

CENTRO UNIVERSITÁRIO
UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE PSICOLOGIA

EMMELINE ABREU ALMEIDA

CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA: O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental nos anos de 2016 a 2020 e suas implicações na luta antimanicomial no Brasil.

São Luís
2023

EMMELINE ABREU ALMEIDA

CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA: O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental nos anos de 2016 a 2020 e suas implicações na luta antimanicomial no Brasil.

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Profa. Me. Caroline Gonzaga Torres.

São Luís

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Almeida, Emmeline Abreu

Contrarreforma psiquiátrica: o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental nos anos de 2016 a 2020 e suas implicações na luta antimanicomial no Brasil. / Emmeline Abreu Almeida. — São Luís, 2023.

42 f.

Orientadora: Profa. Me. Caroline Gonzaga Torres.
Monografia (Graduação em Psicologia) - Curso de Psicologia – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2023.

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Política Nacional de Saúde Mental. I. Título.

CDU 616.89"2016/2020"

CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA: O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental nos anos de 2016 a 2020 e suas implicações na luta antimanicomial no Brasil.

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em: 27/06/ 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Me. Caroline Gonzaga Torres (Orientadora)

Mestre em Psicologia

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Profa. Me. Lidiane Verônica Collares da Silva

Mestre em Psicologia

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Profa. Me. Alice Parentes da Silva Santos

Mestre em Saúde Coletiva

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus avós maternos por me acolherem em sua casa quando me mudei para São Luís.

À minha irmã, pelo empenho em me oferecer cuidado.

À minha mãe, pela dedicação e incentivo aos estudos.

Ao meu pai, pelo acolhimento e cordialidade.

Ao meu afilhado Arthur, por me ensinar sobre amor incondicional.

Aos meus amigos, pelo carinho, apoio, pelas conversas e momentos compartilhados.

À minha orientadora, aos docentes do curso de Psicologia, e demais profissionais da instituição, por dedicarem seu tempo ao enriquecimento da minha trajetória profissional e contribuir com minha formação enquanto sujeito político.

Às professoras que fazem parte da banca examinadora, por aceitarem avaliar este trabalho e contribuir positivamente para a melhoria deste.

À minha analista, pela escuta.

À minha obstinação e persistência em buscar por novas possibilidades de existência.

RESUMO

O presente trabalho se propõe a analisar as implicações do desmonte da Política Nacional de Saúde Mental, nos anos de 2016 a 2020, ante os avanços obtidos através da luta antimanicomial brasileira. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter explicativo, tendo como método de coleta dados a pesquisa bibliográfica e documental. A princípio, foi discutido o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e suas contribuições para a assistência em saúde mental. Em seguida, foram levantados documentos governamentais referentes às políticas públicas em saúde mental no período estudado, que representam uma mudança paradigmática no modelo que vinha sendo implementado até então. Por fim, avaliou-se a congruência dessas orientações com os referenciais teóricos e metodológicos que norteiam a luta antimanicomial no Brasil. Os resultados indicaram um retrocesso no processo de desinstitucionalização, visto que as políticas públicas implementadas privilegiaram a reinserção do modelo manicomial na assistência em saúde mental, em detrimento da expansão dos serviços comunitários da Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Política Nacional de Saúde Mental; Psicologia.

ABSTRACT

This study aims to analyze the consequences of the dismantling of the National Mental Health Policy from 2016 to 2020, given the progress of the Brazilian anti-asylum movement. It is a qualitative and explanatory research, with bibliographic and documentary forms of the Dada collection method. First, the process of psychiatric reform in Brazil and its impact on mental health care were studied. Then, an investigation was made of the government documents that provide a set of guidelines for mental health policies that represent a paradigmatic shift in terms of what has been implemented up to that period. Finally, the consistency of these guidelines with the conceptual and methodological approaches that lead the anti-asylum movement in Brazil was evaluated. The results indicate a setback in the process of deinstitutionalization, since the implemented public policies have favored the reintroduction of an asylum-oriented model in mental health care, to the detriment of the expansion and strengthening of the mental health care network.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; Nacional Policy of Mental Health; Psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRP-RJ – Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro
CT – Comunidade Terapêutica
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NBR – Norma Brasileira
PL – Projeto de Lei
PNAD – Política Nacional sobre Drogas
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UA – Unidade de Atendimento
UNDB – Unidade de Ensino Superior Dom Bosco
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 O PERCURSO HISTÓRICO DO ENCLAUSURAMENTO.....	14
3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	19
4 A CONTRARREFORMA.....	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

As mudanças na assistência em saúde mental no Brasil aconteceram de forma lenta e gradual ao longo das últimas três décadas, a partir das reivindicações feitas pelo movimento antimanicomial, que questionava as práticas segregatórias e violentas do modelo de atenção em saúde mental estabelecidas até então (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Um novo modelo de atenção foi amplamente debatido nas décadas de 1980 e 1990, o que contribuiu para a criação e sancionamento da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. A Lei nº 10.216/2001 representa um marco importante para a assistência em saúde mental, sobretudo por ter subsidiado a elaboração da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que corresponde a um conjunto de atos normativos cujo objetivo é a reestruturação da assistência em Saúde Mental no Brasil (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

A partir das discussões de diversos setores da sociedade organizada, como organizações, movimentos sociais, profissionais da saúde, legisladores e juristas, a PNSM foi elaborada, uma vez que uma das principais pautas de debate girava em torno da incompatibilidade da assistência psiquiátrica tradicional com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo, como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o hospital psiquiátrico, como modalidade exclusiva de assistência, isola o sujeito da sociedade e cria condições favoráveis para a violação dos direitos humanos e civis (BRASIL, 2004).

Assim que foi lançada, a PNSM tinha duas principais diretrizes norteadoras: a desinstitucionalização e a expansão e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No que se refere à desinstitucionalização, entende-se como um conceito que vai além da desospitalização, ou seja, pretende a retirada de pacientes do contexto hospitalar e sua reinserção em espaços comunitários, nos quais se propõe repensar conceitos e saberes do paradigma psiquiátrico e buscar novas formas de conceituar a loucura (BRASIL, 2004).

A reestruturação da assistência psiquiátrica apresentada pela PNSM propunha, entre outras medidas, a redução gradual e planejada de leitos, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e a

implementação do programa “De Volta Pra Casa”¹. Além disso, incluía: a expansão e qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a inclusão de ações da saúde mental na Atenção Básica; a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; o programa permanente de formação de profissionais para a saúde mental; os programas de geração de renda e trabalho; e a mobilização de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

Nos anos de 2016 a 2020, representando um claro retrocesso no que diz respeito às políticas de saúde mental construídas a partir da Reforma Psiquiátrica, foram publicados documentos normativos que apresentavam mudanças na assistência em saúde mental no Brasil. Tais documentos (compostos por portarias, resoluções, decretos e editais) compõem o que a Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, publicada pelo Ministério da Saúde, denomina como “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (BRASIL, 2019a). Conforme apontado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a “nova” PNSM foi apresentada à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) desrespeitando o processo democrático de avaliação e deliberação do CNS, que recomenda a suspensão das novas normativas por serem incompatíveis com as estabelecidas inicialmente pela PNSM (BRASIL, 2019b).

Ao mesmo tempo em que a Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS informa que “a desinstitucionalização dos pacientes de Hospitais Psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal”, ela destaca que “não considera Serviços como sendo substitutivos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza”. Considerando essa contradição, Cruz *et. al* (2020) sugerem que as mudanças na PNSM representam uma regressão ao modelo anterior à Reforma Psiquiátrica, introduzindo características que apontam para a priorização de um serviço hospitalar em detrimento dos serviços de base comunitária.

Diante do exposto, percebe-se que o campo da atenção psicossocial vive, nos últimos anos, uma grave crise no que se refere à história da luta antimanicomial no Brasil. De acordo com Delgado (2019), o modelo de cuidado em saúde mental pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos mentais, embora tenha avançado de maneira lenta nos últimos 30 anos, vinha evoluindo de

¹ Introduz, através da Lei nº 10.708 de 2003, o auxílio-reabilitação psicossocial voltado para pacientes com transtornos mentais egressos de internações cuja duração é de 2 anos ou mais.

forma contínua. Contudo, desde o ano de 2016, percebeu-se o início de um acelerado desmonte nos avanços obtidos através da reforma psiquiátrica.

A Nova PNSM tem sido constantemente questionada por diversas entidades do âmbito da saúde e dos direitos humanos, por seguir em desconformidade com importantes preceitos constitucionais e legislações em direitos humanos e de saúde mental (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). A relevância do presente estudo, dessa forma, justifica-se ante o estabelecimento da “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, que propõe diretrizes que estão em desacordo com os avanços obtidos através da história da luta antimanicomial do Brasil.

A referida Política apresenta, como principais características, o incentivo à internação psiquiátrica e a sua separação das políticas sobre álcool e outras drogas, o que vem dando ênfase a uma concepção proibicionista e ao financiamento das Comunidades Terapêuticas no Brasil (BRASIL, 2019a).

Embora tenha havido uma série de modificações aceleradas nas políticas sobre álcool e outras drogas nos anos de 2016 a 2020, as tendências proibicionistas e punitivistas das políticas sociais sobre drogas já se evidenciavam desde 2011, quando a Portaria MS/GM nº 3.088/2011 incluiu as Comunidades Terapêuticas nos Serviços de Atenção em Regime Residencial voltadas para adultos com necessidades clínicas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ao transformar as Comunidades Terapêuticas em dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, o Ministério da Saúde viabilizou o repasse de recursos públicos a essas instituições sem ter absoluta certeza acerca de seu modo de funcionamento e quais repercussões teriam nos direitos dos usuários do serviço (BRASIL, 2011a; CFP, 2018).

Considerando essas circunstâncias, o presente trabalho objetivou analisar as implicações do desmonte da Política Nacional de Saúde Mental, nos anos de 2016 a 2020, nos avanços obtidos através da luta antimanicomial brasileira. Para discorrer acerca dessa problemática, tornou-se necessário discutir o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e suas contribuições para a assistência em saúde mental, levantar documentos normativos emitidos pelo governo federal que compõem um conjunto de reorientações acerca da PNSM, e, por fim, avaliar a congruência das novas orientações da PNSM com os referenciais éticos e teóricos que norteiam a luta antimanicomial no Brasil.

A motivação pessoal para o estudo do tema proposto adveio da experiência como estagiária em um Hospital-Dia², onde pude observar empiricamente o funcionamento desse modelo de instituição. Na época em que o estágio foi realizado havia cerca de 50 pacientes, sendo a maioria deles pessoas com dependência de substâncias psicoativas. Além deste público, havia pessoas com deficiência intelectual e com outros diagnósticos de transtornos mentais. Na ocasião, pude verificar que, mesmo havendo heterogeneidade no que se refere às necessidades dos pacientes, nenhuma distinção de cuidado e assistência era oferecida. Outro agravamento que contribuía para o cuidado precário dos pacientes era a redução do quadro da equipe multiprofissional em meio a um contexto pandêmico, contando apenas com uma psicóloga, um médico psiquiatra e um terapeuta ocupacional, o que inviabilizava ainda mais o fornecimento de um cuidado integral.

Por conta de regras de funcionamento, a frequência dos usuários ao Hospital-Dia era oferecida por um período de tempo pré-determinado. E, a partir da escuta de alguns pacientes e seus familiares, foi possível observar de maneira evidente o sentimento de desamparo, já que não sabiam quais outros serviços poderiam fazer uso. Além disso, a equipe presente, por vezes, desconhecia outras unidades e serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial na cidade, o que impedia a realização dos encaminhamentos necessários.

Através dessa experiência, verifiquei, também, a desconformidade entre aquela modalidade de assistência com os requisitos estabelecidos pela Portaria nº 44/2001, que define o Hospital-Dia como um dos serviços do Sistema Único de Saúde, preconizando atendimentos grupais, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias que visam contribuir para a inserção comunitária do paciente (BRASIL, 2001b).

Não foi possível chegar à conclusão se tal desconformidade era proveniente dos efeitos da pandemia ou se já era decorrente das modificações na legislação vigente. De todo modo, considerando esse contexto, pude constatar que a assistência em saúde mental no Brasil, e mais especificamente no Maranhão, é extremamente deficitária, o que contribuiu ainda mais para a escolha do tema de pesquisa.

² É definido como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, onde devem ser desenvolvidos programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, com carga horária de 08 horas (BRASIL, 2001).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter explicativo, tendo como forma de coleta dados a pesquisa bibliográfica e documental. Como uma primeira aproximação ao objeto de estudo, e levando em conta os elementos a serem levantados na problematização, realizou-se uma pesquisa bibliográfica visando aprofundar as categorias consideradas fundamentais para sua apreensão: direito à saúde, direito à cidadania, políticas de atenção à saúde mental, história da Psiquiatria, desinstitucionalização da loucura, entre outras. Essas categorias foram aprofundadas, principalmente, com base nas questões suscitadas pelos autores Paulo Amarante e Manuel Desviat (AMARANTE, 1994; AMARANTE, 1998; DESVIAT, 2015).

No primeiro tópico objetivou-se, através de um apanhado histórico, evidenciar o contexto socioeconômico e político que impulsionou as primeiras formas de institucionalização de pessoas com transtornos mentais, assim como as concepções acerca da loucura desde o século XVII até os dias atuais. Além disso, buscou-se elucidar a trajetória dos diferentes modelos de assistência em saúde mental no Brasil. Essa contextualização se fez importante, pois as diversas concepções epistemológicas acerca da loucura e do adoecimento psíquico exercem influência nas práticas de cuidado e na criação de instituições que contemplam essa demanda (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

Em seguida, pretendeu-se levantar os documentos governamentais concernentes ao objeto de estudo, a fim de compreender como a questão de assistência em saúde mental foi implementada nos últimos anos no Brasil. Por fim, após as etapas iniciais da pesquisa e a partir dos elementos bibliográficos e documentais apresentados, realizou-se uma análise acerca das implicações da implementação da Nova Política Nacional de Saúde Mental para a Rede de Atenção Psicossocial, mais especificamente de 2016 a 2020, e para os avanços alcançados através da Reforma Psiquiátrica brasileira.

2 O PERCURSO HISTÓRICO DO ENCLAUSURAMENTO

Em meio à crise socioeconômica que atingiu a Europa no século XVII, ocorrida devido às mudanças nos modos de produção, a solução encontrada pelos absolutistas foi iniciar um movimento que buscava isolar e segregar sistematicamente certos segmentos sociais “indesejados”, que ficou conhecido como “O Grande Enclausuramento”. Os pobres, as pessoas com deficiência, os doentes incuráveis, as pessoas que não tinham moradia e trabalho, os rebeldes políticos e os loucos eram enclausurados em instituições que compunham o Hospital Geral de Paris, com a função de preservar uma ordem social e política (DESVIAT, 2015).

A partir das mudanças advindas da Revolução Francesa, como a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão e o Contrato Social, o enclausuramento em massa precisava ser abolido, pois era um dos símbolos remanescentes do absolutismo, e os novos ideais proibiam a privação da liberdade sem justificativas legais. A partir desse contexto, foi instaurada a tutela médica dos doentes mentais e estabelecida a criação dos manicômios e da Psiquiatria enquanto especialidade da Medicina, o que moldou a legislação em saúde mental até os dias de hoje (DESVIAT, 2015).

Desviat (2015) afirma que, a partir da nova ordem social, a reclusão daqueles que eram chamados de “loucos” passou a ter significado terapêutico, com a justificativa de que essa parcela populacional seria protegida de uma sociedade alienante e geradora de diversos sofrimentos mentais. A loucura foi transformada em uma entidade clínica, não apenas em relação ao seu caráter descritivo, mas também como algo passível de tratamento e cura.

Dessa forma, se no Antigo Regime as pessoas desviantes e incômodas eram aprisionadas por ordens reais e judiciárias, a partir do século XIX eram postas em manicômios e submetidas à hegemonia do saber médico, com a premissa de que essas soluções eram de caráter terapêutico. O manicômio, portanto, surgiu com o objetivo de proteger a sociedade de uma parcela populacional que representava um risco à ordem social, e cujo modo de vida não era aceito pela maioria (DESVIAT, 2015).

A Psiquiatria, enquanto saber científico, era o que legalizava a sua existência. Daí por diante, foi instituído o tratamento moral por médicos como Pinel, Leuret e Esquirol, cuja premissa era que a alienação mental dos pacientes era

causada pelo meio social e sua cura adviria do isolamento e das medidas que pretendiam “reeducar” a mente (DESVIAT, 2015).

Outra concepção advinda da Psiquiatria clássica é de que o alienado é irresponsável pela sua conduta na sociedade e não pode responder completamente à lei e às normas sociais. Além disso, havia a teoria da degeneração, estabelecida por Bénédict Morel, que considerava loucos, criminosos, revolucionários e outros grupos sociais execrados pela sociedade como portadores de distúrbios mentais degenerativos. Essas ideias fomentaram o discurso que associava características de periculosidade e incurabilidade aos loucos, o que contribuiu para que essa parcela da população fosse inscrita em estigmas que perduram até os dias atuais (DESVIAT, 2015).

Por volta do século XIX, o processo de massificação dos asilos e a predominância das concepções organicistas contribuíram para que a incurabilidade fosse atribuída aos alienados, e que a eficácia dos tratamentos médicos fosse questionada. Essas circunstâncias, segundo Desviat (2015), reforçaram a função social dos manicômios em detrimento de sua função médica, ou seja, a essas instituições era atribuída a função de proteger a sociedade de um grupo populacional que representava um risco à ordem social.

Observando a historicidade da concepção da loucura, desde o Grande Enclausuramento até os dias atuais, com base nos estudos realizados por Desviat (2015), evidencia-se que a sociedade é dominada por tendências totalitárias em relação a pessoas com sofrimento psíquico, sobretudo quando adotam comportamentos indesejados pelos diversos setores sociais, que clamam por soluções marginalizantes e isoladoras em detrimento de medidas de assistência e prevenção.

No Brasil, a loucura só passou a ser objeto de intervenção estatal depois da chegada da Família Real portuguesa, pois as mudanças sociais e econômicas desse período exigiam a manutenção de uma ordem e controle social. Em 1830, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizou uma análise acerca da situação dos loucos da cidade, e foi a partir desse momento que esses indivíduos passaram a ser considerados como doentes que deveriam ser isolados e tratados (AMARANTE, 1994).

Amarante (1994) afirma que, após a proclamação da República, a Psiquiatria brasileira buscou modernizar-se, pois os modelos de hospícios que

existiam durante a monarquia se assemelhavam às instituições que operavam pelos moldes absolutistas, o que não correspondia aos novos ideais liberais e republicanos. A partir de então, o modelo de colônias passou a ser implantado na assistência aos doentes mentais, porém não se diferenciavam dos asilos tradicionais, já que ainda tinham como fundamento o isolamento e a recuperação pelo trabalho (AMARANTE, 1994).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é dividido por Paulo Amarante (1998) em três momentos, sendo o primeiro deles nomeado como “a trajetória alternativa”. Esse primeiro momento teve seu estopim durante a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão responsável pela formulação de políticas nesse setor, quando três médicos denunciaram as irregularidades da unidade hospitalar. Nesse contexto, deu-se origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que denunciava a escassez de recursos das unidades e as condições precárias de trabalho, e também objetivava promover debates acerca da loucura de forma a desconstruir conceitos e práticas psiquiátricas até então vigentes (AMARANTE, 1998).

O surgimento do MTSM foi um marco importante para o debate em saúde mental, pois impulsionou a criação de espaços para organização política e produção de um conhecimento que questionava a natureza e função das práticas psiquiátricas. Além disso, reforçou as denúncias ao governo militar, principalmente no que se refere ao modelo de assistência psiquiátrica estabelecido. Logo, essas reivindicações alicerçaram as bases políticas para os futuros momentos da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1998).

Em 1979, foi realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde foi reforçado que a luta pela transformação do sistema de saúde também está associada à luta dos demais setores sociais pelo exercício pleno da democracia. Além disso, também foi repudiada a instrumentalização da Psiquiatria para a repressão popular, e solidificada a crítica ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos. Tais debates sugerem uma inclinação do MTSM às questões referentes ao modelo de atenção psiquiátrica, e não apenas aos aspectos mais corporativos das reivindicações (AMARANTE, 1998).

O segundo momento da Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu no começo dos anos 1980, e foi chamado de “trajetória sanitarista”. Nesse contexto, segundo Amarante (1998), as bases teóricas que construíam o pensamento crítico

em saúde - como o questionamento da Medicina como saber hegemônico e dispositivo de controle, novas formas de concepção do processo de saúde e doença - foram substituídos pelo entendimento de que os problemas da assistência em saúde iriam ser resolvidos através de uma reestruturação na administração de serviços e instituições.

Esse período foi consolidado pela criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e da elaboração de seu plano para a assistência psiquiátrica, que propunha a universalização, regionalização e hierarquização dos serviços em saúde. Nesse plano, o serviço ambulatorial era priorizado, e um dos objetivos era o de reduzir o número e duração das internações (AMARANTE, 1998).

Em 1987, foi realizada a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, tendo como tema principal a 'Política Nacional de Saúde Mental na Reforma Sanitária', abrangendo discussões como: o processo de marginalização e exclusão social e sua relação com a saúde mental da população, e a necessidade de atualizar o Código Civil em suas disposições relativas à doença mental. De maneira gradativa, as discussões foram assumindo um caráter cada vez mais político e social, dando protagonismo aos direitos dos pacientes psiquiátricos, ao cunho cronificador e estigmatizante do modelo assistencial, ao processo de mercantilização da loucura e da saúde, e à psiquiatrização da sociedade (AMARANTE, 1998).

A partir desse contexto, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, que marcou o início da trajetória da desinstitucionalização e o distanciamento da perspectiva sanitarista. Entre as recomendações da I Conferência Nacional de Saúde Mental, destacam-se: a necessidade de participação popular nas políticas de saúde mental; a priorização de serviços comunitários e multiprofissionais em oposição à tendência hospitalocêntrica; o redirecionamento dos profissionais da saúde mental em direção ao combate da psiquiatrização social (BRASIL, 1988).

Nesse período, a realização de eventos e decisões importantes representou uma ruptura no modelo de Reforma Psiquiátrica brasileira, cujas discussões concernentes deixaram de ocorrer exclusivamente no campo técnico-assistencial e passou a abranger a comunidade, associações, e várias outras formas de organização da sociedade civil (AMARANTE, 1998). Dentre esses eventos e decisões, evidenciam-se: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a Conferência

Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (1990), o 2º Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

Em 1989, foi apresentado o Projeto de Lei 3.657/89, pelo deputado Paulo Delgado, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e que, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi transformado na Lei nº 10216/2001. De um projeto que propunha a limitação e proibição do aumento de leitos psiquiátricos financiados pelo poder público, transformou-se em uma lei que dispõe vagamente acerca da garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais, contendo, inclusive, a possibilidade de aumento de leitos nas regiões onde não havia serviços substitutivos. Esse aspecto se torna contraditório, já que a lei visa expandir os serviços assistenciais substitutivos justamente para regiões onde não há (PRADO *et al.*, 2020).

Ademais, o processo de tramitação do PL 3.657/89 aponta para uma diversidade de legendas partidárias, já que alguns deputados de partidos mais à direita compartilhavam das mesmas considerações que os deputados de centro ou esquerda. Um dos motivos para tal situação é que o tópico de saúde mental é alvo de vários estigmas e preconceitos, em uma sociedade que anseia pelo controle do “louco incapaz e perigoso”, que dá protagonismo e autoridade ao saber médico e que não acredita em um cuidado pautado na liberdade (PRADO *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que a trajetória sanitarista, embora tenha se distanciado das discussões teóricas trazidas pelo MTSM, ainda trouxe avanços nesse setor, pois introduziu lideranças mais progressistas nas instituições, que proporcionaram novas formas de intervenção e pensamento, assim como a capacitação profissional daqueles que não costumavam refletir sobre suas práticas. Além disso, conforme Amarante (1998), o surgimento de uma nova trajetória não significa que há uma substituição da anterior, já que as diferentes práticas em saúde mental coexistem até dos dias de hoje.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Conforme discutido no tópico anterior, somente em 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção de direitos das pessoas com transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial. Conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, seu texto final aponta para um distanciamento do projeto original apresentado pelo deputado Paulo Delgado dez anos antes, que preconizava, de maneira mais enfática, a extinção dos manicômios, a proibição da criação de novos hospitais psiquiátricos e a criação de um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica com participação da comunidade (PRADO; SEVERO; GUERRERO, 2021).

No mesmo ano, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que contemplou questões como: a reorientação do modelo assistencial a partir de um entendimento de saúde como um processo ao invés de ausência de doença; a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos e criação de uma rede substitutiva de caráter público; a capacitação continuada dos profissionais de saúde mental; a reafirmação dos princípios de integralidade, descentralização e controle social; o aprimoramento dos mecanismos de financiamento dos serviços substitutivos; além da equidade de acesso aos serviços de saúde e do exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002a).

O começo dos anos 2000 foi marcado pela ampliação de serviços de base comunitária, entre eles a Política Nacional de Saúde Mental, que apresenta estratégias e diretrizes para reorganizar a assistência nesse âmbito. Através da Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002b), o Ministério da Saúde estabeleceu que os Centros de Atenção Psicossocial poderiam existir nas modalidades de CAPS I³, CAPS II⁴, CAPS i⁵, CAPS AD⁶ e CAPS III⁷, definidos por ordem crescente dependendo do porte/complexidade e abrangência populacional.

³ Atualmente, atende a todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves e persistentes, em regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

⁴ Atualmente, atende a todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves e persistentes, em regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

⁵ Atualmente, atende a crianças e adolescentes, com transtornos mentais graves e persistentes, em regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

⁶ Álcool e Drogas: atende todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, em regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

⁷ Atende todas faixas etárias, com transtornos mentais graves e persistentes, e disponibiliza até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; atende regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Em 2012, considerando as recomendações feitas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, foi instituído o CAPS AD III⁸ através da Portaria nº 130/2012, e 5 anos depois foi acrescentado o CAPS AD IV⁹ por meio da Portaria nº 3.588/2017, voltado para pessoas com quadros graves decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017).

Os CAPS, em suas diferentes modalidades, são constituídos por equipe multiprofissional e interdisciplinar, e as atividades lá realizadas ocorrem em espaços coletivos e em consonância com os outros serviços que compõem a rede de atenção em saúde. Segundo o Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2010), nos anos de 2004 a 2007 foram construídos 1.143 CAPS e 479 residências terapêuticas.

Para Yasui (2011), o CAPS é:

o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço (YASUI, 2011, pág. 115).

Em 2011, foi promulgada a Portaria 3.088/2011, que apresenta o CAPS como o centro da atenção psicossocial e institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Através dessa legislação, há a criação, ampliação, e articulação dos serviços de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades derivadas do uso de crack, álcool e outras drogas, na esfera do Sistema Único de Saúde. As diretrizes para o funcionamento da RAPS baseiam-se, principalmente, no desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, na priorização de serviços de base territorial e comunitária, nas estratégias diversificadas de cuidado, no desenvolvimento de atividades territoriais que proporcionem a autonomia e no exercício da cidadania (BRASIL, 2011a).

A RAPS é composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde (Unidade Básica de Saúde, equipe de atenção básica para populações específicas); atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial);

⁸ Álcool e Drogas: atende todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; com de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; atende regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

⁹ Atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de todas as faixas etárias; com funcionamento 24h, com possibilidade de ofertar assistências para urgências e emergências junto a cenas abertas de uso de drogas; em municípios com mais de 500 mil habitantes e capitais de estado.

atenção de urgência e emergência (SAMU 192, UPA 24 horas, entre outros); atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial¹⁰); atenção hospitalar nas enfermarias especializadas; e estratégias de desinstitucionalização, que inclui os Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011a).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) é constituído por moradias localizadas no espaço urbano cujo objetivo é contribuir para o processo de reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais graves, e facilitar a inserção desse público na rede de serviço, nas organizações e na comunidade. O serviço é destinado, mais especificamente, aos egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS¹¹, aos egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, às pessoas em acompanhamento nos CAPS que possuem problema com moradia, e às pessoas em situação de rua com transtornos mentais severos (BRASIL, 2004).

Em termos gerais, existem dois tipos de SRTs: SRT I (cujo suporte é centrado na inserção dos usuários na comunidade existente) e SRT II (que oferece cuidados substitutivos familiares a moradores que precisam de cuidado intensivo). No que se diz respeito ao financiamento dos SRTs, os recursos financeiros da Autorização de Internação Hospitalar, antes destinados aos leitos hospitalares, devem ser realocados à medida que eles forem desativados. A partir desses recursos, é possível promover a infraestrutura das moradias e acompanhamento necessário aos usuários. Entretanto, a realocação de recursos não ocorre automaticamente e depende de discussões junto às comissões bipartites de cada estado (BRASIL, 2004).

Compondo a atenção residencial de caráter transitório da RAPS, existem os Serviços de Atenção em Regime Residencial e as Unidades de Acolhimento (UAs), que foram instituídas pela Portaria nº 121/2012, com o objetivo de oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para as pessoas com necessidades derivadas do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma articulada com a Atenção Básica e os CAPS. Há duas modalidades de UAs: voltada para o público adulto ou para o infanto-juvenil de 10 a 18 anos incompletos (BRASIL, 2012b). No

¹⁰ Incluem as Comunidades Terapêuticas, que são descritas na Portaria nº 3.088 como serviços de saúde que oferecem cuidado contínuo de caráter transitório por até 9 meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

¹¹ Serviços de Informações Hospitalares do SUS.

que se refere aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, a Portaria nº 131/2012 institui incentivo financeiro para apoiar o custeio desses serviços, incluindo as Comunidades Terapêuticas, que já faziam parte da Política Nacional sobre Drogas¹² desde sua criação em 2005 (BRASIL, 2012c).

De acordo com as informações disponibilizadas pelo Governo Federal (BRASIL, 2021), as Comunidades Terapêuticas são entidades privadas e sem fins lucrativos que realizam acolhimento de pessoas com sofrimentos decorrentes do abuso de álcool e substâncias psicoativas. As CTs não fazem parte do SUS ou do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), pois configuram-se como equipamentos da rede complementar de atenção que utilizam a convivência entre os pares como instrumento terapêutico, e, portanto, não são um serviço de saúde.

Há divergências acerca do surgimento das CTs, mas autores como Amarante (1998) e Desviat (2015) apontam que um dos maiores representantes dessa forma de atuação institucional foi o psiquiatra inglês Maxwell Jones, no campo da Psiquiatria Social. No contexto da Primeira Guerra Mundial, Jones foi responsável por modificações nas instituições psiquiátricas, priorizando uma gestão horizontalizada, participativa e democrática, ao invés de hierarquizada, onde apenas os médicos possuem algum saber sobre o tratamento do paciente.

Inicialmente, as CTs eram uma modalidade de atenção voltada para pacientes psiquiátricos, mas, a partir dos anos 1960, começou a ser adaptada ao tratamento de pessoas com dependência de álcool e outras drogas. Ao longo do tempo, as Comunidades Terapêuticas foram ganhando notoriedade e sendo cada vez mais difundidas, e hoje se organizam de forma variada em relação à metodologia que norteia o tratamento dos pacientes (DAMAS, 2013).

No Brasil, as CTs surgiram principalmente nos anos 1970, antes mesmo de existir qualquer política pública voltada para pessoas com dependência química, o que propiciou a instalação e propagação desses serviços sem qualquer tipo de regulamentação. Esse vazio deixado pela ausência de políticas públicas foi sendo ocupado por instituições desse modelo, que tentavam suprir essa demanda na mesma proporção em que o número de pessoas em sofrimento por abuso de substâncias crescia (COSTA, 2009; BRASIL, 2003).

¹² Foi aprovada através da Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005), pelo Conselho Nacional Antidrogas (atualmente Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas). Posteriormente, foi revogada pela Resolução nº 1, de 15 de julho de 2020 (BRASIL, 2020).

Em 2017, o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) divulgou uma Nota Técnica a respeito do perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras, afirmando que esse modelo de cuidado se baseia num tripé disciplina-trabalho-espiritualidade. Nesses locais, o trabalho contribui para a manutenção do espaço comunitário e é entendido como terapêutico, capaz de proporcionar autodisciplina e autocontrole, habilidades estas que geralmente são consideradas ausentes em pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas. A espiritualidade, por sua vez, é promovida como recurso essencial para minimizar o sofrimento do indivíduo e ajudá-lo a ficar abstinente. Embora algumas CTs sejam oficialmente desvinculadas às instituições religiosas, as práticas espirituais ganham centralidade nesse modelo de atenção, pois são instrumentalizadas com a proposta de promover a “transformação” dos sujeitos (IPEA, 2017).

Ao longo dos anos, as Comunidades Terapêuticas brasileiras adquiriram características próprias, com fundamentos religiosos moralizantes que destoam do modelo original proposto por Maxwell Jones. O isolamento e a abstinência também fazem parte das premissas das CTs. Conforme os dados obtidos pelo IPEA (2017), o isolamento se dá pelo distanciamento do sujeito de suas relações sociais e familiares, sob o pressuposto de que o afastará dos lugares e pessoas que influenciam o uso de substâncias. Posto isso, é possível traçar um paralelo entre as CTs brasileiras e o tratamento moral dos alienados proposto Pinel, que definia a reclusão como terapêutica e necessária, pois afastava os sujeitos das “paixões irritantes” do mundo exterior (DESVIAT, 2015).

Também de acordo com o IPEA (2017), a maioria das Comunidades Terapêuticas analisadas funciona sob um viés proibicionista, onde prevalecem os princípios da moralidade e a abstinência como única condição viável de tratamento, em oposição à lógica da redução de danos¹³. No que se refere ao financiamento dessas instituições, observou-se variadas maneiras de angariar recursos, dentre elas o financiamento público oriundo das três esferas de governo. Além disso, algumas CTs recebem certificados dos poderes legislativos e executivos, o que possibilita a isenção de pagamento de diversos tributos (IPEA, 2017).

¹³ A abstinência preconiza a remissão do sintoma e o interrompimento definitivo do uso de substâncias. Em dissonância, a redução de danos consiste em estratégias preventivas que buscam reduzir as consequências negativas relacionadas ao uso de drogas, respeitando a liberdade de escolha. Quando imposta por uma regra institucional, que entende essa opção como única forma de tratamento, a abstinência privilegia o poder jurídico/religioso em detrimento da promoção de saúde, e pode ser um impeditivo ao acesso do usuário aos serviços de saúde (LOPES; GONÇALVES, 2018).

Considerando a problemática das CTs, constata-se que ainda existem entraves que dificultam a plena implementação de um modelo de atenção psicossocial em saúde mental, cuja premissa principal é a desinstitucionalização. Todavia, o redirecionamento das políticas de saúde mental avançou significativamente desde o começo do século XX, a partir da implementação dos serviços da RAPS aqui já mencionados, da diminuição de leitos e hospitais psiquiátricos, da inclusão dos profissionais de saúde mental nos NASFs¹⁴ e outros componentes da atenção básica (BRASIL, 2020).

No ano de 2006, os gastos federais extra-hospitalares (55,92%) ultrapassaram os gastos hospitalares (44,08%), fato que era inédito na história do Brasil. Em 2009, os gastos federais extra-hospitalares representavam 67,71% dos gastos totais, o que aponta para um concreto redirecionamento do financiamento (BRASIL, 2011b).

Segundo Pereira e Costa-Rosa (2012), a gestão e os modos de atenção dos equipamentos de Saúde se transformaram de acordo com os processos históricos e ideológicos concomitantes à Reforma Psiquiátrica brasileira, como a redemocratização do país e a criação do Sistema Universal de Saúde. Considerando o contexto em que se deu a reforma, percebe-se que as políticas de Estado, de governo, as políticas públicas e as formas de organização coletiva influenciam diretamente na área da Saúde e na forma em que se realiza o cuidado.

As políticas públicas são influenciadas pela política de Estado e de governo, sendo a última constituída pelas mudanças de gestores, como os do Poder Executivo, que cumprem com interesses ideológico-partidários. Sendo assim, as mudanças nas políticas de governo interferem no paradigma da Saúde Mental, fazendo-o avançar ou retroceder, como foi debatido no decorrer deste trabalho (PEREIRA e COSTA-ROSA, 2012).

¹⁴ Núcleos de Apoio à Saúde da Família, cujo objetivo é aumentar a abrangência das ações da atenção básica. Em 2020, através da Nota Técnica nº 3/2020, houve a revogação dos documentos que instituem o NASF e do credenciamento de novas equipes multiprofissionais pertencentes a este serviço (BRASIL, 2020).

4 A CONTRARREFORMA

As intercorrências políticas que figuram o ano de 2016 representam o início de um intenso desmonte e desfinanciamento de políticas sociais. A saber, em agosto desse mesmo ano, ocorreu o Impeachment da presidente Dilma Rousseff, com o apoio da Suprema Corte, do Legislativo, de parte do Judiciário e da elite empresarial. Assim, deu-se início ao governo de Michel Temer, até então vice-presidente da representante do executivo deposta. Este, rapidamente, demonstrou suas preferências por uma política econômica pautada na austeridade fiscal em detrimento das políticas sociais. Tais preferências se evidenciaram quando foi implementada a Emenda Constitucional 95/2016, uma política de ajuste fiscal que determinava o congelamento de despesas públicas por 20 anos. O âmbito da saúde pública, que já era subfinanciado, teria seu orçamento restrito ao teto de gastos, sem considerar as variadas necessidades de saúde da população e a urgência da expansão da rede pública (MENEZES *et al.*, 2019).

Bravo, Pelaez e Menezes (2020) observam que, durante os primeiros meses da nova gestão, houve pronunciamentos governamentais que, explicitamente, defenderam a diminuição do SUS, alegando que os problemas do âmbito da saúde não advinham de um financiamento insuficiente, mas sim de um modo de gestão inadequado. Além disso, o novo Ministro da Saúde, Ricardo Barros, afirmou que o país não tinha capacidade financeira para garantir o princípio de universalidade do SUS, e que sua proposta era a criação dos Planos de Saúde Acessíveis.

Pronunciamentos como esse evidenciam uma crescente tendência do Ministério da Saúde em adotar pautas compromissadas com os interesses dos setores empresariais de saúde. Tendo isso em vista, é possível perceber que a deposição da ex-presidenta Dilma Rousseff representou muito mais do que uma troca da chefia do Executivo, pois é evidente a mudança paradigmática em relação à criação e implantação das políticas sociais.

Segundo Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), os retrocessos na área da Saúde Mental iniciaram antes mesmo de 2016, com a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para o cargo de Coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em 2015. Duarte Filho foi diretor-técnico do hospital psiquiátrico “Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi”, já considerado o maior manicômio da

América Latina, que foi fechado em 2012 depois de diversas denúncias de violação de direitos. Durante sua gestão, o hospital fazia uso de eletrochoques e mantinha os pacientes em condições sub-humanas. Em resposta, vários movimentos sociais protestaram contra a nomeação e acrescentaram que Duarte Filho nunca trabalhou em instituições extra-hospitalares do SUS ou da RAPS, o que o tornava ainda mais incapacitado para o cargo (ENSP, 2016).

Essa nomeação parece ter sido um dos primeiros sinais de que a assistência em saúde mental estava adotando uma tendência manicomial e hospitalocêntrica, completamente contrária aos preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental. Após grandes protestos, Duarte Filho foi exonerado em maio de 2016, nove meses após ter sido nomeado. Essa decisão não significou necessariamente um avanço, pois logo em seguida houve a nomeação de Quirino Cordeiro Junior para o mesmo cargo, um dos maiores defensores da Nova PNSM.

Em 2017, houve a aprovação da Resolução nº 32/2017 (BRASIL, 2017) da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que estabelece novas diretrizes para “fortalecer” os componentes da RAPS (BRASIL, 2017a). De acordo com Cruz (*et. al*, 2020) essa resolução pode ser considerada como um dos marcos que iniciam um período de retrocessos na área da saúde mental, já que as principais determinações foram: a inclusão dos hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial e o fortalecimento da parceria entre o Ministério da Saúde e as Comunidades Terapêuticas.

De acordo com Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), há aspectos contraditórios nesta Resolução, pois ao mesmo tempo em que reafirma o modelo assistencial de base comunitária, também aponta para a ampliação de serviços hospitalares e isoladores. Se o objetivo era fortalecer o processo de desinstitucionalização, o adequado seria apoiar o financiamento e expansão dos serviços assistenciais substitutivos e extra-hospitalares, como vinha sendo feito até 2015/2016.

O redirecionamento das políticas em saúde mental também foi evidenciado pela Portaria nº 3.588/2017 - que dá ênfase a hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e criação de leitos em hospitais gerais -, e pela Portaria nº 2.434/2018, que aumenta o valor das diárias de

internação de mais de 90 dias em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2018a).

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) assinalam que essas mudanças trazidas por portarias, resoluções e demais documentos que constituem a nova PNSM apontam para o aumento sistemático do financiamento de estruturas de caráter hospitalar/asilar, ao mesmo tempo que asfixia os recursos de base comunitária e territorial. Como exemplo disso, destaca-se a Portaria nº 3.659/2018 (BRASIL, 2018b), que, em novembro de 2018, suspendeu o repasse de verbas destinadas ao custeio mensal de 72 CAPS, 194 Residências Terapêuticas, 31 Unidades de Acolhimento e outros serviços que compõem a RAPS, sob a justificativa de ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Essa decisão foi questionada pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, que não reconheceu a veracidade das informações acerca do não funcionamento dos serviços da RAPS, já que estavam em pleno funcionamento (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Nesse mesmo período em que o modelo manicomial estava voltando a ser a base da assistência em saúde mental, a política brasileira sobre drogas estava caminhando em direção a um paradigma predominantemente proibicionista e segregador.

Em 2018, o Ministério da Justiça lançou a Resolução nº 1/2018, que aprova as diretrizes para o realinhamento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) considerando a Resolução nº 32/2017 e a Portaria nº 3.588/2017 já mencionadas anteriormente. Neste documento, foi enfatizada a promoção da abstinência, a necessária *reorientação* dos mecanismos de produção científica e as Comunidades Terapêuticas são citadas como exemplo de *rede de suporte social* (BRASIL, 2018c, grifo nosso).

Um ano depois, a Nova PNAD foi aprovada através do Decreto nº 9.761/2019, que traz informações mais detalhadas acerca dos pressupostos desta nova política. Dentre eles, destacam-se: a abstinência como objetivo do tratamento e da assistência; o apoio financeiro para o aprimoramento das Comunidades Terapêuticas; a busca incessante do idea de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas (BRASIL, 2019).

O ano de 2019 foi marcado pela intensificação dos retrocessos nas políticas de saúde mental, pois estes assumiram um caráter mais ofensivo e

intransigente a partir do governo recém-empossado do ex-presidente Jair Bolsonaro. Em fevereiro, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, com o objetivo de fornecer esclarecimentos acerca das mudanças na PNSM e nas Diretrizes da PNAD. No documento foi afirmado que os atos normativos que vinham sendo lançados desde 2016 fazem parte de um processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, ainda preservando a essência da Lei 10.216/01 (BRASIL, 2019a).

No entanto, ao decorrer da Nota Técnica, percebe-se que o processo apontado como evolutivo é, na verdade, uma regressão aos moldes manicomialistas que preponderavam nos serviços de saúde mental antes do período da Reforma Psiquiátrica brasileira. Embora o documento constantemente faça referência a uma *Nova Política Nacional de Saúde Mental* e uma *Nova Política Nacional sobre Drogas*, não há nada de novo nas mudanças propostas. O que se observa é justamente o contrário: as mudanças são anacrônicas e buscam desmontar as políticas de desinstitucionalização que vinham sendo aplicadas nas últimas duas décadas.

Logo na introdução, foi informado que o Governo Federal iria destinar um adicional de R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,5 bilhão, para expansão e qualificação dos serviços da RAPS. Todavia, considerando a adição dos hospitais psiquiátricos, hospitais-dia e unidades ambulatoriais na RAPS, não há nenhuma garantia de que esses recursos adicionais serão destinados aos serviços de base comunitária. Além disso, no documento consta que “O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutivos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (BRASIL, 2019a).

Ao longo do texto, foi mencionado diversas vezes que não há justificativa para o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos, e que a RAPS apenas está sendo expandida e fortalecida de modo a preservar a política de assistência comunitária e os princípios de desinstitucionalização. No entanto, vale questionar a veracidade dessa constatação. Afinal, como a desinstitucionalização continuará sendo preservada se as políticas governamentais incentivarão, inclusive financeiramente, serviços hospitalocêntricos que contribuem para o afastamento das pessoas da rede comunitária?

A Nota Técnica nº 11/2019 justifica a inclusão dos hospitais psiquiátricos, hospitais-dia e unidades ambulatoriais na RAPS sob a argumentação de que faltava

uma Rede que contemplasse as diferentes necessidades existentes na Saúde Mental. Em relação ao atendimento ambulatorial, foi dito que essa modalidade é essencial para o atendimento da demanda reprimida de pessoas com transtornos mentais mais comuns, “que não se encaixam na atenção básica e não necessitam de um serviço de reabilitação como o CAPS” (BRASIL, 2019a).

Essa constatação parece ignorar o fato de que o CAPS consiste num modelo de assistência que oferece, necessariamente, a reorganização da rede comunitária, e funciona através de uma lógica territorial, isto é, identifica os recursos existentes na comunidade para que sejam traçadas estratégias de cuidado, e não se constitui apenas enquanto um serviço de reabilitação. Além disso, existem seis tipos de CAPS, que funcionam em diferentes modalidades, considerando as características populacionais, a faixa etária, e os graus de complexidade, como já foi explicitado no capítulo anterior (YASUI, 2010).

A Nota também problematizou a falta de leitos especializados e atendimento hospitalar qualificado, afirmando que a desinstitucionalização não significa necessariamente o fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos. Tendo isso em vista, o Ministério da Saúde ficou responsável por habilitar as unidades especializadas em Psiquiatria em Hospitais Gerais, com até 30 leitos por enfermaria, onde será necessário a ocupação de 80% para repasse integral da verba para custeio (BRASIL, 2019a).

Em uma Nota de Avaliação Crítica, o Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro critica a ampliação dessas unidades especializadas, e principalmente a condição colocada para o recebimento integral do incentivo de custeio, já que esse fator pode estimular novas internações e enfraquecer os esforços para manter os usuários nos serviços comunitários. Uma alternativa à proposta da nova PNSM seria ampliar os CAPS III, que funcionam por 24 horas e oferecem leitos de atendimento à crise, permitindo a permanência do usuário no mesmo serviço que já frequentam (CRP-RJ, 2019).

No que se refere à duração das internações, a Nota Técnica nº 11/2019 definiu que as de curta permanência podem durar até 90 dias, enquanto as mais longas podem ter duração superior a 90 dias, também tendo a possibilidade de reinternação antes de 30 dias. Essa decisão parece desconsiderar que a literatura científica atual aponta a hospitalização de longa duração como geradora de efeitos iatrogênicos significativos, ou seja, efeitos adversos que favorecem a cronificação

dos usuários, a dependência crescente deles do serviço, a despersonalização causada por restringir o paciente ao contexto da doença, e o enfraquecimento de elos sociais e familiares (BRASIL, 2019a; VECHI, 2004).

Por diversas vezes, foi mencionado na Nota Técnica que as mudanças propostas estavam sendo subsidiadas por evidências científicas mais recentes, porém não há nenhum aprofundamento acerca das concepções teóricas e científicas que sustentam suas proposições. A noção de cientificidade da nova PNSM também foi acionada quando justificaram o novo financiamento para custeio de aparelhos de Eletroconvulsoterapia, e se referiram à ela como “o melhor aparato terapêutico para a população” e um “tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais”, (BRASIL, 2019a).

A respeito disso, o CRP-RJ (2019) atenta para o fato que a Eletroconvulsoterapia foi indiscriminadamente utilizada durante os anos em que os manicômios predominavam no cenário psiquiátrico brasileiro, inclusive de forma punitiva, e que hoje em dia somente é utilizada em casos raros e excepcionais, devido a seus efeitos colaterais.

A deslegitimação da Reforma Psiquiátrica e das políticas de saúde mental advindas dela se fizeram bastante presentes na Nota. A respeito disso, destaca-se a parte em que foi apontado o grande número de doentes mentais graves na população prisional, e as cadeias foram configuradas como o “maior manicômio do Brasil”. O fechamento de leitos psiquiátricos, considerado pelo Ministério da Saúde como equivocado, foi responsabilizado por esse cenário. Além disso, foi dito que os problemas de condução da antiga PNSM contribuíram para o aumento da taxa de suicídio, de pessoas com transtornos mentais em situação de rua, da mortalidade de pessoas com transtornos mentais e dependência química (BRASIL, 2019a).

Para Brito e Vitorino (2020), atribuir as desordens sociais às ações da PNSM foi uma tentativa de descredibilizá-la perante à sociedade, através da produção de novos significados e entendimentos sobre ela. Além disso, percebe-se que atrelar a imagem da pessoa com transtorno mental à população carcerária foi uma tentativa de acionar o estigma do “louco perigoso”, que surgiu, principalmente, através da noção de periculosidade e criminalidade da loucura elaborada por Bénédict Morel. Essa noção, anteriormente mencionada no primeiro capítulo deste trabalho, contribuiu para justificar o aprisionamento dos “loucos” em presídios e manicômios ao longo dos anos.

A Nota Técnica também discorre acerca das diretrizes da Nova Política Nacional sobre Drogas, e algumas delas são: combate à legalização das drogas; abstinência como objetivo do tratamento; apoio aos pacientes e familiares articulados com entidades e associações, incluindo as Comunidades Terapêuticas; ações de prevenção e tratamento com base em evidências científicas. Sobre as CTs, foi dito, mais especificamente, que serão financiadas e expandidas através de uma articulação interministerial, contando com o Ministério da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social (BRASIL, 2019a).

Considerando que a nova PNSM dá centralidade às Comunidades Terapêuticas no tratamento de pessoas com dependência de álcool e outras drogas, realizar-se-á uma retomada da discussão acerca de suas bases metodológicas e de seu funcionamento no Brasil. Como já foi mencionado no capítulo 2 deste trabalho, as CTs surgiram a partir de modificações nas instituições psiquiátricas da Inglaterra, com o objetivo de proporcionar uma assistência menos isoladora e verticalizada.

Perrone (2014) faz uma comparação entre o modelo das CTs e o do Movimento da Luta Antimanicomial, buscando identificar semelhanças e divergências metodológicas entre esses dois modelos. A conclusão apresentada é que, em relação às bases conceituais e metodológicas, esses dois modelos compartilham muitas semelhanças, e só divergem em dois pontos: acerca desospitalização e da duração do tratamento. Enquanto o Movimento da Luta Antimanicomial preconiza um atendimento extra-hospitalar e internações com até 90 dias, as CTs funcionam em regime residencial, com tratamento a partir de 6 meses de duração.

Embora as semelhanças entre esses dois modelos prevaleçam, o que é observado nas CTs brasileiras é um modelo de funcionamento que vai na completa contramão do que é proposto pelo Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Isso se dá pelo fato de que, no Brasil, as CTs divergem totalmente da sua proposta original, e devido a essa discrepância, não deveriam ser denominadas de Comunidades Terapêuticas (PERRONE, 2014).

Essa constatação também foi feita pelo Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos nos locais de internação para usuários de drogas, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). A partir da averiguação de 68 instituições, foram encontradas diversas irregularidades e violações aos direitos humanos, como: interceptação e violação de correspondências; violência física;

imposição de credo; violação de privacidade; condições sanitárias e alimentares inapropriadas (CFP, 2011).

Resultados parecidos também foram obtidos através do Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizado pelo CFP em conjunto com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, num total de 28 instituições, nas quais foram identificados: privação de liberdade; práticas de castigo e punição; violação da liberdade religiosa e da diversidade sexual; trabalho forçado em condições degradantes; supressão de alimentação, entre outros (CFP, 2018).

A partir desses fatores, conclui-se que vários aspectos das CTs brasileiras remontam à essência da lógica manicomial presente nos hospitais psiquiátricos, já que a privação de liberdade e o isolamento são os principais fatores que sustentam esse modelo de atenção. Essa problemática se agrava ainda mais ao considerar que, em relação à quantidade, não se sabe ao certo quantas CTs existem no Brasil, já que a maioria delas não são registradas em nenhuma instituição regulamentadora (PERRONE, 2014).

Em síntese, a partir de todas as mudanças mencionadas que representam um retrocesso ao Movimento pela Luta Antimanicomial e à Reforma Psiquiátrica, conclui-se que as políticas públicas de saúde mental baseadas nos princípios comunitários ainda não estão solidificadas, ou garantidas, ainda que sejam subsidiadas pela legislação. Nos últimos anos, a ampliação e o fortalecimento da RAPS vêm sendo ameaçados, por causa de interesses econômicos, ideológicos e de gestão governamentais específicas.

Tendo isso em vista, percebe-se que os principais desafios no processo de desinstitucionalização não se limitam à lentidão de sua implementação, mas também à não concretização de um paradigma que entenda as pessoas com sofrimento mental enquanto sujeitos de direitos. Esse processo necessita de novas concepções acerca da loucura, de forma a evitar que lógicas manicomiais sejam reproduzidas em outros espaços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho objetivou analisar o processo de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental, que foi concretizado por diversos documentos legislativos, emitidos nos anos de 2016 a 2020, e as repercussões deste desmonte nos avanços obtidos ante a Reforma Psiquiátrica brasileira. Entre esses avanços, destacam-se: a redução de leitos psiquiátricos; a ampliação de serviços assistenciais de base comunitária; o aumento de políticas públicas elaboradas com base nos princípios antimanicomiais; a desinstitucionalização enquanto principal norteamento das práticas de cuidado em saúde mental.

Tendo em vista o contexto concernente ao objeto de estudo, é certo que os movimentos pela luta antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, com suas premissas revolucionárias para o momento em que surgiram, cumpriram com uma importante função na área da saúde mental: impulsionar as transformações políticas, as construções de novos paradigmas e novas possibilidades de mudança. Pela primeira vez na história do Brasil, foi concedida, ao louco institucionalizado, a oportunidade de recuperar a tutela de si mesmo e de ocupar um lugar para além de objeto de intervenção médica/jurídica.

Isso só foi possível a partir de uma contínua problematização acerca dos constructos basilares das concepções acerca do adoecimento mental, da loucura, do processo de saúde-doença, e da institucionalização. Para Amarante (1994), o processo de reforma psiquiátrica requer transformações teórico-epistêmicas, técnico-assistenciais, jurídicas e socioculturais. Ou seja, além de mudanças nas legislações referentes a essa área, é fundamental que ocorra uma mudança de paradigma, que possibilite a criação de novos entendimentos sobre o sofrimento mental, e de novas concepções sobre o cuidado, que rompam com a Psiquiatria clássica.

Embora os princípios da Reforma Psiquiátrica tenham contribuído para a elaboração de políticas públicas em saúde mental, a lógica hospitalocêntrica, manicomial e proibicionista ainda se faz presente na sociedade e nos próprios serviços de assistência em saúde. Além disso, o financiamento das CTs, dos hospitais psiquiátricos e da Eletroconvulsoterapia representa uma tentativa de enfraquecimento do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial, pois quanto menos investimento nos serviços públicos e comunitários, mais

dificuldades são acrescentadas no funcionamento destes. Com isso, aumentam-se as argumentações para a privatização e para a internação psiquiátrica.

Portanto, pode-se afirmar que o período de 2016 a 2020, no Brasil, representa um processo de (re)manicomialização, ou de contrarreforma psiquiátrica, que faz parte de um projeto neoliberal de sucateamento do SUS. Apesar da existência de legislações que direcionam as políticas públicas de saúde mental para uma lógica de cuidado comunitária, de redução de danos e baseada no território, a concretização dessa lógica é inviabilizada, ainda mais, numa conjuntura política e econômica de desinvestimento da saúde pública, paralela a uma limitação numérica e estrutural dos serviços da RAPS.

Os retrocessos vividos nos últimos anos evidenciam que o hospital psiquiátrico ainda ocupa um papel de centralidade no imaginário social acerca do sofrimento mental, e o modelo de atenção ainda se alicerça numa hegemonia médica. Para uma verdadeira emancipação dos saberes em saúde mental, é necessário, além de criticar a instituição psiquiátrica, questionar os valores que a autorizam.

Por isso, é importante que os diversos setores da sociedade organizada – como profissionais da saúde, legisladores, movimentos sociais e organizações – estejam cientes dos processos históricos concernentes à saúde mental, à pessoa com sofrimento psíquico e às primeiras formas de institucionalização, de maneira a facilitar a compreensão acerca dos modelos de atenção em saúde mental estabelecidos, e subsidiar a realização de novas práticas de cuidado nessa área.

Também evidencia-se a importância de uma produção científica e acadêmica constante acerca de assuntos referentes a essa temática, principalmente os que envolvem os hospitais psiquiátricos e as Comunidades Terapêuticas do Brasil, que constantemente estão envolvidos com diversas denúncias de violação de direitos humanos.

Como foi evidenciado no primeiro capítulo deste trabalho, os avanços políticos em saúde mental ocorreram a partir de um contexto de redemocratização do Brasil, de reivindicações da comunidade e discussões teóricas e políticas. Portanto, é preciso manter um olhar constante para garantir que os direitos das pessoas em sofrimento psíquico sejam respeitados e aplicados, principalmente em um contexto de governança política que simpatiza com o totalitarismo e que tenta sufocar as políticas públicas e sociais.

Um estudo que enriqueceria enormemente este trabalho seria um relatório governamental acerca do financiamento dos serviços de saúde mental no período estudado, de maneira a explicitar, quantitativamente, o redirecionamento das políticas nesse setor. Acerca disso, foi observado uma insuficiência de monitoramento dos serviços e de transparência da alocação de recursos públicos, que se colocam enquanto fatores limitadores desta pesquisa. Além disso, um outro grande complemento a este trabalho seria um maior número de documentos governamentais do período referido, que, idealmente, será incluído em pesquisas futuras que permitem um maior aprofundamento.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. (org.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. D. C. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei 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. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 08 out. 2022.

BRASIL. **Comunidades Terapêuticas acolhedoras**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/comunidades-terapeuticas-acolhedoras/comunidades-terapeuticas-acolhedoras>. Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002a. 213 p. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 023, Brasília, 17 de maio de 2019**. 2019b. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco023.pdf> Acesso em: 04 out 2022.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. Conselho Nacional Antidrogas - Conad. **Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD de 27 de Outubro de 2005**. 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2005/resolucao-3-gsipr-2005.pdf>. Acesso em: 22 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. **Resolução Nº 1, de 9 de Março de 2018**. 49. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 13 mar. 2018c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Gabinete do Ministro. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Resolução nº 1, de 15 de julho de 2020**. Revoga a Resolução 03/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de Outubro de 2005. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2020/resolucao-n-1-de-15-de-julho-de-2020.pdf>. Acesso em: 22 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/1CNSM_JUN_1987.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Coordenação-Geral de Saúde Mental e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília, 2011b, 106 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatria.pdf Acesso em: 28 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 25 jan. 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html Acesso em: 22/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, 26 jan. 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 131, de 26 de Janeiro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 26 jan. 2012c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html Acesso em: 22/05/2023.

BRASIL. 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).

Brasília, 23 dez. 2011a. Disponível em:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/13300-portaria-n-3-088-2011-raps/file>. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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, 21 dez. 2017b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
Acesso em: 22/05/2023.

BRASIL Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução Nº 32, de 14 de Dezembro de 2017**: Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html.
Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção A Saúde. Coordenação Nacional Dst/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2003. Disponível em:

https://www.unodc.org/documents/brazil/polit_ms_acool_e_drogas.pdf. Acesso em: 25 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019. 2019a.

Disponível em:

http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf. Acesso em: 05 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS. **Plano Nacional de Saúde (PNS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf.
Acesso em: 11 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 44, de 10 de Janeiro de 2001**. Brasília, 10 jan. 2001. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html
Acesso em: 22/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2434, 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. 2018a.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html#:~:text=Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20PORTARIA%20N%C2%BA%202.434%2C%20DE%2015,dias%20do%20Incentivo%20para%20Interna%C3%A7%C3%A3o%20nos%20Hospitais%20Psiqui%C3%A1tricos. Acesso em: 05 jan. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018**. Suspende o repasse do 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 ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. 2018b. Disponível em;

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659_16_11_2018.html>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: NT_NASF-AB_Previne_Brasil.pdf. Acesso em: 06 de jun. de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Portaria Nº 44, de 10 de Janeiro de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia Para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 9.761, de 11 de Abril de 2019**: Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 05 jun. 2023.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 12 dez. 2022.

BRITO, F. S. L.; VITORINO, M. A Reforma Psiquiátrica: da Luta Antimanicomial ao desmonte das políticas de saúde mental no Brasil. **[SYN]THESIS**, v. 13, n. 2, p. 58–70, dez. 2020. Acesso em: 09 jun. 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/62467#:~:text=Resumo%20Por%20meio%20do%20presente%20artigo%2C%20buscou-se%20historicizar,e%20na%20exclus%C3%A3o%20social%20dos%20sujeitos%20nomeados%20loucos>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília DF: CFP, 2018. 172 p. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas.** Brasília DF: CFP, 2011. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Relatório de 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: 6 jun. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO DE JANEIRO (CRP-RJ). **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019.** 2019. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf#:~:text=No%20dia%20de%20fevereiro%20de%202019%2C%20e%20nas%20Diretrizes%20na%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20sobre%20Drogas%E2%80%9D..> Acesso em: 06 jun. 2023.

COSTA, S. F. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no Atendimento à Dependência Química. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 2-14, 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%CDICAS%20P%DA BLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%CAUTICAS-COM%20REVIS%C3O%20DO%20AUTOR.pdf>. Acesso em: 25 maio 2023.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 1-20, maio de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/#ModalFigf03>. Acesso em: 03 out. 2022.

DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, 2019.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista Saúde Pública**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, mar. 2013. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140376/comunidades-terapeuticas-no-brasil_expansao-institucionalizaca_8NQp7yT.pdf. Acesso em: 25 maio 2023.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP). **Saúde Mental vence mais uma luta: Valencius Wurch é exonerado do cargo.** 2016. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/39572>. Acesso em: 31 maio 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA (IPEA). **Nota técnica nº21, Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. mar. 2017. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/IPEA-NOTE-TECNICA-PERFIL-CTS.pdf>. Acesso em: 27 de março de 2023.

LOPES, H. P.; GONÇALVES, A. M. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 1–15, 2018. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/2858. Acesso em: 27 maio. 2023.

MENEZES, A. P. R. et al. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 58-70, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpT/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2023.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 1035-1043, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400020>. Acesso em: 25 maio 2023.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 569-580, fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gJzS9QGqKpdgVLBJrLKBHzg/#>. Acesso em: 03 jun. 2023.

PRADO, Y. et al. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 3, p. 250-263, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sNR3QKGwVLt3my3zBLLNFXQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2023.

PRADO, Y.; SEVERO, F.; GUERRERO, A Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 250–263, out. 2020.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 25, n. 0, p. 1-19, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/f3NwwqqfMvHkHRcdwHRKRGm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2023.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 489-495, dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/d54H5pCTzS8WyHMxZVCtJtq/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 192 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>. Acesso em: 10 maio 2023.