



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Ênfase em Concepção.

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: DISCUTINDO OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS.

Danila de Jesus¹
Laila Martins de Oliveira²

Resumo: O presente artigo aborda os retrocessos em curso na Política de Saúde Mental no Brasil. Buscamos elucidar como mudanças na legislação dessa política retomam o modelo de institucionalização manicomial e o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, ameaçando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os direitos conquistados a partir dela.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental; Retrocessos; Reforma Psiquiátrica

Abstract: The present article aims to address the prevailing retrogressions happening in the Mental Health Policy in Brazil. We seek to elucidate how those changes that are happening in the legislation of said policy tend to strengthen Therapeutic Communities and resume the institutionalization of asylums and, threatening the rights and principles conquered through the Brazilian Psychiatric Reform.

Keywords: Mental Health Policy; Setback; Psychiatric Reform.

1. Introdução

A política de saúde mental avançou de forma expressiva nos últimos 30 anos: saímos de um modelo de atendimento manicomial, com perfil excludente, expropriante de liberdade e de direitos – com histórico de crueldade –, para um modelo de atendimento humanizado, pautado em serviços abertos, comunitário e promotor de cidadania, que reconhece a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos. Entretanto, todo o avanço do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que teve seu principal marco em 2001 com a Lei 10.216, que redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental e outras normativas, tem dado lugar ao retrocesso.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final dos anos 70, reuniu trabalhadores e usuários que passaram a denunciar os abusos e violações cometidas nos hospitais psiquiátricos. Esse movimento é fruto de um amplo processo de reflexão crítica do modelo de tratamento, do saber teórico-

¹ Estudante de Graduação. Universidade Federal da Bahia. E-mail:<danilaj2@gmail.com>.

² Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal da Bahia. E-mail:<danilaj2@gmail.com>.

científico e das práticas invasivas instituídas para pessoas em sofrimento psíquico, a partir dos princípios dos Direitos Humanos, na noção de cidadania e dignidade para esses indivíduos. Nesse sentido, o movimento de RPB representado pela organização de movimentos sociais, profissionais de saúde, familiares e usuários, reivindicava um novo modelo na forma de intervenção psiquiátrica, com uma assistência em saúde mental que substituísse os “manicômios e hospícios” e promovesse um tratamento capaz de ampliar a vivência comunitária e familiar do indivíduo. Além disso, buscava-se também a ampliação e contribuição de outros conhecimentos específicos para a promoção e recuperação em saúde mental – era necessário que o saber científico não fosse exclusivamente centrado no médico, mas que outros profissionais também atuassem nesse cuidado.

Podemos dizer que uma das importantes pautas de luta do movimento de RPB foi a criação de um tratamento que compreendesse o indivíduo além do rótulo estigmatizante de “doente mental” e que o percebesse enquanto uma pessoa em sofrimento mental, levando em consideração seus aspectos sociais, biológicos e psíquicos. Nessa perspectiva,

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deve ser entendida como um processo político e social complexo, tendo em vista, ser o mesmo uma combinação de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (BRASIL, 2005).

Os esforços da luta antimanicomial e da RPB foram materializados com a Lei nº 10.216/01 que dispõe sobre a proteção da pessoa com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Destaca-se que a aprovação desta legislação se soma a conquistas sociais anteriores, tal como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080/90, e a criação de espaços vitais para o exercício do controle social do SUS, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde - 8.142/90. É oportuno dizer que as Reformas Psiquiátrica e Sanitária Brasileiras ocorrem de forma interligada e são consubstanciadas pelos mesmos

princípios da universalidade e da integralidade no atendimento aos usuários, cujos serviços são organizados de forma comunitária e territorial.

Reiterando; com a aprovação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, formalizou-se uma nova concepção de tratamento e uma ruptura com o modelo anterior, passando a ganhar alicerces sólidos, veiculados e bem fundamentados no sentido de substituir gradativamente os hospitais psiquiátricos, priorizando as instituições com caráter terapêutico psicossocial. A partir disso, a lei suscitou as bases estruturantes para a constituição do que hoje representa uma rede integralizada de atenção à saúde mental. Essa rede foi inicialmente regulamentada pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que passou a integrar os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e outros tipos de serviços substitutivos que foram surgindo no país à rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. (BRASIL, 2004)

É importante não perdermos de vista que os avanços estão longe de seguir uma sequência linear, isto é, na construção e afirmação da Reforma Psiquiátrica há constantes resistências e desafios (há, pois não é um processo acabado, mas em curso ainda) que comprometem princípios que limitam sua materialização.

A propósito dessas afirmações, apenas 17 anos depois da Portaria nº 336/GM que ocorre uma ampliação na concepção de um atendimento integralizado em saúde mental, com a criação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS implementada pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

A estrutura do trabalho na Política de Saúde Mental e na RAPS baseia-se na interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, envolvendo diferentes áreas do conhecimento e profissionais específicos, com o objetivo de ofertar um cuidado integral, humanizado e qualificado de acordo com a necessidade do usuário. Esses serviços são de base territorial e comunitária, que visam fortalecer o vínculo do indivíduo com a comunidade e a possibilidade de sua inserção no meio social, em substituição ao modelo hospitalocêntrico e manicomial; os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Dentre os dispositivos

de atenção em saúde mental, estes ocupam um lugar estratégico no processo da Reforma Psiquiátrica.

A Portaria nº 3.088/2011 institui sete componentes que formam a RAPS: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Esses componentes devem atuar territorialmente e de forma articulada, o que propicia um modelo de saúde mental interdisciplinar e integral, defendido pela RAPS.

Nessa direção, a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, o contexto sócio-histórico e político que emergiu a Saúde Mental no Brasil vem ganhando novos rumos, contudo este não é um processo efetivamente consolidado; precisa-se de constante reafirmação do modelo de saúde mental que é amplamente pautado por este movimento, isso porque o contexto social, político e econômico sempre interferem nos rumos que o Estado emprega a essa política.

Ainda que ao longo dos últimos trinta anos tenham sido criados diversos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os hospitais-dias, o serviço de trabalho protegido, centros de convivência e cultura, dentre outros), o Estado brasileiro tem realizado ações que vem causando um desmonte na política de saúde mental. Esse quadro pode ser visto a partir da Resolução nº 32/2017, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, que regulamenta a chamada *nova* Política de Saúde Mental. As principais mudanças previstas nessa resolução trazem como retrocesso a centralidade nos Hospitais Psiquiátricos (manicômios), a ampliação do financiamento e legitimação das Comunidades Terapêuticas.

Segundo Prudêncio e Senna (2018, p.86) as mudanças aprovadas pela Resolução nº 32/2017 “parecem contraditórias, com forte tendência ao reforço do cuidado asilar, através da ampliação dos pontos de atenção que tratam

diretamente de conteúdos como especialização da atenção e hospitais psiquiátricos”.

A partir disso, buscamos elucidar alguns pontos extremamente problemáticos dessa resolução e de outras normativas, que de fato representam um retrocesso para a Política de Saúde Mental.

2. Os caminhos dos retrocessos

Desde 2016, ano em que a presidenta eleita Dilma Rousseff sofreu deposição, forte tendência ao retrocesso já se apresentava para a Política de Saúde Mental. Podemos citar, nesse mesmo ano, a nomeação do médico psiquiatra Valencius Wurch para a Coordenação Nacional de Saúde Mental; Wurch, nos anos 1990, foi diretor da Clínica Dr. Eiras, situada em Paracambi (RJ), um dos maiores hospícios do Brasil. Como aponta Prudêncio e Senna (2018, p.85) “essa nomeação gerou uma onda de protestos por parte de amplos setores dos movimentos em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira, haja vista a associação da trajetória desse profissional a práticas e interesses asilares, manicomialistas e isolacionistas”.

É inegável que vivemos um cenário de contrarreformas e desmonte de políticas sociais, marcado pelas perdas de direitos sociais em determinantes variados, entre eles a saúde, inclusive a Saúde Mental, matéria abordada neste estudo.

Com a ascensão do governo ilegítimo de Michel Temer, medidas regressivas foram sendo sistematicamente tomadas, o que ameaçou os avanços alcançados com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essas mudanças alteram a lógica da política de saúde mental na forma de financiamento, na expansão dos hospitais psiquiátricos e na ampla defesa das comunidades terapêuticas, em detrimento da ampliação dos serviços substitutivos. Neste processo, chamamos atenção para a Portaria GM/MS n.º 3588/2017 e a Resolução CIT n.º 32/2017, que alteraram sensivelmente as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), indo na contramão dos princípios que nortearam a luta antimanicomial

e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Contudo, essas medidas vêm sendo tomadas paulatinamente, o que agrava o quadro de retrocessos.

No ano de 2018, ocorreram significativas mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD No 1/2018); segundo o Conselho Federal de Psicologia, à aprovação da resolução foi feita “[...] com limitação do debate, obscurantismo e distorções da Política de Redução de Danos e da própria Política Nacional sobre Drogas”. Esta Resolução, tem como eixo “[...] a defesa do modelo de abstinência e das comunidades terapêuticas, em detrimento da Política de Redução de Danos e dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD), e deixa evidente a articulação dessa medida com as alterações da Política de Saúde Mental”. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Já em fevereiro de 2019, foi divulgada a Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGMAD/DAPES/SAS/MS). O documento é lançado como um apanhado de esclarecimentos, que justificam as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas; a nota ratifica os retrocessos expostos nas portarias e decretos que já vinham sendo implementados no país desde 2017. Entre os principais itens, o documento destaca: o financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, incentivo às comunidades terapêuticas, aumento de leitos psiquiátricos e a possibilidade de internação de crianças e adolescentes.

Conforme posicionamento³ da Abrasme em 18 de maio de 2019, a “Nota Técnica n.11/2019” é considerada a mais grave tentativa de subverter conquistas históricas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A “nota” reflete a prioridade de espaços restritivos, historicamente desconectados do funcionamento em rede, os quais são reificados pelas portarias publicadas desde dezembro de 2017.

³Posicionamento crítico da ABRASME: 18 de maio de 2019. Disponível em: https://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID_INFORMATIVO=412

Nesse sentido, é importante demarcar que essas mudanças vêm sendo efetivadas, mas não sem enfrentamentos, pois desde que se avizinhavam esses desmontes na política, muitas entidades e organização posicionaram-se de maneira adversa. Em 2017, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) publicaram notas de repúdio acerca da aprovação da Portaria nº 3.588/2017. As entidades expõem o caráter regressivo desta Portaria, que pretende retomar a cultura da hospitalização, através do aumento do valor da diária de internação paga aos hospitais psiquiátricos, além de ampliar de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos nessas unidades.

Nessa mesma corrente, muitas categorias profissionais, através de suas entidades, têm se estabelecido contra estas medidas do governo, que vêm diretamente ferindo os avanços conquistados com o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira. Nesse sentido, além da Abrasme e Abrasco, têm se posicionado os Conselhos Federais de Serviço Social, Fonoaudiologia (CFESS), Psicologia, Enfermagem, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH).

2.1 A materialidade dos retrocessos na Política de Saúde Mental

Conforme o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Essa política, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os usuários dessa política recebem atendimento, no âmbito do SUS, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O estabelecimento da RAPS está associado à conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), criadas pela Portaria nº 4.279/2010, que passam a

ser implementadas para exercer uma maior eficácia e eficiência na gestão dos sistemas organizacionais de saúde, buscando a integralidade do cuidado. No Sistema Único de Saúde, as RAS, são conceituadas, como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Fazendo referência às reflexões de Mendes (2011), Prudencio e Senna afirmam que: “a implantação das RAS parte do reconhecimento de que a ação em rede no âmbito da saúde aumenta a possibilidade de cuidado e acesso aos serviços, melhora a qualidade da atenção, reduz custos e diminui a fragmentação das ações e, sobretudo, avança em termos de acesso a uma intervenção integral e no território” (2018, p.83). Nessa perspectiva, a RAPS, além de representar os esforços em torno da Reforma Psiquiátrica Brasileira, soma-se a esta concepção de rede na saúde.

A organizatividade da RAPS, a disposição dos seus componentes e serviços, bem como os princípios e diretrizes que regem sua concepção, expressam os avanços alcançados com a luta pela Reforma Sanitária, que é a própria materialização de um modelo de atendimento em saúde mental amplamente defendido por essa luta.

A partir daí, antes mesmo de tocar nos pontos específicos das mudanças sofridas na Política de Saúde Mental, chamamos atenção para a RAPS, pois ela reúne todos os elementos que dão forma à Política de Saúde Mental, preconizada na Lei 10.216/2001; e os retrocessos que têm ocorrido na Política que se fazem por dentro da RAPS, a partir do que já se tem instituído, não há, por parte do governo, um banimento ou extinção da Rede, mas a descaracterização através da retomada de ações conservadoras, que achávamos que já tinham sido superadas ou que pelo menos estávamos no caminho de sua superação.

Nessa direção, embora o governo assuma que a construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais seja um processo contínuo, ele passa a imprimir mudanças

extremamente regressivas no atendimento em saúde mental, sob o discurso de tornar a política mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Contudo, as mudanças operadas “não se tratam de uma “Nova” Reforma Psiquiátrica, mas de uma contrarreforma Psiquiátrica, ou seja, um retrocesso, uma vez que a principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é recolocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a “comunidade terapêutica” (ABRASCO, 2019).

A portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera a Portaria 3.088/2011, responsável por instituir a Rede de Atenção Psicossocial, traz como mudança preocupante a centralidade para as internações, através da integração dos hospitais psiquiátricos à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Conforme Leonardo Pinho, presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme)⁴:

“É importante destacar que a Reforma Psiquiátrica nunca se colocou contrária às internações. Era um dispositivo a ser usado em um momento muito específico do projeto terapêutico. O que a gente precisa é que a Raps e os seus dispositivos sejam melhor financiados e ampliados, para se recorrer cada vez menos aos leitos.”

Com essa nova reinvestida do governo nos hospitais psiquiátricos, a lógica de financiamento da política de saúde mental é alterada, principalmente no que tange à manutenção dos serviços substitutivos. Com a instituição da Lei 10.216/2001, há uma reformulação no financiamento da saúde mental; os recursos antes destinados apenas aos hospitais e clínicas psiquiátricas passam a ser destinados também aos serviços substitutivos (Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Consultórios na Rua etc.).⁵

Essa promoção dos hospitais psiquiátricos se traduz numa ameaça aos serviços e tratamentos da RAPS, que são pensados de forma territorializada,

⁴ Fala proferida sobre as principais implicações da nova política de saúde mental que se desenha no país durante um seminário realizado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no dia 22 de fevereiro de 2019.

⁵ A partir de 2001, quando um leito psiquiátrico era fechado, ou seja, quando um/a usuário/a de longa permanência recebia alta do hospital, para morar com sua família ou na residência terapêutica, os recursos gastos com a manutenção daquela vaga passavam diretamente para a rubrica dos serviços substitutivos. Com o avanço da reforma psiquiátrica, foram fechados mais de 13 mil leitos psiquiátricos e parte desses recursos foi destinada para os serviços substitutivos. Contudo, o repasse não ocorreu na sua totalidade para os serviços substitutivos pelos sucessivos governos, o que acarretou a precarização dos serviços. (CFESS, 2017)

próximos dos usuários e de suas famílias, sem que haja a privação de liberdade e do convívio social. Conforme avalia Leonardo Pinho, a partir do momento que o governo aumenta em 60% os valores das diárias pagas aos hospitais que realizam internamentos por mais de 90 dias⁶, há um estímulo propício para que as pessoas com transtornos mentais permaneçam confinadas por mais tempo. Pinho pondera que “volta aquela visão de que as pessoas podem ser retiradas do convívio social e serem colocados em lugares de internação, já que começa a se receber mais verbas por isso”.

Também em oposição a essa retomada por parte do governo, o Conselho Federal de Serviço Social pontua: “Propor ampliar os serviços hospitalares psiquiátricos é retornar a um passado sombrio, a um passado que lutamos para superar. Não devemos e não queremos produzir novamente desassistência e morte. Pelo contrário, queremos ampliar a cidadania e a autonomia dos usuários/as da política de saúde mental”. (CFESS, 2017)

Assim, problematiza-se também a Resolução nº 32/2017, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS – instância de pactuação de gestores das três esferas do governo em torno da política nacional de saúde. Transmutada na ideia de que as mudanças visam ampliar e fortalecer a RAPS, essa resolução apresenta objetivos contraditórios, como sinaliza Prudêncio e Senna (2018, p.85, grifos nossos):

Assim, enquanto o **artigo 5º veda “[...] qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária [...]”** (BRASIL, 2017, não paginado), **o artigo 9º da mesma Resolução determina a ampliação da “[...] oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”** (BRASIL, 2017, não paginado). Portanto, ao passo que veda a ampliação dos serviços de base hospitalares e asilares, a Resolução abre caminhos para a ampliação, expansão, financiamento e qualificação especializada dos leitos hospitalares, indo, assim, em direção contrária à Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e à Portaria GM/MS nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011).

⁶ A portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018, altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. (BRASIL, 2018)

Além disso, está presente nesta resolução um retorno e reforço dos ambulatorios multiprofissionais de saúde mental/unidades ambulatoriais especializadas. Essa alteração também requer avaliação, pois traz prejuízos para a lógica de atendimento da RAPS, que preconiza, além do atendimento nos serviços substitutivos (como CAPS), uma integração com as outras redes do SUS. Conforme posicionamento do CFESS em avaliação a essa alteração:

A proposta do governo é criar um serviço intermediário entre o Caps e atenção básica. Contudo, com a ampliação dos serviços substitutivos, especialmente os Caps, os antigos ambulatorios de saúde mental foram sistematicamente desmontados, para que o atendimento aos transtornos psiquiátricos leves fosse incorporado na atenção básica, principalmente no Programa de Saúde da Família e Nasf, que estão localizados mais próximos dos/as usuários/as. Já os casos de transtornos graves são de responsabilidade dos Caps, que se constituem no coordenador da rede de saúde mental. Cabe ao Caps realizar o matriciamento e orientar as clínicas da família, ofertando suporte técnico para que elas executem o acompanhamento dos/as usuários/as. (CFESS, 2017)

Nesse sentido, há uma desestruturação na organização dos serviços de saúde mental com o retorno e reforço da lógica ambulatorial, “pois demonstra a intenção do governo de retornar a um modelo assistencial, que proporcionou a segregação e a desassistência de usuários/as” (CFESS, 2017).

Outro aspecto de grande retrocesso na resolução 32/2017 diz respeito à inclusão das comunidades terapêuticas como serviços de saúde. A resolução traz, no seu artigo 11, “fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério do Trabalho em relação às Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2017). Segundo Prudêncio e Senna (2018, p.87), as Comunidades Terapêuticas (CTs) têm seu surgimento e expansão no Brasil “associados à ineficiência estatal para lidar com a questão, representando um *braço* para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, em especial diante do fenômeno do crack”. Estas instituições possuem o histórico de denúncias, críticas e medidas judiciais por violarem os Direitos Humanos, devido ao perfil de tratamento empregado. Há maus-tratos, abuso religioso e práticas contrárias àquelas propostas pela Política de Redução de Danos (BRASIL, 2005) e pelos CAPS AD. (PRUDENCIO; SENNA, p.87)

Ainda conforme Trindade (2017, p. 84), o tratamento designado por essas instituições, além de possuírem um viés religioso e moralista, muito se assemelham ao caráter isolador e segregador de hospitais psiquiátricos, visto que essas Comunidades se localizam em cidades pequenas, sobretudo em áreas isoladas na zona rural, limitando a permanência e a interação destes indivíduos com o seio comunitário.

Diante de tantos aspectos regressivos, reiteramos que a Reforma Psiquiátrica é um processo que necessita ser construído paulatinamente e mantido com vigilância. As resoluções aqui mencionadas deveriam constituir o progresso da Reforma psiquiátrica, reforçar a defesa de um cuidado baseado na inclusão social, no fortalecimento de vínculos com a comunidade, família e trabalho, incentivando o exercício da cidadania, autonomia e o reconhecimento da sua capacidade de sujeito político e de direito. Contudo, as medidas implementadas pelo governo caminham no sentido oposto.

3. Conclusão

Os limites para a consolidação e manutenção de uma Rede de Atenção Psicossocial são reais e surgem a partir de uma lógica macro, no sentido da própria forma de estruturação da dinâmica capitalista, trazendo como consequências uma série de desmontes das políticas e dos direitos sociais conquistados. Essas transformações também se reverberam nos serviços públicos, em especial no setor da saúde mental.

Nessa esteira, cumpre destacar o avanço e consolidação do ideário neoliberal que tem implicado a precarização dos serviços públicos e o corte de investimentos sociais, no sentido de enfraquecer as políticas públicas e sociais, sustentados por uma lógica assistencialista e de mercantilização da saúde, especialmente através dos planos privados e da desassistência do Estado na garantia dos direitos sociais. Os desmontes podem ser vistos no déficit do quadro profissional, na fragilidade dos vínculos empregatícios, na ausência de educação permanente, na falta de concursos públicos, no déficit de recursos

físicos, humanos e financeiros, que se constituem enquanto obstáculos objetivos para o desenvolvimento dos processos de trabalhos na Política.

É notória a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial, que embora implementada, ainda permanece com muitas lacunas. É fato que a continuidade e a ampliação da Política de Saúde Mental carecem de esforços múltiplos e coletivos em prol de uma política que amplie os direitos dos usuários, sua autonomia e liberdade.

Nesse sentido, mudanças efetivas só podem ser refletidas, debatidas e implementadas a partir da ampla participação da sociedade civil, com usuários, familiares e trabalhadores que vivenciam dramáticos empecilhos no que tange à efetivação da integralidade e universalidade dos atendimentos em saúde, e que acessam (ou tentam acessar) a Política de Saúde Mental no Brasil.

A partir de tantas medidas que se configuram como um retrocesso à Política de Saúde Mental, faz-se necessário refletir e problematizar como a ascensão de um governo conservador de extrema-direita tem repercutido no campo das políticas sociais, ferindo direitos conquistados, além da própria democracia, tornando o cenário social, econômico e político do país cada vez mais desafiador.

Dessa forma, o Serviço Social enquanto categoria profissional, engajada com o Projeto Ético Político e com os princípios e valores expostos no Código de Ética profissional, tem endereçado sua ação profissional e luta política a fim de preservar e ampliar os direitos sociais conquistados e fortalecer a política de redução de danos, defendendo um atendimento nas esferas bio-psíquico-social e, além disso, colocando-se na luta pela defesa intransigente dos direitos humanos, isto é; evidenciando a emancipação, liberdade e dignidade da população usuária que acessa esses serviços, além da postura profissional que se coloca contra a exploração/discriminação, privação de liberdade, violação da dignidade desses indivíduos, como também no combate a limites institucionais que visam tão-somente o lucro. Este é o caminho profissional urgente e necessário para fazer frente a tanto conservadorismo e retrocessos.

Para tanto, apreciar esta pauta, alicerçados pelo processo histórico e a atual conjuntura, é umas das formas de ampliar as lutas em favor da cidadania e da democracia, colocando em evidência o reconhecimento dos usuários da política de saúde mental como sujeitos de direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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). Brasília (DF), 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. *Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências*. Brasília (DF), 2017.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.434, DE 15 DE AGOSTO DE 2018. *Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos*. Brasília (DF), 2018. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acessado em: 05 de maio 2019.

BRASIL. Presidência da República. 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. Brasília (DF), 2001. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT/SUS nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 22 dez. 2017. Seção 1, p. 239. Disponível em:
http://www.lex.com.br/legis_27593248_resolucao_n_32_de_14_de_dezembro_de_2017.aspx. Acesso em: 05 de maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Os retrocessos da Política de Drogas no Brasil. Nota Sistema Conselhos de Psicologia sobre recentes ações do Conad. Brasília (DF), 2018 a. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/os-retrocessos-da-politica-de-drogas-no-brasil/>. Acessado em: 05 maio. 2019.

PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; SENNA, Mônica de Castro Maia. Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas/Setbacks in Care for users of alcohol and other drugs. *Argumentum*, v. 10, n. 3, p. 79-93, 2018.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes et al. Saúde Mental e Sociedade: reflexões a partir do Serviço Social. Maceió: EDUFAL: Imprensa Oficial Graciliano Ramos, 2017.

Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acessado em: 05 de maio 2019.

Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acessado em: 05 maio 2019.

Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo - CFESS divulga nota pública sobre a questão. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>. Acessado em: 20 abr. 2019.

“É um retrocesso de 30 anos na saúde mental”, critica presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.edgardigital.ufba.br/?p=11701&fbclid=IwAR2bgKNb9OYFndUrdFFcsMMcd6LYzTh6FnhLjRA4f5NvngvvNFpteHQL98>. Acessado em: 05 maio 2019.

CFESS Manifesta reafirma a defesa de uma política de saúde mental que garanta direitos para os/as usuários/as. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1573>. Acessado em 30 maio 2019.