaltar que as mudanças nas Políticas descritas acima foram realizadas em obediência à Lei 10.206/2001, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais. Vale lembrar aqui que é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, de acordo com a Lei, mostrando a necessidade de se ofertar tratamento aos pacientes, de acordo com suas necessidades e complexidade de seu quadro clínico, sem desprezar nenhuma forma de tratamento. Diante disso, a RAPS foi ampliada, com a inclusão de novos pontos de atenção, com o objetivo de ser mais estruturada e equilibrada na oferta de tratamento e cuidado aos pacientes e seus familiares. Seguiram-se orientações das melhores práticas nacionais e internacionais para o atendimento do indivíduo que apresenta transtorno mental, bem como de seus familiares. “A atenção equilibrada é essencialmente comunitária, mas os hospitais têm um importante papel de

retaguarda. Isto quer dizer que serviços de saúde mental são oferecidos nos contextos comunitários habituais próximos à população atendida, e internações hospitalares são tão breves quanto possível, disponibilizadas prontamente e empregadas somente quando necessário. É importante coordenar os esforços de uma diversidade de serviços de saúde mental” (THORNICROFT & TANSELLA, 2008).

Vale frisar que não há qualquer motivo para privar o paciente com transtorno mental de uma Rede potente, poliárquica, com serviços de diferentes níveis de complexidade integrados e articulados. Assim sendo, não há nenhuma evidência, por exemplo, de que Ambulatórios Multiprofissionais, Hospitais-Dia e Hospitais Psiquiátricos devam ser excluídos da RAPS, em nenhum lugar do mundo. Basta estudar os Sistemas Públicos de Saúde Mental do Canadá (“British Columbia Mental Health Services”), Austrália (“Australian Mental Health Service Organisations”), França (Relatório Sumário - Saúde Mental na França - OMS), Alemanha (Brochura sobre o Sistema de Saúde Alemão - OMS) e Reino Unido (“National Health Services - UK - South London and Maudsley Trust”), por exemplo. Ou atentar para como organizam-se outras áreas da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), como cardiologia, ortopedia ou oncologia. Os Serviços devem, sim, seguir os princípios básicos de legalidade, ética, atendimento humanizado, qualidade e de atendimento baseados em evidências. Devem as três esferas de Governo atuar de forma orientadora e fiscalizadora, garantindo o seguimento das normativas vigentes. Os Serviços devem sempre ser regulados, fiscalizados e melhorados.

É importante ressaltar que a RAPS está sendo expandida e fortalecida, sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções o menos invasivas possíveis e mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos). Não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devam abrigar moradores. Porém, também não cabe mais a ideia de que tais Serviços devam ser fechados. Os Hospitais Psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes para internações humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial, assim que possível.

Novos componentes da RAPS, qualificação técnica dos Serviços e dos profissionais, incorporação das melhores práticas e melhora da retaguarda para crises são medidas a favor dos pacientes e suas famílias e contra a cronificação, o desamparo, o abandono, o encarceramento e a morte precoce, ou seja, em defesa

dos Direitos Humanos. Em última análise, são os portadores de transtornos mentais e suas famílias os principais interessados e afetados pela falta de recursos, falta de vagas assistenciais de qualidade e falta de uma Rede que contemple de fato as diferentes necessidades e cenários existentes na Saúde Mental. Assim, as novas ações ocorrem em defesa do SUS, do cidadão e de seu direito a um atendimento efetivo, humanizado e de qualidade em Saúde Mental. O SUS lança diretrizes buscando oferecer uma rede assistencial equilibrada, ofertando tratamento, de acordo com as necessidades dos pacientes. Assim, a política pública passa a se adequar às demandas dos pacientes, e não o contrário.

2 NOVOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

2.1 Resumo

A presente normativa, seguindo o pactuado com os gestores municipais e estaduais na resolução CIT no 32 de 2017, passa a incluir na RAPS, além dos serviços/pontos de atenção existentes, os seguintes: a. Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas; b. Hospital Psiquiátrico; c. Hospital-Dia. No que tange aos leitos psiquiátricos em Hospital Geral, os mesmos devem estar localizados em Enfermarias Psiquiátricas, contando com a presença de Equipe Multiprofissional obrigatória, incluindo a obrigatoriedade de médico psiquiatra. Tais Enfermarias deverão contar com o mínimo de oito (08) leitos, e máximo de trinta (30) leitos por Enfermaria, até 20% da capacidade total instalada do Hospital. Exceções são passíveis de análise, desde que justificadas e aprovadas nas instâncias colegiadas dos territórios. Passa a ser exigida ocupação de 80% para repasse integral do incentivo de custeio. Os incentivos para implantação devem ser solicitados de acordo com o tamanho da enfermaria (3 níveis), e não mais isoladamente, por leito (abaixo, seguem maiores informações).

2.2 Detalhamento

Em seu Art. 1.º, a Portaria n.º 3588, altera o Art. 5.º, ponto II, do Título I do Anexo V **da Portaria de Consolidação n.º 3**. Desta forma, relativamente aos pontos de atenção que constituem a Atenção Psicossocial, aos Centros de Atenção Psicossocial, estabelecidos pela alínea a) deve acrescentar-se a alínea b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas. O texto fica então com a seguinte redação:

Art. 5.º

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:

e. Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; e

f. Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas.

Ainda no Art. 5.º, a referida portaria, altera o ponto V, relativo à Atenção Hospitalar. Desta forma, as alíneas a) e b) que definem seus pontos de atenção, devem ser substituídas pelas alíneas:

a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;

b) Hospital Psiquiátrico Especializado;

c) Hospital dia.

Altera também o § 4º do Art. 7.º, relativo às modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, para acrescentar o CAPS AD IV, conforme definidos abaixo.

Em seu Art. 2.ª altera o Título II do mesmo Anexo, para incluir os referidos CAPS AD IV – Centros De Atenção Psicossocial De Álcool E Outras Drogas Do Tipo IV, estipulando que:

2.3 Definições gerais dos CAPS AD IV

Os CAPS AD IV são Pontos de Atenção Especializada, que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e que se destinam a proporcionar atenção integral e continuada às pessoas com quadro de dependência de substâncias psicoativas (relacionadas aos consumos de álcool, crack e outras drogas). Devem funcionar 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive aos fins de semana e feriados. Visam o atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, sendo que, tratando-se destes dois últimos grupos populacionais, seu atendimento deverá adequar-se ao previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Estes novos Centros podem ser de dois tipos: **CAPS AD IV Novo** ou **CAPS AD IV Reestruturado**, resultado, este último, da adaptação de um CAPS AD pré-existente. Poderão ser criados em todas as capitais estaduais, bem como nos Municípios com população acima de 500.000 habitantes, devendo funcionar de forma a prestar assistência às pessoas em cenas abertas de uso de drogas, as chamadas “cracolândias”. Sua implementação deverá ocorrer conforme o previsto no Plano de

Ação Regional ou instrumento equivalente.

Para funcionar 24 horas nas regiões de cracolândias, o CAPS AD IV deverá contar necessariamente com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão. Os demais profissionais de Saúde Mental, que juntamente com psiquiatras e equipe de enfermagem que comporão o Serviço, trabalharão em turno diurno. Tal modalidade de Serviço está programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio CAPSAD para tratamento de reabilitação psicossocial.

2.3.1.1 Objetivos gerais

São objetivos gerais do CAPS AD IV: atender integralmente pessoas de todas as faixas etárias, com quadros graves decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (dependência de substâncias psicoativas); proporcionar serviços de atenção continuada, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando para isso com leitos de observação, além de estratégias de reabilitação psicossocial.

2.3.1.2 Diretrizes quanto ao funcionamento

O CAPS AD IV deve:

1.^a ser um serviço aberto que funciona segundo a lógica do território e que fornece atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas aos consumos de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;

2.^a ser um lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade;

3.^a ter capacidade para atender urgências e emergências psiquiátricas (tanto em termos de estrutura física, como de equipe técnica);

4.^a ter capacidade para acolher e tratar casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso;

5.^a produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo

e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;

6.^a promover a inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial;

7.^a organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos;

8.^a designar profissionais de referência para cada usuário;

9.^a adequar a oferta dos serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida;

10.^a oferecer cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD IV;

11.^a responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica;

12.^a compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações no próprio CAPS ou em outros Pontos de Atenção;

13.^a funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

14.^a funcionar de forma articulada com as equipes de Consultório na Rua, que atuarão junto aos usuários nas cenas de uso;

15.^a articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; e

16.^a orientar os cuidados de acordo com as diretrizes e as linhas de cuidados vigentes no SUS.

17.^a ser capaz de ofertar programas de tratamento completos, incluindo consultas, terapias, oficinas, suporte em assistência social, intervenções de reabilitação e atividades intersetoriais;

18.^a articular-se com equipamentos que forneçam abrigo/moradia transitória, como unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas onde está inserido;

19.^a integrar-se ao sistema de regulação de vagas do território.

2.3.1.3 Atividades

A atenção integral ao usuário no CAPS AD IV inclui as seguintes atividades:

- 1) Trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, conforme definido nesta Portaria;
- 2) Atendimento individual para consultas de rotina e de emergência, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;
- 3) Oferta de medicação assistida e dispensada;
- 4) Atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;
- 5) Oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;
- 6) Visitas e atendimentos domiciliares;
- 7) Atendimento à família, individual e em grupo;
- 8) Atividades de reabilitação psicossocial;
- 9) Estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social; e
- 10) Fornecimento de refeição diária aos usuários.

Procedimentos para inserção da habilitação 06.37 pelo CAPS AD IV (fonte: Portaria SAS 544/2018):

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
03.01.08.032-1	Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.033-0	Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório por Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.039-9	Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos Serviços Hospitalares de Referência para Atenção a Pessoas com Sofrimento ou Transtornos Mentais E Com Necessidades de Saúde decorrente do Uso de Álcool, Crack E Outras D
03.01.08.027-5	Práticas Corporais Em Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.030-5	Matriciamento de Equipes da Atenção Básica
03.01.08.020-8	Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.021-6	Atendimento em Grupo de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.022-4	Atendimento Familiar em Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.023-2	Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.024-0	Atendimento Domiciliar para Pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou Familiares

Procedimentos que deverão ser informados para estabelecimentos habilitados em 06.37 CAPS AD IV (fonte: Portaria SAS 544/2018):

03.01.08.001-1	Abordagem Cognitiva Comportamental do Fumante (Por Atendimento / Paciente)
03.01.08.004-6	Acompanhamento de Paciente em Saúde Mental (Residência Terapêutica)
03.01.08.014-3	Atendimento em Oficina Terapêutica I - Saúde Mental
03.01.08.015-1	Atendimento em Oficina Terapêutica II - Saúde Mental
03.01.08.016-0	Atendimento em Psicoterapia de Grupo
03.01.08.017-8	Atendimento Individual em Psicoterapia
03.01.08.037-2	Acompanhamento de Pessoas Adultas com Sofrimento ou Transtornos Mentais Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas - Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)
03.01.08.038-0	Acompanhamento da População Infanto-Juvenil com Sofrimento ou Transtornos Mentais Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI)
03.03.17.010-7	Tratamento em Psiquiatria em Hospital Dia
03.01.07.004-0	Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação
03.01.06.002-9	Atendimento de Urgência C/ Observação até 24 Horas em
03.01.06.002-9	Atenção Especializada
03.03.17.013-1	Tratamento Clínico em Saúde Mental em Situação de Risco Elevado de Suicídio
03.03.17.014-0	Tratamento Clínico para Contenção de Comportamento Desorganizado e/ou Disruptivo
03.03.17.015-8	Tratamento Clínico para Avaliação Diagnóstica e Adequação Terapêutica, incluindo necessidades de Saúde decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas
03.03.17.016-6	Tratamento Clínico de Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool
03.03.17.017-4	Tratamento Clínico De Transtornos Mentais E Comportamentais Devido do Uso de "Crack".
03.03.17.018-2	Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas

2.3.1.4 Composição da equipe mínima

O CAPS AD IV deve funcionar com, pelo menos, uma equipe mínima para atendimento, sendo que, em situações de férias, licenças e outros afastamentos, cabe ao gestor de saúde local garantir a composição dessa equipe, conforme ela é descrita:

- 1) Profissional de nível médio para realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia.
- 2) Turno Diurno:
 - a) 1 (um) médico clínico (diarista);
 - b) 2 (dois) médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h);
 - c) 2 (dois) enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h);
 - d) 6 (seis) profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais

- (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;
- e) 6 (seis) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h); e
 - f) 4 (quatro) profissionais de nível médio.
- 3) Turno Noturno:
- a) 1 (um) médico psiquiatra (plantonista 12h);
 - b) 1 um (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h); e
 - c) 5 (cinco) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h).

2.3.1.5 Estrutura física mínima

De acordo com as normas sanitárias vigentes, o CAPS AD IV deverá ter a seguinte estrutura física mínima:

1. Recepção e espaço para acolhimento inicial/espera;
2. Salas para atendimento individual (consultório);
3. Sala para atendimento de grupo;
4. Espaço para refeições;
5. Espaço para convivência;
6. Banheiros com chuveiro;
7. Espaço para atividades físicas/esportes;
8. No mínimo 10 (dez) e no máximo 20 (vinte) leitos de observação;
9. Posto de enfermagem;
10. Sala para reuniões da equipe técnica; e
11. Espaço para atendimento e tratamento de urgências e emergências médicas.

2.3.1.6 Incentivo financeiro

A Seção IV-A do Capítulo III do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017, foi retificada, passando a estabelecer-se o incentivo de:

- I. **200.000,00 (duzentos mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Novo; e**

II. **125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Reestruturado.**

Este incentivo, destinado a apoiar apenas a implantação de CAPS AD IV públicos, será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde estaduais ou municipais ou do distrito federal e os valores repassados serão utilizados para reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações de custeio.

No Art. 1 021.º B da mesma Portaria, estabelece-se que, para fazer jus ao incentivo financeiro de custeio previsto, o gestor deverá apresentar um projeto técnico que contenha os seguintes requisitos:

- 1) Projeto assistencial que atenda ao disposto nesta normativa;
- 2) Termo de compromisso de que garantirá condições técnicas mínimas de espaço físico e equipe, acima detalhadas;
- 3) Termo de compromisso de início funcionamento do CAPS AD IV em até 3 (três) meses, a contar do recebimento do incentivo financeiro, renovável uma única vez por igual período, mediante justificativa aceite pelo Ministério da Saúde; e
- 4) Parecer favorável pactuado na respectiva CIB. Ainda nesta portaria, o Art. 1.021º C, estabelece que, a partir do credenciamento de cada CAPS AD-IV junto à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado ou do Distrito Federal ficará acrescido de **R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) mensais, para o custeio do CAPS AD IV** efetivamente implantado e em funcionamento.

Estipula, em parágrafo único, que, tratando-se de um CAPS AD IV Reestruturado, o acréscimo financeiro será calculado a partir da diferença entre os valores já incorporados, referentes à habilitação anterior e o valor referido no parágrafo anterior.

O Art. 1 021.º D estabelece que os recursos orçamentários relativos às ações referidas nos dois parágrafos anteriores correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho: (I) Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental – Despesas Diversas; e (II) Crack, É Possível Vencer

ou Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

3 UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA EM HOSPITAL GERAL

3.1 Resumo

Fica estabelecido que o Ministério da Saúde irá incentivar e habilitar somente unidades especializadas em saúde mental/psiquiatria em hospitais gerais, com mínimo de 8 e máximo de 30 leitos por enfermaria, até 20% da capacidade total instalada, exigindo equipe multiprofissional mínima completa, incluindo psiquiatra responsável pela condução dos casos. Exceções são passíveis de análise, desde que bem justificadas e aprovadas nas instâncias colegiadas. Passa a ser exigida ocupação de 80% para repasse integral do incentivo de custeio. Os incentivos para implantação devem ser solicitados de acordo com o tamanho da enfermaria (3 níveis), e não mais isoladamente, por leito.

3.2 Detalhamento

É alterado o Art. 57.º da **Portaria de Consolidação n.º 3 GM/MS**, relativo à definição da **Equipe Técnica Multiprofissional** responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral). Concretamente, altera a graduação do número de leitos implantados, propondo a seguinte proporção:

1. Para o cuidado em enfermaria de 8 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
 - a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
 - b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 40h por semana; e
 - c) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10h por semana.
2. Para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
 - 2) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;

- 3) 1 (um) enfermeiro por turno;
 - 4) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e
 - 5) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínima de serviços de 20h por semana.
3. Para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
- a) 5 (cinco) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;
 - b) 1 (um) enfermeiro por turno;
 - c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária de 90h por semana;
 - d) 1(um) médico clínico responsável pelas interconsultas; e
 - e) 1 ou 2 (um ou dois) médico(s) psiquiatra(s) responsável(is) pelos leitos, contabilizando carga horária total de serviços de 30h por semana.

Quanto às demais normativas para os leitos de Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral:

O número de leitos não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral; cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos. No entanto, os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros estabelecidos poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades.

Mantém o incentivo de custeio anual por cada leito implantado em R\$ 67.321,32, pago integralmente se a ocupação for maior ou igual a 80%.

- Fixa os incentivos de implantação em:
 - ✓ Enfermaria de 8 a 10 leitos: R\$ 33.000,00
 - ✓ Enfermaria de 11 a 20 leitos: R\$ 66.000,00
 - ✓ Enfermaria de 21 a 30 leitos: R\$ 99.000,00
- Estipula, em seu Art. 6.º, que a configuração deste Serviço Hospitalar de Referência deve obedecer às seguintes Normas de Transição:
 - ✓ Nos casos de até 10 (dez) leitos já implantados e habilitados em Enfermarias não-especializadas, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com

transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas manterá a exigência técnica de equipe nos termos dos incisos I e II do art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a redação anterior à publicação da presente Portaria, ou seja:

1. Para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno; 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; e

2. para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos.

2. Ao gestor local é facultada a possibilidade de apresentar um plano de readequação para atender ao disposto nas novas regras estabelecidas a partir da redação desta Portaria, solicitando incentivo para implantação de novos leitos ou organização de serviço local ou regional nos moldes estabelecidos agora estabelecidos.

3. Nos casos de mais de 10 (dez) leitos já implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas terá 12 (doze) meses, a contar da data da publicação desta Portaria (21/12/17), para se adequar tecnicamente à nova normativa quanto ao espaço físico e equipe terapêutica agora exigidos.

O Ministério da Saúde deixa claro que os leitos antigos, que não se encontram em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais deverão passar por processo de Transição, com o objetivo de se adequarem às novas normativas do SUS. Vale ressaltar que, a partir da publicação da Portaria n.º 3588/2017, não serão mais habilitados pelo Ministério da Saúde leitos em Hospitais Gerais, que não sigam as novas regras de funcionamento.

4 UNIDADES AMBULATORIAS

Especializadas - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)

4.1 Resumo

Equipe composta por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, que devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio da realização de consultas e psicoterapia. Deverá ser lotada em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e ambulatórios de hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. Presta-se a “ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade”, atendendo necessidades de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e os CAPS. Os gestores, de acordo com perfil epidemiológico e necessidades assistenciais, têm agora uma opção para suplementar sua rede na modalidade que mais se adequar ou que julgue mais custo-efetiva. Com o objetivo de ofertar maior efetividade no tratamento de base comunitária em Saúde Mental, o Ministério da Saúde passa a incentivar o tratamento Ambulatorial, inclusive financeiramente, por meio da criação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). Em que pese o financiamento do atendimento Ambulatorial, por meio das AMENTs, vale ressaltar que quaisquer Unidades Ambulatoriais, contando ou não com essas Equipes, fazem parte da RAPS, devendo ser consideradas e tratadas dessa maneira.

4.2 Detalhamento

O Art. 50-J da Portaria n.º 3588 institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). As AMENT, parte estratégica da atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados, têm por objetivo prestar tratamento multiprofissional em Saúde Mental, integrando-se aos demais Serviços da RAPS e das demais redes de atenção à saúde. Municípios de pequeno porte e que apresentem dificuldades de implantação e manutenção da estrutura de um CAPS I, incluindo questões relacionadas ao RH, podem optar por uma equipe AMENT. É facultado ao Município, considerando o contexto de sua Rede e suas necessidades mais prementes, planejar a melhor composição de serviços assistenciais comunitários/Ambulatoriais. Municípios maiores, e que já apresentam

outros Serviços da RAPS, também são incentivados a constituir AMENTs para dar maior potência e volume aos atendimentos de base comunitária, diminuindo, assim, o "gap" assistencial que domina parte considerável dos territórios no país.

4.2.1 Competência das equipes

Compete às equipes AMENT:

1. Ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;
2. Prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, incluindo moradores de residências terapêuticas;
3. Constituir-se, preferencialmente, como referência regional para assistência ambulatorial especializada em Saúde Mental;
4. Trabalhar, de forma integrada, com outros pontos de atenção da RAPS e de outras redes do SUS; e
5. Estabelecer articulações com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, por forma a garantir direitos de cidadania e ação intersetorial.

4.2.2 Composição das equipes

O Art. 50-L estabelece que estas equipes terão de ter um caráter multiprofissional mínimo, e define sua composição da seguinte forma:

a. Equipe tipo 1: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais); Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de apenas um profissional de cada ocupação para cumprimento do total das horas.

b. Equipe tipo 2: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de um profissional médico e um assistente social para o cumprimento do total das horas estipuladas, sendo possível a repartição da carga horária de 60

horas entre 2 psicólogos.

c. Equipe tipo 3: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais). Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de um profissional médico e um assistente social para o cumprimento do total das horas estipuladas, sendo possível a repartição da carga horária de 60 horas entre 2 psicólogos. O 5o profissional é de livre escolha, podendo ser médico psiquiatra, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo (30 horas semanais).

Um Município pode solicitar a constituição de várias AMENTs, inclusive em um mesmo estabelecimento de saúde, de acordo com sua demanda sanitária.

4.2.3 Custeio

O custeio das equipes dar-se-á na forma do art. 1.062- A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, ficando estabelecidos os seguintes valores:

- 1) Equipe tipo 1: R\$ 12.000,00 (doze mil reais) mensais;
- 2) Equipe tipo 2: R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; e
- 3) Equipe tipo 3: R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais.

4.2.4 Cadastramento CNES

Para fins de cadastramento destas equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), segundo a portaria SAS 544/2018, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental recebem a sigla 'eMAESM' e serão cadastradas com os seguintes códigos:

1. Equipe tipo 1: código 57 - eMAESM1
2. Equipe tipo 2: código 58 - eMAESM2
3. 3. Equipe tipo 3: código 59 - eMAESM3

Estas Equipes poderão ser cadastradas em Hospitais (Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos), Clínicas e Ambulatórios (pré-existentes ou novos). As AMENTs podem ser localizadas em Clínicas e Ambulatórios Gerais ou Especializados em Saúde Mental.

5 ALTERAÇÕES NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA NO SUS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

5.1 Resumo

A Portaria 3588, em seu Art. 9.º, informa que se mantém as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do **Anexo XXV à Portaria de Consolidação no 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. No entanto, a partir da nova normativa, o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento. Em caso de fechamento ou descredenciamento de tais Serviços (mesmo contrariando as novas diretrizes do Ministério da Saúde), o Ministério deve ser notificado e aprovar a nova destinação deste recurso federal, que deverá ser aplicado necessariamente na RAPS. Foram criados dois novos procedimentos para faturamento hospitalar – um para internações curtas (até 90 dias) e outro para internações prolongadas (mais de 90 dias) ou reinternações antes de 30 dias da última alta hospitalar, tendo sido concedidos os reajustes abaixo elencados:

5.1.1 Valores reajustados da diária hospitalar em psiquiatria no SUS:

Procedimento 03.03.17.019-0 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANÊNCIA POR DIA (PERMANÊNCIA ATÉ 90 DIAS)	
Porte Hospitalar	Valor Final portaria GM/MS 2434/2018
Tipo I - até 160 leitos	R\$ 82,40
Tipo II - de 161 a 240 leitos	R\$ 70,00
Tipo III - 241 a 400 leitos	R\$ 61,01
Tipo IV - acima de 400 leitos	R\$ 59,00
Procedimento 03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS)	
Porte Hospitalar	Valor Final portaria GM/MS 2434/2018
Tipo I - até 160 leitos	R\$ 66,05
Tipo II - de 161 a 240 leitos	R\$ 56,19
Tipo III - 241 a 400 leitos	R\$ 50,85
Tipo IV - acima de 400 leitos	R\$ 47,29

5.1.2 Orientações a partir da nova normativa

Foram criados dois novos procedimentos na tabela do SUS e inseridos no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS), os quais substituem o procedimento único anteriormente utilizado para faturamento nestas unidades:

- ✓ 03.03.17.019-0 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS)
- ✓ 03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS)

O prestador, quando tiver internação que supere 90 dias ou reinternação do mesmo paciente em menos de 30 dias deverá mudar o procedimento faturado, sob risco de penalização. É exceção os casos de internações compulsórias, ou seja, aquelas determinadas judicialmente. Nestes casos o prestador não possui governabilidade para proceder alta, e deve assim justificar ao gestor autorizador ou à auditoria.

As AIHs, correspondentes aos pacientes já internados quando da publicação da Portaria n.º 3588/2017, também deverão ser reajustadas, inclusive daqueles pacientes com internações de longa permanência (internações superiores a 90 dias) (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018).

5.1.2.1 Recurso correspondente às AIHs (teto MAC) de leitos ou unidades fechadas/descredenciadas

O parágrafo único do artigo n.º 10 da portaria GM/MS 3588/2017 estabelece que o encerramento dos leitos de hospitais psiquiátricos levará ao redirecionamento do recurso correspondente para outras ações em saúde mental no respectivo Estado.

O § 3º do artigo 1028 da Portaria de Consolidação GM/GM n.º 6/2017 revogou o artigo 78 da Portaria de Consolidação GM/GM n.º 3/2017, por ser originário de norma posterior àquela. Este § 3º do artigo 1028 da Portaria de Consolidação GM/GM n. 6/2017, por sua vez, comunica-se com o Artigo 10 da Portaria GM/MS 3588/2017. Desta forma, conforme pactuado com CONASS e CONASEMS, que as propostas de redirecionamento dos recursos provenientes de AIHs de casos de pacientes

transferidos de Hospitais Psiquiátricos para SRTs, ou decorrentes do simples fechamento de unidades hospitalares especializadas devem ser destinados para a RAPS, no respectivo Estado (qualquer Serviço da Rede, incluindo Hospital Psiquiátrico). Esta destinação do recurso federal deve ser pactuada em CIB e encaminhada a este Ministério, para aprovação.

Importante reforçar que o Ministério da Saúde não mais incentiva ou estimula o fechamento de leitos especializados, mas a sua qualificação, elevando os padrões assistenciais. O Ministério tem reforçado este entendimento, nas Portarias em que ocorre desabilitação de leitos e Serviços, como na portaria SAS Nº 324, DE 20 DE MARÇO DE 2018:

“Art. 2º Os gestores estaduais e municipais atingidos por esta Portaria deverão, através de suas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, informar à Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde sobre o destino dos recursos correspondentes ao financiamento dos equipamentos ora desabilitados, para homologação ou repactuação, no prazo de 90 (noventa) dias.”

A diretriz adotada por esta Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde é no sentido de qualificar os Hospitais Psiquiátricos remanescentes para que recebam novos pacientes com e não que fechem as portas às demandas da população, piorando ainda mais desassistência, que vinha aumentando nessa área nos últimos anos. Vale lembrar que o Ministério da Saúde recomenda 1 leito para cada 2,2 mil habitantes, tendo como base a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002 (0,45 leito por 1.000 habitantes). Tal norma foi transcrita na portaria GM/MS 3088/2011 e consolidada com erro matemático grosseiro, ao transformar 0,45/1.000 em 1/23.000 habitantes. Considerando a redução do número de leitos psiquiátricos já efetivada ao longo dos últimos anos, para níveis atuais de 0,1 leito por 1.000 habitantes (somando-se leitos de Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos), o Ministério da Saúde entende que a oferta de vagas em unidades para assistência de crises/surtos/alta complexidade está perigosamente baixa. O processo de desinstitucionalização deva avançar, no entanto sem que seja excludente em relação à qualificação dos Hospitais Psiquiátricos remanescentes para oferta de vagas para internação a pacientes com quadros clínicos agudizados.

5.2 Internação de crianças e adolescentes

Não há restrições absolutas para o atendimento de pacientes menores de idade nos Serviços da RAPS, sendo aplicável o bom-senso, a ética e o princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente. O melhor interesse do paciente deve sempre prevalecer. Deve-se colocar como exemplo o caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas. Vale ressaltar que não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes.

Cita-se o texto-resposta à Consulta nº 6.769/10, feita ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (disponível em <https://bit.ly/2TuUndM>). Apesar de ser posicionamento de um Conselho profissional local, vale para embasar o tema:

“A internação psiquiátrica de crianças e adolescentes é juridicamente possível, desde que algumas condições especiais sejam respeitadas. É vedada a permanência de crianças e adolescentes em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área de abrigamento (quarto, enfermaria ou ala) de adultos, e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns. Porém, quando forem indicadas pelo médico, e devidamente registradas em laudos, como providências úteis ao tratamento em si, sob o ponto de vista do estrito interesse da saúde do paciente (criança e do adolescente), e desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação voluntária ou involuntária, ou do Juiz de Direito, na internação compulsória), poderá haver exceções a essa regra. “

6 SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)

6.1 Resumo

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), seja tipo I ou tipo II, passam a atender até 10

Nota Técnica 11 (7718127) SEI 25000.021223/2019-50 / pg. 24, moradores. Continuam a acolher preferencialmente egressos de internações prolongadas, mas

abrem-se para pessoas com necessidades deste tipo de acolhimento, como por exemplo, pacientes com transtornos mentais graves moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns, devido ao fato de haver grandes contingentes de pacientes com transtornos mentais graves nessas condições, fruto de graves problemas na condução da Política Nacional de Saúde nas últimas décadas.

Os pacientes moradores dos SRTs devem ser tratados e acompanhados por profissionais dos Serviços comunitários da RAPS (CAPS, Ambulatórios). O financiamento dos SRTs não foi modificado nas mudanças da Política ocorridas em dezembro de 2017.

6.2 Detalhamento

O título V da Portaria 3588/2017, relativo aos SRTs, em seu Art. 77, que estipula a criação de tais Serviços em Saúde Mental no âmbito do SUS para atendimento ao portador de transtornos mentais, altera o parágrafo único e passa a definir os SRT como: “moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção”. Saliencia-se que esta modalidade pode ser utilizada para pacientes com necessidade de cuidados de longa permanência, como pacientes com transtornos mentais graves moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns, devido ao fato de termos grandes contingentes de pacientes graves nessas condições. Inclusive o número de pessoas com transtornos mentais graves nas ruas e nos presídios aumentou consideravelmente nas últimas duas décadas, em decorrência de problemas graves na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental. Também resta claro que os SRTs são moradias, unidades individuais, podendo ser casas ou apartamentos. Estas unidades não necessitam ser células isoladas, periféricas; de acordo com o planejamento e projeto do gestor, podem constituir condomínios ou vilas terapêuticas, em comunidades urbanas, e até rurais, desde que garantidos os direitos básicos e inalienáveis dos moradores. Arranjos verticais (apartamentos) podem ser uma solução em grandes centros urbanos.

Altera ainda o § 1º do Art. 80 do anexo V, definindo os SRT Tipo I, como moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de

desinstitucionalização, devendo acolher até no máximo 10 (dez) moradores. A estrutura de financiamento federal manteve-se a mesma, entendendo o Ministério da Saúde que estes Serviços devem ser cofinanciados pelos Estados e Municípios.

De acordo com o artigo 83 do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS 03/2017, que estabelece “normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS”, em seu item IV, os SRTs devem estar “sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo”. Mais adiante, o artigo 85 desta mesma portaria de consolidação estabelece “que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

I - 01 (um) profissional médico; II - 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial”

Apesar de ser um serviço majoritariamente ligado à rede municipal, sendo esta a vinculação preferencial, há que se destacar que não há vedação à abertura de SRTs de gestão estadual, se esta for a estratégia definida para potencializar o processo de desinstitucionalização e garantia de direitos de cidadania dos pacientes com transtornos mentais necessitados deste tipo de acolhimento. Ainda citando o artigo 83 do anexo V da portaria de consolidação GM/MS 03/2017, complementam o item IV (acima) os itens III e V:

III - estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, c)

V - a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, e)

Adicionalmente, o Ministério da Saúde reforça seu entendimento quanto à importância de que os leitos ocupados por pacientes que serão transferidos para os SRTs permaneçam abertos nos Hospitais Psiquiátricos, para ofertar tratamento aos

pacientes com quadros clínicos agudos, em situações que os mesmos ofereçam risco a si ou a terceiros. Orienta-se a priorização de acolhimento a pacientes em maior situação de vulnerabilidade nos SRTs. Aqueles pacientes que já estejam abrigados em equipamentos estatais ou filantrópicos diferentes de Hospital Psiquiátrico, como equipamentos da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, lares abrigados, condomínios terapêuticos e moradias protegidas, desde que em condições aceitáveis, não devem ser transinstitucionalizados.

Conforme explicitado em diversos trechos desta Nota Técnica, não há mais possibilidade de continuar o fechamento de leitos psiquiátricos no país, pois há importante déficit de vagas para internação de pacientes com quadros clínicos agudizados, o que tem gerado impactos negativos nos indicadores em Saúde Mental. No Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) será cobrado este compromisso dos gestores, para que a saúde da população não seja comprometida.

6.3 Avaliação Funcional dos Ingressantes

Como sugestão de ferramenta de avaliação de grau de independência funcional para as atividades de vida diária dos pacientes encaminhados para SRT, fica sugerida a versão brasileira da escala “Medida de Independência Funcional (MIF)”, validada em 2004 (Riberto, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. 11, 2 (ago. 2004), 72-76. <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102481/100795>):

“Trata-se de um instrumento amplamente utilizado internacionalmente para avaliação da capacidade funcional e tem como diferencial a incorporação da avaliação cognitiva. A escala é composta por 18 categorias agrupadas em seis dimensões: autocuidado, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item tem uma pontuação de 1 a 7, em que 1 corresponde à dependência total e 7, à independência completa. Cada dimensão é analisada pela soma dos itens que a compõem. Nesse instrumento são descritos dois domínios: o motor, referente às dimensões de autocuidado, controle de esfíncteres, transferências e locomoção; e o cognitivo, que engloba as dimensões de comunicação e cognição social.

O escore total da MIF é obtido somando-se a pontuação de cada dimensão,

sendo que o mínimo é de 18 e o máximo, de 126 pontos. Até 18 pontos, considera-se que há dependência completa, com necessidade de assistência total; de 19 a 60 pontos, dependência modificada, com assistência de até 50% na tarefa; de 61 a 103 pontos, dependência modificada, com necessidade de assistência de até 25% na tarefa e de 104 a 126 pontos, equivalente a independência completa/modificada.”
Fonte: MINOSSO, JSM et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, Apr. 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso.

A utilização de instrumento padronizado e validado deve auxiliar na uniformização da comunicação e na avaliação mais objetiva dos pacientes, ou seja, quantitativa do grau de independência do paciente em processo de encaminhamento para SRT, de forma a orientar o planejamento de ações por parte do gestor e equipe de saúde envolvidos no acolhimento.

6.3.1 Guia de aplicação

“Neste instrumento, o escore inclui: 7 pontos representando o nível de completa independência e 1 ponto, a completa dependência. O escore total na escala MIF é calculado a partir da soma de pontos atribuídos a cada item dentro das categorias. Essa pontuação é estipulada pela escala, através de seu equivalente em funcionalidade, definidos no quadro abaixo, com escore mínimo de 18 e máximo de 126.

É importante ressaltar que o escore total da MIF é de 126 pontos, porém é possível obter três classificações que são as condições: sem ajuda (S.A.) – escores 7 e 6; necessitando de ajuda (N.A.) – escores 5, 4 e 3; e dependência completa (D.C.) – escores 2 e 1.”

7 ESCLARECIMENTOS SOBRE AS SOLICITAÇÕES DE INCENTIVOS E HABILITAÇÕES VIA SAIPS – SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

O SAIPS foi instituído pela Portaria nº 281, de 27 de fevereiro de 2014, e é uma ferramenta de gestão que foi desenvolvida para facilitar e agilizar os pedidos de

recursos – feito por gestores Municipais, Estaduais ou do Distrito Federal – para custeio, implantação, habilitação ou credenciamento de equipes, unidades e serviços em saúde. Trata-se de um instrumento de comunicação, que organiza o processo e permite transparência na sua condução. Alerta-se que a senha é de uso pessoal e intransferível, devendo os gestores manterem o cadastro de profissionais ativos atualizado, sendo que cada usuário é responsável pelas informações prestadas.

O fato de o SAIPS ficar aberto a novos pedidos de maneira permanente no caso dos serviços e equipes da RAPS pode gerar a expectativa equivocada de que as aprovações são automáticas, como se o registro fosse mera formalidade, sem estar sujeito ao julgamento técnico, ao planejamento, às prioridades eleitas pela área, às contingências orçamentárias e à responsabilidade fiscal.

A tramitação e aprovação final de cada proposta está sempre condicionada à avaliação de instâncias superiores, análise de prioridades do Ministério, com base em planejamento e em indicadores epidemiológicos, bem como à disponibilidade de dotação orçamentária do Ministério da Saúde, que tem teto e programação definida, mas sujeita a mudanças.

Por fim, destaca-se a redação do Artigo 8º da Portaria GM/MS 281/2014:

Art. 8º O cadastramento da proposta não gera quaisquer obrigações ao Ministério da Saúde em relação ao seu atendimento.

§ 1º As propostas enviadas ao Ministério da Saúde por intermédio do SAIPS serão analisadas conforme os critérios definidos para cada Rede, Programa ou Política.

§ 2º A área técnica responsável pela Rede, Programa ou Política analisará o mérito da solicitação, podendo indicar adequações, aprovar, aprovar com pendências a serem sanadas em prazo determinado ou rejeitar a proposta.

§ 3º O gestor público de saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal deverá assegurar o monitoramento da execução de cronograma ou de solução de pendências definidas para as propostas.

8 DEFINIÇÃO DE ITENS DE FINANCIÁVEIS (CUSTEIO E INVESTIMENTO):

São frequentes as dúvidas de gestores sobre as definições de itens financiáveis com recursos repassados pelo Governo Federal. São conceitos importantes aqueles que definem materiais/itens permanentes e materiais/itens de consumo, bem como

recursos para custeio e recursos para investimento (capital). É vedada a destinação de recursos de capital para realização de despesas de custeio e vice-versa. Se isso acontecer, a entidade deve submeter justificativa à avaliação do órgão responsável pela análise de sua prestação de contas.

Recursos de capital, conhecidos como investimento, são recursos aplicados no patrimônio, tais como obras, construções, instalações e aquisição de equipamentos e materiais permanentes, que são incorporados ao patrimônio. Já os recursos da categoria de custeio destinam-se a cobrir despesas relacionadas à aquisição de material de consumo (materiais de uso corrente, como materiais de escritório, insumos, limpeza, materiais para reparos e adequações, contas de água, luz, etc.) e contratação de serviços (manutenção hidráulica, portaria, segurança, transporte, elétrica, telefonia, jardinagem etc.).

Tais definições podem ser consultadas na Portaria nº 448 da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, de 13 de setembro de 2002, disponível neste link: <https://bit.ly/2tdul3N>

Destaca-se:

Art. 1º - Divulgar o detalhamento das naturezas de despesa, 339030 - Material de Consumo, 339036 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Física, 339039 - Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica e 449052 -Equipamentos e Material Permanente, de acordo com os anexos I, II, III, IV, respectivamente, para fins de utilização pela União, Estados, DF e Municípios, com o objetivo de auxiliar, em nível de execução, o processo de apropriação contábil da despesa que menciona.

Art. 2º - Para efeito desta Portaria, entende-se como material de consumo e material permanente:

I - Material de Consumo, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei n. 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;

II - Material Permanente, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

Art. 3º - Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente:

I - Durabilidade, quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;

II - Fragilidade, cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço

ou deformável, caracterizando-se pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;

III - Perecibilidade, quando sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;

IV - Incorporabilidade, quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal; e

V - Transformabilidade, quando adquirido para fim de transformação.

9 MONITORAMENTO

Destaca-se, por fim, relativamente ao monitoramento do processo de implantação e adequada gestão dos serviços da RAPS, que a Portaria n.º GM/MS 3462/2010 estabelece o que segue: "Art. 4º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a Estados, Municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas". Desse modo, é obrigatório o registro mensal dos procedimentos no sistema de informação do Ministério da Saúde para o efetivo custeio dos Serviços. Tal normativa foi reiterada pela Resolução CIT n.º 36/2018.

Quanto aos incentivos financeiros de parcela única para implantação de novos Serviços da RAPS, bem como para qualificação de Serviços já existentes, a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6/2017 estabelece prazos para que os gestores implantem os respectivos Serviços. Assim sendo, caso os gestores, que receberam os incentivos financeiros, mas que não implantaram os Serviços, deverão devolver os recursos para a União. Tal normativa foi reiterada pela Resolução CIT n.º 35/2018.

Quirino Cordeiro Júnior

Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde

Anexo B - Projeto de Lei de Paulo Delgado

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 8, DE 1991

(Nº 3.657B, de 1989, na Casa de Origem)

“Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art 1º – Fica proibida, em todo território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

§ 1º - Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

§ 2º - Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual.

Art. 2º – As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

§ 1º –As administrações regionais disporão do tempo de 1(um) ano, a contar da data da aprovação desta lei, para apresentarem às comissões de saúde de Poder Legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§ 2º – É competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

§ 3º – As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho

Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.

Art. 3º –A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 1º – Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expreso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2º – Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3º – A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei nº 24.559, de 3-7-1934.

Publicado no Diário do Congresso Nacional (Seção II), 19 de fevereiro de 1991, pp.207

Anexo C – Declaração de Caracas (adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990)

As organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde.

Notando que:

1. A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;

2. O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:

- 1) Provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social;
- 2) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;
- 3) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;
- 4) Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Considerando que:

- 1) 1 – A Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde, referendadas pelos Estados Membros para a consecução da meta Saúde para Todos no Ano 2000;
- 2) 2. Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas;
4. Os Programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização de atenção à saúde.

DECLARAM:

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidado e tratamento devem: Salvar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.
4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; Promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;
6. Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

Para o qual:**CONCLAMAM:**

Os Ministérios de Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social, com o objetivo de apoiar a reestruturação da Atenção Psiquiátrica, assegurando assim o êxito na sua implementação em benefício das populações da região.

Anexo D - Lei Nº 10. 216, de 6 de abril de 2001**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos****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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

Anexo E – Portaria Nº 3.088/2011**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)**

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
 - b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - c) Centros de Convivência;
 - II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
 - III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) SAMU 192;
 - b) Sala de Estabilização;
 - c) UPA 24 horas;
 - d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
 - IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade de Recolhimento;
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
 - V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
 - b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
 - VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
 - a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
 - VII - reabilitação psicossocial.
- Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:
- I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos,

o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
2. pessoas com transtornos mentais;
3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção

Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e

também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental

e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do

acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas,

observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular

sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

II - Fase II - adesão e diagnóstico:

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;

e) contratualização dos Pontos de Atenção;

f) qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º ao 12 desta Portaria; e

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção

Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua -Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
					Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de

					Caráter Transitório
					1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU				Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por

					município.
	UA INFANTO-JUVENIL				Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
					Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA				
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				Portaria nº 1.101/02
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC				A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS				

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 251, de 30-12-2011, Seção 1, págs. 50/60, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

Anexo F – Nota técnica 2015**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO Florianópolis (SC), em 04 de fevereiro de 2015.****NOTA TÉCNICA n.º. 001/2015 – Saúde Mental**

INTERESSADOS: SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE,
GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE,
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL,
REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS,
HOSPITAIS GERAIS.

ASSUNTO: ATENDIMENTO DE CRISES, URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

Em relação ao atendimento às pessoas com agravos psíquicos, a Lei n.º 10.216/2001 dispõe sobre a transformação do modelo de atenção manicomial, para um novo modelo assistencial, com foco na pessoa, no território e no atendimento ambulatorial. Este dispositivo também se constitui no instrumento legal e normativo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Outras portarias ministeriais orientam a implantação desta rede substitutiva (Decreto 7508/2011, Portarias 336/2002, 3088/2013, 3089/2011, 148/2012).

A Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde orienta com base nestas diretrizes, o modelo de atendimento às pessoas em situações de crise, urgência e emergência em saúde mental, no Estado de Santa Catarina.

Segundo a Portaria 3.088/2011, do Ministério da Saúde, republicada no Diário Oficial da União N.º 96 de 21 de maio de 2013, que ***Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)***, são pontos de atenção para o atendimento psicossocial:

- I - Atenção básica;
- II- Atenção psicossocial;
- III- Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) Portas Hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em hospital geral;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

De acordo com estas diretrizes fica relegada ao passado a concepção de serviços exclusivamente psiquiátricos para o atendimento de urgências e emergências relacionadas à saúde mental. Muitos dos serviços criados em várias cidades do mundo nos anos 60 e 70 se transformaram em pontos de procura para consultas ambulatoriais eletivas, para pedidos de repetição de receitas e de recepção para casos sociais. Este risco, presente em qualquer pronto-socorro, se potencializa quando é abrangida a questão da saúde mental.

Nos hospitais gerais encontra-se a oportunidade para evitar o isolamento da psiquiatria, integrando-a ao atendimento à saúde em geral, contribuindo para a diminuição da discriminação, estigmatização e institucionalização de pessoas em sofrimento psíquico. Além disso estes hospitais gerais dispõem de recursos humanos e diagnósticos para avaliação clínica de distúrbios orgânicos que possam estar relacionados ou não ao transtorno psiquiátrico.

O atendimento às urgências e emergências deve garantir a estabilização do quadro agudo, a formulação de hipótese diagnóstica atual, a exclusão ou não de causas orgânicas e o encaminhamento para outros serviços, segundo necessidades avaliadas.

A avaliação da pessoa com queixas relacionadas a sofrimento psíquico exige do profissional de saúde, postura acolhedora e empática, no sentido de possibilitar a livre expressão das queixas/necessidades. É necessário levar em conta as singularidades.

A comunicação efetiva entre os pontos de atenção deve estar estabelecida e mantida de forma a garantir a continuidade do cuidado.

Nesta lógica, devem ser encaminhadas para as unidades de pronto atendimento, para os prontos-socorros e para as portas de entradas dos hospitais gerais as pessoas com necessidade de avaliação diagnóstica e discriminação de patologias somáticas, manejo de situações de crise e ou de vulnerabilidade extrema que apresentem risco de vida. Os usuários podem advir de qualquer ponto de atenção da rede, como da Atenção básica (AB), dos Centros de Atenção psicossocial (CAPS),

dos demais dispositivos da rede ou outras formas.

Mesmo quando a escolha pela porta de entrada do hospital tenha sido uma opção pessoal, o usuário deve ser acolhido e atendido nas suas necessidades e, após avaliação e tratamento, sendo necessário, deverá ser encaminhado para outros pontos de atenção.

Algumas vezes o desconhecimento da população e/ou a eventual precariedade do processo de trabalho das equipes da AB, do CAPS (ou mesmo a falta deste último), resulta em procura desnecessária pelas emergências dos hospitais.

Articulados à AB e a outros serviços, os CAPS são dispositivos essenciais para a abordagem das crises tenham elas origem psicológica, de ajustamento, existenciais individuais, familiares, de abstinência, surtos psicóticos e outros agravos.

Os CAPS são, por definição, destinados ao atendimento de transtornos psíquicos graves, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências que não necessitam do cuidado hospitalar.

Quando for necessário, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) pode ser acionado por qualquer dos serviços de saúde, assim como pela população em geral.

Para a atenção às pessoas com agravos psíquicos e por ingestão de drogas e remédios (over dose), venenos, drogas ilícitas, entre outras, o Centro de Informações Toxicológicas (CIT) deve ser acionado pelo telefone **0800 643 5252**.

Nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) os profissionais devem atender, tratar e, sempre que necessário, encaminhar as pessoas em situação de sofrimento mental agudo que necessitem de atenção complementar.

A coordenação Estadual de Saúde Mental coloca-se inteiramente à disposição para orientações e esclarecimentos.

Coordenação Estadual de Saúde Mental

Anexo G – PEC 241/2016**PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO**

Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal.

Art. 1º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 101. Fica instituído, para todos os Poderes da União e os órgãos federais com autonomia administrativa e financeira integrantes dos Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, o Novo Regime Fiscal, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos art. 102 a art. 105 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.” (NR)

“Art. 102. Será fixado, para cada exercício, limite individualizado para a despesa primária total do Poder Executivo, do Poder Judiciário, do Poder Legislativo, inclusive o Tribunal de Contas da União, do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União.

§ 1º Nos Poderes e órgãos referidos no caput, estão compreendidos os órgãos e as entidades da administração pública federal direta e indireta, os fundos e as fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público e as empresas estatais dependentes.

§ 2º Os limites estabelecidos na forma do art. 51, caput, inciso IV, do art. 52, caput, inciso XIII, do art. 99, § 1º, do art. 127, § 3º, e do art. 134, § 3º, da Constituição, não poderão ser superiores aos fixados nos termos previstos neste artigo.

§ 3º Cada um dos limites a que se refere o caput equivalerá:

I - para o exercício de 2017, à despesa primária realizada no exercício de 2016, conforme disposto no § 8º, corrigida pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de janeiro a dezembro de 2016; e

II - Nos exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do IPCA, publicado pelo IBGE, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de janeiro a dezembro do exercício imediatamente anterior.

§ 4º Os limites a que se refere o inciso II do § 3º constarão na Lei de Diretrizes Orçamentárias dos respectivos exercícios.

§ 5º A variação do IPCA a que se refere o inciso II do § 3º será: I - para fins de elaboração e aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual, a estimativa proposta pelo Poder Executivo, e suas atualizações; e

II - Para fins de execução orçamentária, aquela acumulada no período de janeiro a dezembro do exercício anterior, procedendo-se o correspondente ajuste nos valores dos limites previstos neste artigo.

§ 6º Não se incluem nos limites previstos neste artigo:

I - transferências constitucionais estabelecidas pelos art. 20, § 1º, art. 157 a art. 159 e art. 212, § 6º, e as despesas referentes ao art. 21, caput, inciso XIV, todos da Constituição, e as complementações de que trata o art. 60, caput, inciso V, deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias;

II - Créditos extraordinários a que se refere o art. 167, § 3º, da Constituição;

III - Despesas com a realização de eleições pela justiça eleitoral;

IV - Outras transferências obrigatórias derivadas de lei que sejam apuradas em função de receita vinculadas; e

V - Despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes.

§ 7º O Presidente da República poderá propor ao Congresso Nacional, por meio de projeto de lei, vedada a adoção de Medida Provisória, alteração no método de correção dos limites a que se refere este artigo, para vigorar a partir do décimo exercício de vigência da Emenda Constitucional que instituiu o Novo Regime Fiscal.

§ 8º Para fins de verificação do cumprimento do limite de que trata o caput, será considerado o somatório das despesas que afetam o resultado primário no exercício, incluídos os restos a pagar referentes às despesas primárias.” (NR)

“**Art. 103.** No caso de descumprimento do limite de que trata o caput do art. 102 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, aplicam-se, no exercício seguinte, ao Poder ou ao órgão que descumpriu o limite, vedações:

I - à concessão, a qualquer título, de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração de servidores públicos, inclusive do previsto no inciso X do caput do art. 37 da Constituição, exceto os derivados de sentença judicial ou de determinação legal decorrente de atos anteriores à entrada em vigor da Emenda Constitucional que instituiu o Novo Regime Fiscal;

II - À criação de cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa;

III - à alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa;

IV - À admissão ou à contratação de pessoal, a qualquer título, ressalvadas as reposições de cargos de chefia e de direção que não acarretem aumento de despesa e aquelas decorrentes de vacâncias de cargos efetivos; e

V - À realização de concurso público.

Parágrafo único. Adicionalmente ao disposto no caput, no caso de descumprimento do limite de que trata o caput do art. 102 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias pelo Poder Executivo, no exercício seguinte:

I - a despesa nominal com subsídios e subvenções econômicas não poderá superar aquela realizada no exercício anterior; e

II - fica vedada a concessão ou a ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária da qual decorra renúncia de receita.” (NR)

“**Art. 104.** A partir do exercício financeiro de 2017, as aplicações mínimas de recursos a que se referem o inciso I do § 2º e o § 3º do art. 198 e o caput do art. 212, ambos da Constituição, corresponderão, em cada exercício financeiro, às aplicações mínimas referentes ao exercício anterior corrigidas na forma estabelecida pelo inciso II do § 3º e do § 5º do art. 102 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.” (NR)

“**Art. 105.** As vedações introduzidas pelo Novo Regime Fiscal não constituirão obrigação de pagamento futuro pela União ou direitos de outrem sobre o erário.” (NR)

Art. 2º Fica revogado o art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.

Art. 3º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, PEC EM 83 MF MPDG-ALTERA ADCT ARTS. 203 E 239(L2)

Anexo H – EC Nº 95/2016**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos****EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016**

Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114:

"Art. 106. Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias."

"Art. 107. Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias:

I - do Poder Executivo;

II - do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, do Conselho Nacional de Justiça, da Justiça do Trabalho, da Justiça Federal, da Justiça Militar da União, da Justiça Eleitoral e da Justiça do Distrito Federal e Territórios, no âmbito do Poder Judiciário;

III - do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e do Tribunal de Contas da União, no âmbito do Poder Legislativo;

IV - do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público; e

V - da Defensoria Pública da União.

§ 1º Cada um dos limites a que se refere o **caput** deste artigo equivalerá:

I - para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2% (sete inteiros e dois décimos por cento); e

II - para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

§ 2º Os limites estabelecidos na forma do inciso IV do **caput** do art. 51, do inciso XIII do **caput** do art. 52, do § 1º do art. 99, do § 3º do art. 127 e do § 3º do art. 134 da Constituição Federal não poderão ser superiores aos estabelecidos nos termos deste artigo.

§ 3º A mensagem que encaminhar o projeto de lei orçamentária demonstrará os valores máximos de programação compatíveis com os limites individualizados calculados na forma do § 1º deste artigo, observados os §§ 7º a 9º deste artigo.

§ 4º As despesas primárias autorizadas na lei orçamentária anual sujeitas aos limites de que trata este artigo não poderão exceder os valores máximos demonstrados nos termos do § 3º deste artigo.

§ 5º É vedada a abertura de crédito suplementar ou especial que amplie o montante total autorizado de despesa primária sujeita aos limites de que trata este artigo.

§ 6º Não se incluem na base de cálculo e nos limites estabelecidos neste artigo:

I - transferências constitucionais estabelecidas no § 1º do art. 20, no inciso III do parágrafo único do art. 146, no § 5º do art. 153, no art. 157, nos incisos I e II do art. 158, no art. 159 e no § 6º do art. 212, as despesas referentes ao inciso XIV do **caput** do art. 21, todos da Constituição Federal, e as complementações de que tratam os incisos V e VII do **caput** do art. 60, deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias;

II - créditos extraordinários a que se refere o § 3º do art. 167 da Constituição Federal;

III - despesas não recorrentes da Justiça Eleitoral com a realização de eleições;
e

IV - despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes.

§ 7º Nos três primeiros exercícios financeiros da vigência do Novo Regime Fiscal, o Poder Executivo poderá compensar com redução equivalente na sua despesa primária, consoante os valores estabelecidos no projeto de lei orçamentária encaminhado pelo Poder Executivo no respectivo exercício, o excesso de despesas

primárias em relação aos limites de que tratam os incisos II a V do **caput** deste artigo.

§ 8º A compensação de que trata o § 7º deste artigo não excederá a 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) do limite do Poder Executivo.

§ 9º Respeitado o somatório em cada um dos incisos de II a IV do **caput** deste artigo, a lei de diretrizes orçamentárias poderá dispor sobre a compensação entre os limites individualizados dos órgãos elencados em cada inciso.

§ 10. Para fins de verificação do cumprimento dos limites de que trata este artigo, serão consideradas as despesas primárias pagas, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário no exercício.

§ 11. O pagamento de restos a pagar inscritos até 31 de dezembro de 2015 poderá ser excluído da verificação do cumprimento dos limites de que trata este artigo, até o excesso de resultado primário dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social do exercício em relação à meta fixada na lei de diretrizes orçamentárias."

"Art. 108. O Presidente da República poderá propor, a partir do décimo exercício da vigência do Novo Regime Fiscal, projeto de lei complementar para alteração do método de correção dos limites a que se refere o inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Parágrafo único. Será admitida apenas uma alteração do método de correção dos limites por mandato presidencial."

"Art. 109. No caso de descumprimento de limite individualizado, aplicam-se, até o final do exercício de retorno das despesas aos respectivos limites, ao Poder Executivo ou a órgão elencado nos incisos II a V do **caput** do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que o descumpriu, sem prejuízo de outras medidas, as seguintes vedações:

I - concessão, a qualquer título, de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração de membros de Poder ou de órgão, de servidores e empregados públicos e militares, exceto dos derivados de sentença judicial transitada em julgado ou de determinação legal decorrente de atos anteriores à entrada em vigor desta Emenda Constitucional;

II - criação de cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa;

III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa;

IV - admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, ressalvadas as reposições de cargos de chefia e de direção que não acarretem aumento de despesa e aquelas decorrentes de vacâncias de cargos efetivos ou vitalícios;

V - realização de concurso público, exceto para as reposições de vacâncias previstas no inciso IV;

VI - criação ou majoração de auxílios, vantagens, bônus, abonos, verbas de representação ou benefícios de qualquer natureza em favor de membros de Poder, do Ministério Público ou da Defensoria Pública e de servidores e empregados públicos e militares;

VII - criação de despesa obrigatória; e

VIII - adoção de medida que implique reajuste de despesa obrigatória acima da variação da inflação, observada a preservação do poder aquisitivo referida no inciso IV do **caput** do art. 7º da Constituição Federal.

§ 1º As vedações previstas nos incisos I, III e VI do **caput**, quando descumprido qualquer dos limites individualizados dos órgãos elencados nos incisos II, III e IV do **caput** do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, aplicam-se ao conjunto dos órgãos referidos em cada inciso.

§ 2º Adicionalmente ao disposto no **caput**, no caso de descumprimento do limite de que trata o inciso I do **caput** do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, ficam vedadas:

I - a criação ou expansão de programas e linhas de financiamento, bem como a remissão, renegociação ou refinanciamento de dívidas que impliquem ampliação das despesas com subsídios e subvenções; e

II - a concessão ou a ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária.

§ 3º No caso de descumprimento de qualquer dos limites individualizados de que trata o **caput** do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, fica vedada a concessão da revisão geral prevista no inciso X do **caput** do art. 37 da Constituição Federal.

§ 4º As vedações previstas neste artigo aplicam-se também a proposições legislativas."

"Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do **caput** do art. 212, da Constituição Federal; e

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo

inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias."

"Art. 111. A partir do exercício financeiro de 2018, até o último exercício de vigência do Novo Regime Fiscal, a aprovação e a execução previstas nos §§ 9º e 11 do art. 166 da Constituição Federal corresponderão ao montante de execução obrigatória para o exercício de 2017, corrigido na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias."

"Art. 112. As disposições introduzidas pelo Novo Regime Fiscal:

I - não constituirão obrigação de pagamento futuro pela União ou direitos de outrem sobre o erário; e

II - não revogam, dispensam ou suspendem o cumprimento de dispositivos constitucionais e legais que disponham sobre metas fiscais ou limites máximos de despesas."

"Art. 113. A proposição legislativa que crie ou altere despesa obrigatória ou renúncia de receita deverá ser acompanhada da estimativa do seu impacto orçamentário e financeiro."

"Art. 114. A tramitação de proposição elencada no **caput** do art. 59 da Constituição Federal, ressalvada a referida no seu inciso V, quando acarretar aumento de despesa ou renúncia de receita, será suspensa por até vinte dias, a requerimento de um quinto dos membros da Casa, nos termos regimentais, para análise de sua compatibilidade com o Novo Regime Fiscal."

Art. 2º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua promulgação.

Art. 3º Fica revogado o art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.

Brasília, em 15 de dezembro de 2016.

Mesa da Câmara dos Deputados

Deputado RODRIGO MAIA

Presidente

Deputado WALDIR MARANHÃO

1º Vice-Presidente

Deputado GIACOBO

2º Vice-Presidente

Deputado BETO MANSUR

1º Secretário

Deputado FELIPE BORNIER

2º Secretário

Deputada MARA GABRILLI

3ª Secretária

Deputado ALEX CANZIANI

4º Secretário

Mesa do Senado Federal

Senador RENAN CALHEIROS

Presidente

Senador JORGE VIANA

1º Vice-Presidente

Senador ROMERO JUCÁ

2º Vice-Presidente

Senador VICENTINHO ALVES

1º Secretário

Senador ZEZE PERRELLA

2º Secretário

Senador GLADSON CAMELI

3º Secretário

Senadora ÂNGELA PORTELA

4ª Secretária

Anexo I – Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017

Regulamento da Política de Saúde Mental

Anexo II

Regulamento da Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Origem: PRT MS/GM 3796/2010)

Art. 1º Fica regulamentada a Política de Saúde Mental, observado o disposto neste Anexo.

CAPÍTULO I

DO COLEGIADO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL

Art. 2º Fica instituído o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, de caráter consultivo, com a finalidade de: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º)

I - assessorar o Ministério da Saúde na condução da Política Nacional de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, I)

II - propor mecanismos de avaliação e monitoramento dessa Política; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, II)

III - elaborar relatórios técnicos sobre situações complexas que necessitam de intervenção da gestão; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, III)

IV - analisar e propor as atualizações necessárias para as normas técnicas e as diretrizes do Ministério da Saúde sobre saúde mental e atenção integral em álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, IV)

V - contribuir para ampliar a interlocução da gestão da política de saúde com as organizações da sociedade civil, das entidades científicas e profissionais, e das políticas intersetoriais. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, V)

Art. 3º O Colegiado Nacional terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): 1 (um) representante: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I)

a) Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental/DAPES, que o

coordenará; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I, a)

II - Coordenadores Estaduais de Saúde Mental: 27 (vinte e sete) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, II)

III - Coordenadores de Saúde Mental de Capitais: 26 (vinte e seis) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, V)

VI - Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS): 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VI)

VII - Conselho Nacional de Saúde: 1 (um) representante observador; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VII)

VIII - Secretaria de Direitos Humanos: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VIII)

IX - Ministério da Justiça e Segurança Pública: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IX)

X - Economia Solidária/Ministério do Trabalho: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, X)

XI - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XI)

XII - Ministério da Cultura: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XII)

XIII - Ministério da Educação: 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XIII)

Art. 4º O Colegiado poderá, a seu critério, constituir câmaras técnicas transitórias ou permanentes, para atender aos objetivos do art. 2º, bem como convidar consultores para temas específicos, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 3º)

Art. 5º O Colegiado poderá realizar reuniões ampliadas, quando considerar necessário, convidando para isto coordenadores de saúde mental de outros municípios, atendendo a critérios técnicos e populacionais, bem como outros setores do Ministério da Saúde e representações de entidades científicas e da sociedade civil. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 4º)

Art. 6º O Colegiado reunir-se-á 2 (duas) vezes por ano, podendo realizar reunião extraordinária, se for considerado necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 5º)

Art. 7º Caberá ao Colegiado estabelecer seu regimento interno e a Secretaria Executiva, ouvida a Secretaria de Atenção à Saúde, instância à qual o Colegiado se reporta. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 6º)

Anexo J – Resolução nº 1, de 9 de março de 2018**DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**

Publicado em: 13/03/2018 | Edição: 49 | Seção: 1 | Página: 79

Órgão: Ministério da Justiça/Gabinete do Ministro**RESOLUÇÃO Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2018**

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS do MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, no uso das atribuições, tendo em vista o disposto no art. 19, inciso XII, da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e nos arts. 2º, inciso I, art. 4º e 10 do Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006,

CONSIDERANDO o texto aprovado pelo Plenário em reunião ordinária realizada em 01 de março de 2018, em Brasília;

CONSIDERANDO as competências descritas no Decreto 5.912, de 27 de setembro de 2006, artigo 4;

CONSIDERANDO o disposto na lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, arts. 7 e 19, parágrafo XII da referida lei;

CONSIDERANDO a necessidade de aprimoramento contínuo das ações públicas de prevenção, acolhimento, formação, pesquisa, cuidado e reinserção social no campo das políticas sobre drogas;

CONSIDERANDO o realinhamento da política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde em 2017, objeto de pactuação da CIT - Comissão Intergestora Tripartite, Resolução 32/2017 e da Portaria nº 3.588/2017;

CONSIDERANDO o conjunto crescente de iniciativas e contribuições da sociedade científica brasileira;

CONSIDERANDO o surgimento no contexto nacional e internacional das políticas sobre drogas de diversos programas e abordagens de prevenção, focadas no atendimento de crianças e adolescentes, atuando prioritariamente na oferta de alternativas que permeiem o fortalecimento de habilidades sociais e atitudes saudáveis vinculadas ao universo dos esportes, formação e cultura, resolve:

Art. 1º - Aprovar as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal, observadas as seguintes premissas básicas:

I - O realinhamento da política nacional sobre drogas deve considerar prioritariamente estudos técnicos e outros elementos produzidos pela comunidade científica, capazes de avaliar as práticas atuais e apontar caminhos de efetiva e eficaz utilização dos recursos disponíveis para estruturação de programas e projetos;

II - A orientação central da Política Nacional sobre Drogas deve considerar aspectos legais, culturais e científicos, em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas;

III - Os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar, em sua estruturação, iniciativas de ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes;

IV - O fomento e incentivo aos programas de prevenção próprios ou adaptados à realidade brasileira em articulação com organismos internacionais devem ser direcionados exclusivamente às iniciativas cujos resultados de impacto sejam satisfatoriamente mensuráveis no cumprimento dos objetivos de proteção;

V - Entende-se por necessária a imediata reorientação dos mecanismos de apoio e fomento à produção científica e formação, garantindo a participação equânime de pesquisadores e instituições atuantes em diversas correntes de pensamento no campo das políticas sobre drogas;

VI - A imediata integração institucional e legal da gestão de programas entre os Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça, Extraordinário da Segurança Pública e Direitos Humanos;

VII - O fortalecimento do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD deve considerar a descentralização das ações e atuação conjunta e integrada com órgãos gestores estaduais.

§1º - No realinhamento da PNAD, deve-se considerar a formalização da rede nacional de mobilização comunitária e apoio aos familiares em articulação com grupos e entidades da sociedade civil organizada, cuja atuação seja reconhecida.

§2º - A União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em comunidades terapêuticas, acompanhamento, mútua ajuda, apoio e reinserção social, definindo parâmetros e protocolos técnicos com critérios objetivos

para orientação das parcerias com a União.

Art. 2º A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça, implementará as políticas previstas nesta Resolução, especialmente mediante:

I - Imediata alteração dos documentos legais de orientação da política nacional sobre drogas, em especial aqueles destinados a distribuição aos parceiros públicos e privados e população em geral;

II - Atualização da posição do Governo Brasileiro nos fóruns e organismos internacionais com vistas ao cumprimento da presente deliberação, em articulação com o Ministério das Relações Exteriores;

III - A adequação de ações, projetos e programas, observando o disposto na presente Resolução;

IV - Promoção, no prazo de 30 dias, em articulação com os Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, dos estudos preparatórios necessários à alteração do Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

TORQUATO JARDIM