

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

ENAILE RIBEIRO SARRAFF

O POSICIONAMENTO DOS CONSELHEIROS
NACIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À NOVA
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

BRASÍLIA – DF

julho/2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

ENAILE RIBEIRO SARRAFF

O POSICIONAMENTO DOS CONSELHEIROS
NACIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À NOVA
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social. Orientadora: Prof. Dra. Andréia de Oliveira.

BRASÍLIA – DF

julho/2019

Todas as vitórias ocultam uma abdicação.

(Simone Beauvoir)

AGRADECIMENTOS

Com o presente trabalho, concluo mais uma etapa em minha vida, tanto acadêmica, quanto pessoal. Uma fase de muito aprendizado, evolução, desafios e superação. Para que esse momento se tornasse possível, contei com a ajuda e presença de muitas pessoas.

Deixo aqui registrado meu agradecimento à minha família, em especial, à minha mãe, Eliane, que sempre dedicou sua vida para que eu realizasse os meus sonhos, me deu todo o suporte necessário, sempre investindo e acreditando em mim e no meu potencial, além de ter me passado a melhor educação que eu poderia ter recebido. Aos meus avós, Maria de Lourdes e Nelson, que sempre me incentivaram a seguir o melhor caminho e foram fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal.

Ao meu namorado, Henrique, companheiro de vida e melhor amigo, com quem compartilhei todos os momentos de alegria e angústias da graduação, por todo o apoio, paciência, amor e motivação para que eu não desistisse e chegasse até o fim. Obrigada por construir esse caminho comigo.

Às minhas amigas, Camilla, Nayara e Raquel, que sempre me apoiaram, acreditaram e confiaram em mim, agradeço imensamente. À minha amiga Lara, que foi minha companheira durante o período de estágio e graduação, obrigada por todo o apoio, suporte e por ter sido parte essencial no final dessa graduação; você fez a diferença.

À Irene, que fez minha supervisão de estágio e me recebeu de braços abertos no Caps AD. Com toda a certeza, você teve papel primordial para que a experiência do estágio tivesse um saldo tão positivo em minha vida. Agradeço por todos os ensinamentos e a dedicação.

Especialmente à Profa. Andréia, por toda a dedicação, disposição, e, principalmente, a compreensão que teve comigo durante a construção desta monografia. Admiro-a como profissional e como pessoa. Obrigada por ter tornado esse processo o menos doloroso e mais agradável possível.

A todos, meu muito obrigada, sem vocês não teria sido possível!

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) objetiva identificar e analisar a posição do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em relação à “nova” política de saúde mental proposta pelo Ministério da Saúde em 2019, no contexto dos primeiros seis meses do governo de Jair Bolsonaro. Uma pesquisa de referencial teórico permitiu contextualizar a política de saúde mental no Brasil, baseando-se no início do Movimento da Reforma Psiquiátrica até os dias atuais. Com base em normativas como a Nota Técnica nº 11/2019, Portaria nº 3.588/2017, bibliografia de referência, foi feita uma análise da nova política de saúde mental. As entrevistas com quatro conselheiros nacionais de saúde, cada um representante dos segmentos componentes do CNS, foram complementadas por pesquisas bibliográfica e documental. Como resultados, constatou-se que, apesar de ser um campo de disputas e opiniões divergentes, o CNS, de forma geral, posiciona-se contrariamente às modificações propostas para a assistência em saúde mental, por entender que se trata da renovação de práticas manicomiais e asilares.

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

ABSTRACT

This study aims to identify and analyse the position of the National Health Council (CNS) in relation to the “new” mental health policy proposed by the Ministry of Health in 2019 in the context of the first six months of government led by Jair Bolsonaro. A theoretical reference framework allowed contextualizing the mental health policy in Brazil, based on the beginning of the Psychiatric Reform Movement to the present day. Based on Technical Note 11/2019, an analysis of the new mental health policy was made. Bibliographical and documentary research was complemented by interviews with four national health advisors, each representing the components segments of the CNS. As results, it was found that, despite being a field of divergent disputes and opinions, the CNS, in general, positions itself contrary to the proposed modifications to the mental health care, since it is understood that it is a question of the renewal of manicomial practices and asylums.

Key words: National Health Council; Health Mental; Counter-reforms.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Ament – Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental

Caps – Centro de Atenção Psicossocial

Caps AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF -- Constituição Federal

Cfess – Conselho Federal de Serviço Social

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CTs – Comunidades Terapêuticas

Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

Naps – Núcleo de Atenção Psicossocial

PAD – Programa de Apoio à Desospitalização

Raps – Rede de Atenção Psicossocial

Sisnad – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL:	13
1.1 O SUS e as Bases para a Reforma Psiquiátrica	13
1.2 O Movimento Antimanicomial e suas Reivindicações	16
1.3 Implementação das Propostas do Movimento Antimanicomial ao Sistema Único de Saúde	20
2 MEDIDAS DE APROFUNDAMENTO DA CONTRARREFORMA NAS POLÍTICAS SOCIAIS	24
2.1 Aprofundamento das Contrarreformas, o Golpe de 2016 e seus Desdobramentos para a Política de Saúde Mental	24
2.2 A Nova Política de Saúde Mental	28
2.3 Política de Saúde Mental em Disputa: a Divergência de Posições no Conselho Nacional de Saúde	32
2.3.1 Retrocesso ou melhoria?	33
2.3.2 A posição do Conselho Nacional de Saúde	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	47

INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um órgão colegiado, deliberativo e permanente. Como parte componente do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como função o controle e a participação social, via construção, monitoramento e fiscalização da política de saúde no Brasil, bem como da apresentação de demandas populares ao poder público. É composto por 48 conselheiros e respectivos suplentes, representantes de quatro segmentos da sociedade, classificados entre usuários, profissionais, gestor e prestador de serviços. Dentre as principais atribuições do CNS, previstas na Lei nº 8.142/1990, estão a aprovação e o acompanhamento do orçamento da saúde, bem como a realização de conferências e fóruns (*site* do CNS)

Tendo em vista os contextos político, econômico e social do Brasil, nos últimos anos, observa-se a chegada de uma ofensiva neoliberal e neoconservadora direcionada às políticas sociais. Além da política trabalhista e da previdência social, a política de saúde tem sido um constante alvo desses mecanismos, que são instaurados no Brasil por meio das chamadas contrarreformas¹, em processo iniciado desde a década de 1960, momento em que se iniciava o levante de variados movimentos sociais, e dentre eles, o Movimento da Reforma Sanitária, voltado à saúde de forma geral. Já na década de 1970, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) inicia-se, em paralelo, o processo de Reforma Psiquiátrica, em busca de um novo modelo de assistência à saúde mental (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Com o fim do regime militar, e ascensão dos movimentos sociais, em 1986, desencadeia-se o processo de redemocratização do País. Com a promulgação da Constituição Federal (CF) em 1988, instauram-se importantes conquistas, no âmbito das políticas sociais, e

¹ “Gramsci caracteriza a contrarreforma como uma pura e simples “restauração”, diferentemente do que faz no caso da revolução passiva, quando fala em uma “revolução-restauração”. Apesar disso, porém, ele admite que até mesmo neste caso tem lugar uma “combinação entre o velho e o novo”. Podemos supor assim que a diferença essencial entre uma revolução passiva e uma contrarreforma reside no fato de que, enquanto na primeira certamente existem “restaurações”, mas que “acolheram uma certa parte das exigências que vinham de baixo”, como diz Gramsci, na segunda é preponderante não o momento do novo, mas precisamente o do velho.” (COUTINHO, 2012, grifos do autor).

uma das mais significativas foi a criação de um novo sistema de saúde, o atual SUS, seguido de um novo modelo de assistência em saúde mental. A saúde passa a ser entendida na perspectiva do direito de todos e dever do Estado, bem como a ser definida através de múltiplas determinações sociais (AMARANTE, 2018).

Nesse contexto, muitos avanços foram alcançados, a exemplo da implementação do SUS, bem como a sanção da Lei nº 10.216/2001, denominada Lei da Reforma Psiquiátrica, que prevê o funcionamento de serviços de assistência à saúde mental no âmbito do SUS, bem como subentende o trajeto de superação ao modelo manicomial, somado, inclusive, à criação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (BRASIL, 2001). Porém, as conquistas não se estabeleceram de forma plena, perpassando um processo permanente de disputas, com um Movimento de tensão imbricado entre a defesa da saúde como direito universal e gratuito e a defesa de um projeto privatista (TEIXEIRA, 2018).

Atualmente, as circunstâncias em torno da política de saúde não se encontram tão distintas do exposto, tendo em vista que, em decorrência das contrarreformas iniciadas nos governos passados, a atual administração do Estado tem proposto e efetuado mudanças significativas nas políticas sociais, portanto, será dado enfoque nesse trabalho à política de saúde mental. Ao propor uma nova política de saúde mental, o governo Bolsonaro efetuou alterações na base da Raps, adicionando medidas que remetem ao modelo manicomial, com mecanismos contrários ao propósito da Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil. Diante disso, buscou-se pesquisar a posição dos conselheiros nacionais de saúde em relação à política de saúde mental proposta pelo Ministério da Saúde do atual governo, entendendo tal espaço como campo ativo de disputas em torno da política de saúde.

Então, ao compreender que os espaços participativos e as instâncias de deliberação têm sofrido com os desafios colocados pelo poder executivo, na tentativa de desmonte do SUS, a exemplo da proposta de afastamento do CNS, uma dessas instituições, dos processos de tomada de decisão, dificultando, de certa forma, o caráter participativo que deveria compor o processo. Entende-se, então que se configura instalado em um processo de disputa, onde medidas antidemocráticas tem sido tomadas para que interesses sejam atendidos (OLIVEIRA; KRÜGER, 2018).

A partir do descrito, a pesquisa tem como objeto central a posição dos Conselheiros Nacionais de Saúde em relação à nova política de saúde mental inserido no processo das

contrarreformas na política de saúde mental tendo como ponto de partida o seguinte questionamento: “Qual o posicionamento do CNS com relação à nova política de saúde mental?”

Como objetivo principal, o estudo buscou identificar e analisar o posicionamento do CNS em relação à nova política de saúde mental. E como objetivos específicos: contextualizar o processo participativo em torno das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e suas bases legais no âmbito do SUS; identificar as principais tendências da política de saúde mental no SUS, sobretudo no governo de Jair Bolsonaro, e analisar os posicionamentos dos conselheiros nacionais de saúde em seus diferentes segmentos, sobre a política de saúde mental no âmbito do SUS e seus desdobramentos na atual conjuntura.

O presente trabalho é composto de dois capítulos seguidos das considerações finais. O primeiro capítulo: Contextualização da Política de Saúde Mental no Brasil, traz aspectos da construção da política de saúde mental no País, bem como os processos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica; o SUS; e a implementação da política de saúde mental construída com o movimento de luta antimanicomial. No segundo capítulo: Medidas de Acirramento das Contrarreformas em Torno das Políticas Sociais, trata-se da contextualização das políticas sociais no Brasil, do mesmo modo que se traz um panorama das contrarreformas propostas; inclui, também, um balanço da nova política de saúde mental, e, em seu último item, localiza-se a apresentação e análise dos dados da pesquisa empírica.

A pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, compostas por três questões norteadoras relativas ao objeto de estudo. Foram quatro entrevistas, com conselheiros nacionais de saúde, cada um representando um segmento componente do CNS, ou seja, os segmentos de usuários, profissionais, gestor e prestador de serviços. A coleta de dados se deu por meio de gravação de áudio, durante visita à 317ª reunião ordinária do CNS, seguida de transcrição. Todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B). A análise dos dados baseou-se em leitura crítica da realidade, bem como do arcabouço teórico apresentado nesta monografia.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL:

1.1 O SUS e as Bases para a Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem sua origem num processo de luta social complexa ocorrido por volta da década de 1970, concomitantemente ao movimento da Reforma Sanitária², que emerge a partir de um contexto de regime militar, onde a saúde era entendida em um quadro de dualidade, a previdenciária e a pública. A primeira voltada diretamente aos trabalhadores que viviam em áreas urbanas – já que, por meio do trabalho, contribuía com a previdência, obtendo, assim, o direito de acesso à saúde – e a outra destinada à população mais pobre e residente em áreas rurais, isto é, os trabalhadores rurais³, que não possuíam trabalho formal com carteira assinada (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1979, acontece o Primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com a presença de várias lideranças, constituídas de alianças com o movimento de reivindicação por avanços na política de saúde – iniciado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) –, apresentando como documento oficial o texto construído a partir das discussões em torno das pautas do evento. Esse documento continha estruturalmente as reivindicações em relação ao sistema de saúde vigente. As demandas seriam também adotadas pelo movimento da Reforma Sanitária e com a seguinte pauta de lutas:

² Movimento que tem como bandeiras centrais a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Como atores sociais principais, encontram-se os profissionais de saúde e grandes entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e Cebes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987).

³ Os trabalhadores rurais conquistaram o direito previdenciário durante o processo constituinte, em 1987, quando ficou estabelecido que qualquer trabalhador, inclusive os rurais, poderia ser assegurado pela previdência social, caso tivesse condições para contribuir com o sistema (SILVA, 2011).

o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública. (CEBES, 1980 *apud* PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22).

Ademais, a Reforma Psiquiátrica tem sua gênese a partir do MTSM, em conjunto com associações de familiares, instituições sindicais e outros coletivos. O movimento passa a analisar e questionar o modelo manicomial, hospitalocêntrico e também o saber psiquiátrico, ou seja, modelo hegemônico de assistência às pessoas com transtornos mentais da época, que demonstrava funcionalidade insuficiente, além de ferir princípios básicos dos direitos humanos, por meio de práticas segregatícias, discriminatórias e de extrema violação de direitos.

Quase 10 anos após o início do movimento da Reforma Psiquiátrica, acontece o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP, no ano de 1987, com o lema: “por uma sociedade sem manicômios” e, logo em seguida, no mesmo ano, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, desta vez no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005). Os dois eventos são parte do processo de conquistas concretas da política de saúde e de saúde mental, e estão inseridos no contexto de redemocratização brasileira, com papel essencial na discussão legítima e reivindicatória.

O II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde mental (1987) foi realizado em defesa da luta antimanicomial e da saúde, contra o processo de privatização da saúde mental e da saúde como um todo; a favor da garantia de direitos e em defesa dos direitos humanos e de um projeto para a saúde mental, que não tinha como pauta central e única a racionalização e modernização do modelo de assistência vigente, estabelecendo, assim, como pauta principal, a transformação do sistema de assistência psiquiátrica às pessoas usuárias da política de saúde mental (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! (Manifesto de Bauru, 1987).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental discutiu temas mais abrangentes e que influenciavam diretamente na política de saúde mental, como a economia, o Estado, sociedade, Reforma Sanitária e reorganização da assistência na área da saúde mental. Esse evento tem papel de relevância para o movimento da Reforma Psiquiátrica, manifestando-se contra a institucionalização e a favor da participação popular nos processos de gerenciamento, em defesa

dos direitos dos usuários da política, bem como pela proibição da criação de novos hospitais psiquiátricos, tornando-se um marco histórico da luta pela política de saúde mental.

Com objetivos que iam além da democratização do acesso à saúde, os movimentos de reforma se estabeleceram de maneira mais ampla, com papel significativo em decisões no âmbito do movimento de redemocratização no Brasil. Uma vez que, inserido em um conjuntura política autoritária, conservadora e repressora, o levante dos movimentos sociais se impôs de forma expressiva, principalmente durante a década de 1980. Enquadrado no contexto político brasileiro, inicia-se o processo constituinte, em 1987, quando, em decorrência de pressão social, em período de derrubada do regime militar, vê-se a necessidade da construção de uma nova Constituição Federal.

No âmbito da saúde, já existiam projetos de um novo Sistema de Saúde, apresentados pelo Cebes, no documento intitulado: A Questão Democrática da Saúde (1979). Havia críticas ao modelo vigente, mas não somente, sucedendo também um projeto de sistema abrangente e democrático, com base no conceito de determinações sociais⁴ da saúde, na tentativa de promover um sistema garantidor de saúde não só como estado de ausência de doenças (AMARANTE, 2018).

Após o processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, grandes mudanças foram estabelecidas, principalmente em relação à política de saúde, assim descrita no Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Uma das conquistas foi um novo sistema de saúde, com uma visão amplificada da saúde, que ultrapassa a questão saúde/doença, abarcando as múltiplas determinações sociais da saúde, como traz o Art. 200 da CF/88:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

⁴ A determinação social da saúde está muito além de determinantes isolados e fragmentados que, sob uma perspectiva reducionista, são associados com fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais. Não se deve permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou a uma inadequada alimentação. O que precisamos reconhecer é que, por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica [...]. (CEBES, 2011, p. 1 *apud* ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015);

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988).

O enfrentamento em torno de um projeto de saúde como direito, bem como a implementação de um SUS democrático, foram fundamentais para o processo de construção das transformações em torno da política de saúde mental no Brasil. Entretanto, esse processo é marcado por conflitos e tensões constantes e permanentes; por uma disputa de interesses entre o setor privado e o projeto de privatização *versus* as propostas em torno de um projeto de saúde como direito universal e estatal. Nesse processo de embate, as lutas sociais e mobilizações dos usuários e coletivos levaram à formação das bases para as poucas e insuficientes conquistas materializadas em torno de novas formas de atenção em saúde mental.

1.2 O Movimento Antimanicomial e suas Reivindicações

O movimento antimanicomial brasileiro surge, em 1978, com influências internacionais, como é o caso da Itália que a partir da aprovação da Lei nº 180⁵, portanto, passa a considerar o fechamento das portas de entrada dos hospitais psiquiátricos no País. No Brasil, o movimento antimanicomial tem em sua gênese a luta do MTSM, concomitantemente aos movimentos a favor da Reforma Sanitária, ambos com bandeiras individuais, mas que se complementam, em busca de progressos na política de saúde, de forma geral, porém com a pretensão de encontrar

⁵ Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana (1978).

brechas que pudessem possibilitar a execução dos objetivos do MTSM até aquele o momento (VASCONCELOS, 2010).

Um contexto de fortes repressões a posicionamentos e expressões políticas da sociedade civil, devido à imposição do regime militar, caracteriza-se como momento de levante de vários movimentos sociais, em que o MTSM foi um dos principais, visto que esse movimento ocorreu completamente independente do Estado e composto apenas de atores da sociedade civil que dão início às articulações.

Segundo Vasconcelos (2010), os principais objetivos das articulações dos movimentos foram as denúncias contra os hospitais psiquiátricos, indiferentemente se públicos ou privados, a fim, também, de instigar um processo de humanização do tratamento prestado; denúncia do que o autor classifica como “indústria da loucura” dos hospitais privados conveniados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); a reivindicação de melhores condições de trabalho para os que prestavam assistência dentro dos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro; mesma época em que surgem as movimentações para que fosse ampliada a rede ambulatorial, especificamente em saúde mental, sem um projeto definido.

Após duas décadas, inicia-se um novo processo, dentro das mobilizações pelo avanço da política de saúde, com a criação das Ações Integradas de Saúde e da Cogestão, no Rio de Janeiro, o que acabou abrindo um “espaço político” para as lideranças do MTSM, que puderam, assim, estabelecer um movimento de reforma no modelo dos hospitais e trabalhando também a construção de um processo humanizador nesses hospitais (VASCONCELOS, 2010).

Já em outro cenário político, após êxito no processo de redemocratização do País, colocam-se novos objetivos para o movimento antimanicomial, posto como programa político. Segundo Vasconcelos (2010), abrangem: a não abertura de novos leitos nos hospitais já existentes, e diminuição dos que já existiam; controle de internações em rede conveniada com hospitais privados; novamente a ampliação da rede ambulatorial, porém, agora, projetando uma equipe multiprofissional; repete-se o objetivo do processo de humanização dos hospitais, seguindo os passos de definição de projeto, visando a uma reinserção social e também com equipes multiprofissionais.

A partir de então, iniciam-se os encontros nacionais, simpósios, conferências, iniciativas muito importantes para o movimento antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica. Como já citado, os acontecimentos que se tornaram marcos históricos nesse processo foram: Primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em 1979; II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP, em 1987; I Conferência Nacional de Saúde Mental, também em 1987.

A partir de 1987, apesar de um breve impedimento no processo de abertura de espaço político para tais demandas, ocorrem mudanças, já que se notava o fortalecimento de mecanismos da construção de um novo sistema de saúde, assim como a criação da Lei Orgânica de Saúde (1990). No decorrer desse contexto de lutas, desafios e conquistas, o movimento antimanicomial inicia um processo de autocrítica, questionando a conduta estratégica a que estavam se limitando.

Foi observado que, com o intuito de humanizar as práticas interiores, o movimento estava contribuindo para a manutenção dos hospitais, porém, com a mobilização para a alternância nos objetivos, a intenção seria, na verdade, “a implantação de serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional” (VASCONCELOS, 1992B; BARROS, 1994; AMARANTE, 1995; 1996 *apud.* VASCONCELOS, 2010) e passam a ter como base orientadora o modelo proposto na Itália, por Basaglia, que tinha a pretensão de implementar uma Psiquiatria Democrática (VASCONCELOS, 2010).

O Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, em 1989, que previa a extinção e completa substituição do modelo manicomial de tratamento para pessoas usuárias do serviço de saúde mental, tornou-se uma das sustentações do movimento antimanicomial. Em 1990, acontece a conferência de Caracas, ocasião em que a saúde mental foi tratada em relação a toda a América Latina. Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental foi considerada de grande magnitude no processo de Reforma Psiquiátrica, por abrir portas para a afirmação dessa proposta.

Na sequência, deu-se início a uma etapa de experimentação de um novo modelo de assistência psiquiátrica, a exemplo do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps), em Santos/SP, e do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps), em São Paulo. Partindo de todas as conquistas em movimento intermitente, entra-se em um período de amplas e efetivas mudanças em relação às políticas de saúde mental no Brasil.

De 1992 a 1995, apesar da conjuntura política de forte conservadorismo, a assistência psiquiátrica brasileira pôde ser colocada na mesma progressividade dos centros internacionais

de reforma. Segundo Vasconcelos (2010, p. 27), acontece um fenômeno de “desospitalização saneadora”, que é o movimento de diminuição expressiva nos controles e nas supervisões de hospitais psiquiátricos, além da mudança no financiamento, que deixa de ser restrito apenas aos hospitais e a abranger outros serviços oferecidos na assistência psiquiátrica, o que, ainda segundo Vasconcelos, não garante nenhum tipo de melhoria, já que ainda existiam milhares de leitos por todo o país (VASCONCELOS, 2010).

Colateralmente a todo esse processo de desospitalização, mais leitos são abertos em hospitais, mesmo com o aumento de unidades de Naps e Caps. Um caminho contraditório, com avanços e retrocessos, mas evidenciando, ainda assim, significativa substituição do modelo de assistência psiquiátrica. Apesar da não aprovação do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, ainda se via o longo caminho com vitórias (VASCONCELOS, 2010).

Portanto, são conquistas significativas resultantes do movimento antimanicomial, em conjunto com o movimento sanitarista, o enfoque da saúde como direito fundamental, universal e estatal, assim como a criação do SUS; menos leitos em hospitais psiquiátricos; outro modelo de atenção psiquiátrica; abertura de Naps e Caps. Embora as mobilizações realizadas há décadas, até os dias atuais, tenham logrado grandes conquistas relativas à política de saúde, a sua trajetória é marcada por tentativas de desmonte e, como consequência, da política de saúde mental.

O movimento da luta antimanicomial tem, desde os primórdios, a participação popular, seja dos próprios usuários da política de saúde mental, como dos familiares, um dos fatores de diferenciação do MTSM. Em 1993, acontece um evento de grande valor para o movimento, o III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, e, a partir desse encontro, a participação dessa parcela da sociedade civil passa a ser mais ativa, e não permanece apenas no campo da escuta.

As entidades formadas por usuários e familiares passam a se estabelecer como parte do processo de planejar, executar, e avaliar as políticas de saúde mental, contribuindo também com o processo de formação dos profissionais da assistência psiquiátrica, transacionando de um movimento composto apenas pelos trabalhadores da área da saúde, para um movimento social (VASCONCELOS, 2010).

A partir de 1995, inicia-se uma onda neoliberal⁶ e conservadora, emplacando o processo de bloqueio aos avanços da Reforma Psiquiátrica, a partir de impedimentos para a criação de novas portarias e também do Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), também com medidas de desocupar os cargos de liderança política na Coordenação de Saúde Mental (VASCONCELOS, 2010). O bloco do poder adentra em um movimento de decadência e, em decorrência, as taxas de desemprego, violência, dependência química aumentam e, conseqüentemente, uma parcela maior da população passa a necessitar de acesso à política de saúde mental.

Nessas circunstâncias, nota-se um aumento revelador da participação familiar na luta antimanicomial (VASCONCELOS, 2010), fenômeno que se dá num contexto de retração dos movimentos sociais como um todo. Diante do fortalecimento das políticas neoliberais, num processo de contrarreformas do Estado, que beneficiam o capital financeiro, enfraquecem os movimentos sociais em torno das políticas sociais e proteção social, já que, no mesmo período, dá-se continuidade aos processos de desmonte da Seguridade Social.

Destarte, com a consolidação das políticas neoliberais, e o advento do conservadorismo, em pauta no contexto político brasileiro, não somente, mas principalmente a partir da década de 1990, as políticas sociais e públicas sofrem um processo de ataque, por se tratar de um sistema político-econômico com tendências altamente voltados para determinantes isolados, perpassando a culpabilização individual, trazendo, assim, um processo de desresponsabilização do Estado em relação às políticas sociais, incluindo a política de saúde. Já a política de saúde mental é afetada não somente pelo viés individual, mas também pelo viés moral ao que esse quadro político-econômico impõe como base de sua estrutura.

1.3 Implementação das Propostas do Movimento Antimanicomial ao Sistema Único de Saúde

Com toda a trajetória das políticas de saúde e saúde mental, e das políticas sociais, no Brasil, marcada por um histórico contínuo de lutas, observam-se alguns avanços e ganhos

⁶“É nesse marco, que se dá a integração do Brasil à ordem econômica mundial, nos anos iniciais da década de 90, sob os imperativos do capital financeiro e do neoliberalismo, responsáveis pela redefinição das estratégias de acumulação e pela reforma do Estado. Na prática, isso se traduz em medidas de ajuste econômico e retração das políticas públicas de proteção social, numa conjuntura de crescimento da pobreza, do desemprego e do enfraquecimento do movimento sindical, neutralizando, em grande medida, os avanços e conquistas sociais alcançadas pelas classes trabalhadoras nos anos 80.” (MOTA, 2009, p. 8).

positivos em relação às reivindicações desde o início das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, até mesmo após o movimento de aproximação de uma onda de contrarreformas neoliberais, que trazem consigo alguns retrocessos.

O movimento de luta antimanicomial apresentou importantes propostas para o SUS, que foram transformadas em mecanismos concretos de assistência na política de saúde mental. Alguns exemplos das proposições do movimento estão sintetizadas nos marcos da política de saúde mental, assim como no Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (1989), que “propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005. p. 7). Nesse contexto, surgem os citados Caps e Naps, e, a partir desse processo, o corpo de luta passa a adentrar os campos normativos e legislativos.

Com a promulgação da CF/88, é criado o SUS, que tem caráter universal e público e é “formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos ‘Conselhos Comunitários de Saúde’”(BRASIL, 2005, p.7).

Durante a década de 1990, com base no mesmo projeto de lei, os movimentos passam a intensificar a luta e a conquistar novos espaços e direitos, assim como a regulamentação e normatizações dos serviços diários, por meio dos Caps, Naps, e Hospitais-Dia. Entretanto, os desafios mantiveram-se e no decorrer do processo, durante o mesmo período, manifesta-se um impasse, que se materializa como a indefinição de uma forma de financiamento para a rede de atenção à saúde mental, conquistada há pouco. Além disso, não havia sido efetivada a mudança na fiscalização dos hospitais psiquiátricos, para que, além da expansão de serviços de assistência à saúde mental abertos, fossem reduzidos os leitos nos hospitais (BRASIL, 2005).

Logo após a criação e abertura do primeiro Caps, em meados da década de 1990, se designa, claramente, a razão da existência do movimento da Reforma Psiquiátrica e a possibilidade de construção de um novo modelo de assistência às pessoas com transtorno mental. Dessa forma, para concretizar as experiências iniciais, dá-se início à construção de novos Naps com funcionamento de 24 horas e Caps, em Santos/SP, marcando, assim a trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

Apenas nos anos 2000, mais exatamente em 2001, a Lei nº 10.216 é sancionada, após longos anos da criação do seu projeto. Apesar das críticas à mudança do texto do projeto de lei para o texto da lei sancionada, ainda assim torna-se mais um marco na história da Reforma Psiquiátrica, trazendo novas conquistas de direitos das pessoas com transtorno mental e, conseqüentemente, mais força para o processo da reforma brasileira.

Assim, a Lei nº 10.216/2001 foi um fundamental instrumento legal para as mudanças que foram se constituindo no âmbito das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira e incluiu a adoção de formas alternativas de tratamento para usuários da política de saúde mental, como expresso em seu Art. 1º:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001).

Entretanto, apesar do histórico de lutas e alguns avanços, o processo de reivindicações tem sido longo e contínuo, já que as conquistas caminham em um cenário permanente de tensão e disputas, entre diferentes perspectivas de atenção em saúde mental, sobrepondo os interesses econômicos, em detrimento de políticas públicas e estatais. Desse modo, as conquistas ocorrem em passos lentos e com ameaças permanentes de retrocesso, a exemplo das seguintes medidas governamentais: o sucateamento do sistema público de saúde; incorporação de sistemas privados dentro de espaços públicos; financiamento de instituições do terceiro setor; desmonte das políticas sociais, principalmente a Seguridade Social, como determina a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que congela os gastos por 20 anos completos.

Diante da situação marcada por turbulências e contradições, com o crescimento dos projetos contrarreformistas, nascem bases normativas para a concretização da Política Nacional de Saúde Mental, assim como da Portaria nº 3.088/2011, que prevê a criação da Raps, rede de assistência que tem em suas bases o respeito aos direitos humanos e à liberdade, o acesso igualitário aos serviços e ao sistema de prevenção.

A política de saúde mental, com o novo modelo de assistência, passa a ter outros suportes regulamentários, como a Portaria nº 106/2000, que prevê a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, modos alternativos que “constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada” (BRASIL, 2000), assim como a criação do programa De Volta para Casa, regulamentado pela Lei nº 10.708/2003, que traz: “Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei”.

A Política Nacional de Saúde Mental, portanto, torna-se a consolidação do novo sistema de assistência a pessoas com transtornos mentais; um sistema de caráter democrático, atuando

de acordo com os direitos humanos, assim como, com base na perspectiva de liberdade, visando a “promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental” (BRASIL, 2018).

Embora essa caminhada em torno de sustentações normativas tenha sido um enorme ganho para o movimento da luta antimanicomial e para a política de saúde mental, têm se acirrado os processos de contrarreforma em torno das políticas sociais, bem como da política de saúde mental, assunto a ser discutido no próximo capítulo.

2 MEDIDAS DE APROFUNDAMENTO DA CONTRARREFORMA NAS POLÍTICAS SOCIAIS

2.1 Aprofundamento das Contrarreformas, o Golpe de 2016 e seus Desdobramentos para a Política de Saúde Mental

Com a promulgação da CF/88, assim como da aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, a perspectiva legal da universalização do direito à saúde disputa com o projeto privatista, modelo que prima pelos interesses do mercado. Essa relação de profunda concorrência perpassa o histórico da política de saúde brasileira e sob a ótica neoliberal, durante a década de 1990, se apresenta com novas roupagens.

A política de saúde brasileira, instaurada por meio do SUS, tem, em suas bases, o caráter universal, público e gratuito, que acarreta em demandas de alto nível em relação à intervenção e ao investimento do Estado. Em contraponto a essa perspectiva, historicamente, existe no Brasil uma disputa em que se tem, no outro extremo, o modelo privatista, que traz a lógica do subfinanciamento do SUS e formas alternadas de privatização sistemática, a exemplo da terceirização das gestões; parcerias público-privadas; entre outras propostas (FERRAZ; BERNARDES, 2018).

As propostas privatizantes e de mercadorização da saúde são obstáculos para a implementação dos preceitos e das prerrogativas legais no âmbito do direito à saúde. Assim, as políticas sociais brasileiras, principalmente a política de saúde,

no Brasil e no mundo tem sido um alvo sistemático de propostas reformadoras de modo a transformá-la em bens e serviços a serem ofertados pelo mercado ou subsidiar a oferta pelo setor privado (filantrópico e lucrativo). (FERRAZ; BERNARDES, 2018, p. 4).

Tal projeto privatista caminha na contramão da Reforma Sanitária brasileira, a qual foi idealizada e defendida nos finais da década de 1970, fundada na defesa de um projeto de provisão pública de serviços de saúde como direito, assim como na democratização do acesso, entre outras destinações.

O movimento de privatização, não só da saúde, como também de outras políticas sociais, inclusive das disputas em torno do fundo público⁷, que deveria ser utilizado para financiamento das políticas, mas vem sendo redirecionado ao setor privado.

Em disputa desde a década de 1960, com aprofundamento em paralelo das lutas pelo fim da ditadura militar, em 1970 e 1980, a conquista de um novo modelo de saúde insere-se em um processo globalizado de inviabilização proposital, marcada pelo avanço de sucessivos planos econômicos e reformas fiscais, que propõem menor intervenção estatal, tanto de cunho econômico, quanto social, assim como nas políticas sociais. Nesse sentido, a política de saúde mental também passa por processos diretos e indiretos de precarização, decorrentes dos desmontes na política de saúde.

Após o golpe de 2016, de cunho “legislativo, midiático e jurídico” (TEIXEIRA, 2018, p. 37), com o *impeachment* da então Presidenta Dilma Rousseff, assume o poder o vice-presidente Michel Temer e se instaura o acirramento das contrarreformas em torno da política de saúde mental. Tais processos já haviam conquistado espaço, a exemplo do convênio entre Governo Federal e Comunidades Terapêuticas (CTs), iniciado durante o primeiro mandato de Dilma, com base no programa Crack, É possível Vencer, de 2011, em que essas entidades do terceiro setor passam a compor o quadro de instituições que recebem financiamento do Estado, com um aumento significativo de 2013 a 2014, pois foram liberados, respectivamente, R\$ 82 milhões e R\$ 99,6 milhões (EL PAÍS, 2015).

Ademais, outros mecanismos desserviram para desarticular a política de saúde mental, a exemplo da Resolução RDC nº 29/2011, que prevê ampla flexibilização das normas para o funcionamento e recebimento de financiamento das Comunidades Terapêuticas. Outras medidas, ainda no governo Dilma, principalmente durante o segundo mandato, são introduzidas em contexto de crises econômica e política, caracterizada pelo privilegiamento do setor privado. Nesse processo, propostas privatistas embasam-se em práticas higienistas, pautadas pelo modelo biomédico, priorizando a institucionalização como forma de intervenção.

Uma das expressões das disputas emergentes nesse período se deu a partir da nomeação do psiquiatra Valencius Wurch, com histórico contrário à Reforma Psiquiátrica e diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, um dos maiores hospitais psiquiátricos da América

⁷ “O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras etc. A expressão mais visível do fundo público é o orçamento estatal.” (SALVADOR, 2010, n. p. 607).

Latina, para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, pelo então ministro da saúde Marcelo Castro, em 2015.

Apesar dos avanços na política de saúde, as disputas entre os setores público e privado também aconteceram nos governos petistas, período em que o mercado obteve uma maior abertura para atuação. Não foi possível alcançar o objetivo de universalidade no âmbito do SUS; dessa forma, segundo Teixeira (2018), os governos petistas trouxeram para o sistema de saúde brasileiro uma nova perspectiva, denominada de Reforma Sanitária Flexibilizada, constituída a partir de características da Reforma Sanitária e do modelo privatista, numa tentativa de conciliar mercado e direito social, beneficiando, conseqüentemente, o mercado em detrimento dos direitos sociais previstos na CF/88.

Em relação ao terceiro modelo de reforma da saúde instaurado, observa-se o caso das Organizações Sociais, a exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), e o processo de abertura ao capital estrangeiro, liberando, dessa forma, a oferta de serviços de saúde, conforme define o Art. 142 da Lei nº 13.097/2015. Portanto, esse processo não se caracteriza como flexibilização da Reforma Sanitária, mas evidencia renúncia ao modelo proposto (TEIXEIRA, 2018).

Com a posse de Michel Temer, retorna a representação dos setores mais conservadores e aliada à elite ultra neoliberal brasileira, visando a beneficiar diretamente o capital e sua acumulação, sob o já conhecido argumento de que a oferta dos serviços públicos não seriam suficientes e nem mesmo eficientes, perpetuando a ideia de que o privado deve trazer os resultados que o SUS não consegue alcançar. Ocorrem sucessivos retrocessos, em variadas áreas da vida social, que interferem direta ou indiretamente na saúde, sendo essas:

do meio ambiente, com aumento do desmatamento, a questão da Amazônia, das mineradoras (a maioria de capital e origem transnacional), impondo sua forma de exploração as riquezas e intensa exploração do trabalho, provocando acidentes ambientais, destruindo rios e sua população local, o domínio do agronegócio em detrimento da agricultura familiar, a ameaça da venda do Aquífero de Guarani, a mercantilização da água, a tentativa de alteração da legislação do trabalho análogo ao trabalho escravo, a política de Direitos Humanos, dentre inúmeras outras. (TEIXEIRA, 2018, p. 38).

Durante o governo de Michel Temer, acirram-se as contrarreformas na política de saúde, devido à clara necessidade de responder às demandas do capital, e por ser, a saúde, um dos nichos mais lucrativos, abrindo, assim, espaço para processos de terceirização e privatização dos serviços. No documento Uma Ponte para o Futuro (2015), apresentam-se propostas para o desenvolvimento do País, com base em processos privatizantes, como a contrarreforma na área da Previdência Social, e o congelamento dos investimentos em saúde e educação. Considerado

esse contexto, o então ministro da saúde, Ricardo Barros, que já havia se posicionado contra o SUS e o acesso universal à saúde, apresenta a proposta de planos de saúde populares, não para benefício da população, mas para reduzir os danos de empresas que tivessem baixa de usuários de planos privados em decorrência de crise econômica (TEIXEIRA, 2018).

Com o governo de Michel Temer atrelado ao projeto privatista na política de saúde, sustenta-se a perspectiva, inclusive na sociedade, de que o Estado deve entregar tudo o que for possível para o setor privado e dissemina-se o argumento de que a problemática da política de saúde brasileira é apenas da má gestão, como consta no documento Travessia Social (2016). A solução que se apresenta, portanto, é um novo ajuste fiscal, que traria grande malefício à sociedade, já que retira direitos sociais básicos.

Em relação ao modelo privatista, nota-se um claro projeto societário que, ao contrário do que se deseja, não atende às demandas da população, mas sim do mercado. Diante dessas questões apresentadas, é perceptível a motivação para as contrarreformas na política de saúde mental, no período de 2016 a 2018 (TEIXEIRA, 2018).

A não execução da Política Nacional de Saúde Mental, portanto, não é um fenômeno recente, de forma que os princípios da Reforma Psiquiátrica nunca foram implementados de maneira concreta; apesar de muito ter avançado no que diz respeito aos serviços e ao tratamento ofertado aos usuários. Mais explicitamente, a política de saúde mental sofre ameaças no campo normativo desde 2011, com aprofundamento no governo de Michel Temer, com a edição da Portaria nº 3.588/2017, construída de forma antidemocrática e sem consulta ao CNS e ao Movimento de Luta Antimanicomial, que prevê a criação de um ambulatório de saúde mental, um serviço localizado no intermédio da Atenção Básica e os Caps, a Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (Ament).

Essa mudança causa significativas mudanças na estrutura já estabilizada da política de saúde mental. Além disso, também contempla a tentativa de mudança na forma de financiamento da Raps, em defesa do financiamento de hospitais psiquiátricos, assim como o aumento de suas unidades, incluindo o apoio à continuidade dos convênios com CTs, reforçando ainda mais a lógica ultra neoliberal (CFESS, 2017).

Diante de um contexto de enormes retrocessos e desmontes das políticas sociais, principalmente na política de saúde, assim como na política de saúde mental, que são parcelas mais lucrativas para o capital, vê-se que o caminho tem sido trilhado de forma exata e com um rumo sem intermédios, com base em um projeto social e de desenvolvimento nacional que não

corresponde às demandas populares. Toda a trajetória de desarticulação da Política Nacional de Saúde Mental e da Raps, tem avançado em direção à Nova Política de Saúde Mental, constituída a partir de 2017, até o momento atual, ponto a ser esclarecido no próximo item deste trabalho.

2.2 A Nova Política de Saúde Mental

O resultado das eleições de 2018 trouxe reforço ao neoconservadorismo⁸, bem como do neoliberalismo⁹, fator que não elimina a junção das duas vertentes, em defesa de projetos antidemocráticos, visivelmente contrários aos direitos humanos, às políticas sociais e públicas, bem como aos direitos sociais. Representadas por Jair Bolsonaro, as propostas tratam de variadas demonstrações das contrarreformas já citadas, iniciadas no governo de Temer (TEIXEIRA, 2018).

Desde o início de seu mandato, o atual presidente tem cumprido as promessas feitas, ainda em campanha eleitoral, inclusive a Reforma da Previdência. Com um plano de governo completamente antagônico às demandas populares, o governo de Jair Bolsonaro, acompanhando o governo de Michel Temer, tem como via principal atender às demandas do capital, por meio de financiamento do setor privado, flexibilização das condições de trabalho, bem como da desestruturação das políticas sociais, com base na perspectiva meritocrática e individualista.

Com posicionamento positivo a algumas medidas para o fortalecimento do livre mercado, como a política de saúde, campo das políticas sociais mais lucrativas para o capital, principalmente para o investidor estrangeiro, um dos pontos fortes, para além das reformas trabalhista e da previdência, tem sido a política de saúde mental (TEIXEIRA, 2018).

Sabe-se que a Reforma Psiquiátrica brasileira não foi alcançada em sua plenitude, com um processo de avanços, retrocessos e contínua luta, que trouxe muitas conquistas ao Movimento de Luta Antimanicomial, bem como aos usuários da política de saúde mental, a exemplo da Lei nº 10.216/2001. A Política Nacional de Saúde Mental tornou-se foco de interesses privados, e alvo de grandes conflitos, desde antes da promulgação da CF/88. Portanto, tornou-se o centro de desmonte durante os últimos anos. Já no segundo mês ocupando

⁸ Mostra-se como uma prevalecente exaltação conservadora do sistema capitalista, com a pretensão de reagir ao Estado Social e à construção dos direitos sociais, com a aspiração de uma sociedade com livre mercado, ou seja, reduzindo o Estado à função de repressão e coerção, com bases violentas, de qualquer oposição à ordem social, bem como das condutas tradicionais, tendo, como papel fundamental, a moral (BARROCO, 2015).

⁹ Vide nota de rodapé 4.

o mais alto cargo do poder executivo, o governo de Bolsonaro publicou a Nota Técnica nº 11/2019, com as propostas de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, que representa um processo de retrocessos em relação a essa política (SILVA, 2018).

O documento propõe um processo de agudização da disputa de forças antagônicas, a luta pela Reforma Psiquiátrica e de interesses privados e financeiros. Nas propostas de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, assim como da Raps, está prevista a criação de novos serviços, como uma nova modalidade de Caps, o AD IV¹⁰; bem como as Aments, que são unidades ambulatoriais especializadas; a incorporação das CTs às Raps; e a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos. Essas mudanças são altamente passíveis de profundas críticas, pois configuram enorme retrocesso, ao retomarem práticas antigas no tratamento de pessoas com transtornos mentais.

As novas modalidades de serviços contidas na proposta para a Política Nacional de Saúde Mental, trazem algumas contradições à reflexão. O Caps AD IV é citado no documento como um serviço completamente novo (uma questão que não se concretiza, devido à possibilidade de reestruturação dos Caps AD III já existentes, para funcionamento do novo serviço), com funcionamento de 24 horas por dia, durante os sete dias da semana, bem como em feriados, ofertando atenção integral e continuada e incluindo um serviço de emergência, com fortes tendências a serem alocados em regiões onde se encontram as ditas “cracolândias”¹¹.

As Aments, como unidades ambulatoriais especializadas, aparecem na proposta de serviço intermediário entre a atenção básica e os Caps, ressaltando a possibilidade de excluir as pessoas com transtornos mentais, já que, mais uma vez, passam a ser colocadas em local de atendimento específico e separado, caracterizando, assim, medidas de caráter higienista.

O documento ainda abre possibilidades de substituição dos Caps I pelas Aments, em pequenos municípios, diminuindo, assim, a relevância dos Caps para a Raps (BRASIL, 2019). Além disso, “a partir da nova normativa, o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na Raps e não mais se incentiva o seu fechamento” (BRASIL, 2019), com a justificativa de que o fim

¹⁰ O Caps AD IV aparece como uma nova modalidade, porém com uma ideia de substituição parcial dos Caps AD III que já existem, sendo colocado como mais uma forma de desvalidar os Caps que estão em funcionamento, se tratando de um serviço de cunho hospitalocêntrico.

¹¹ Termo conhecido e utilizado no meio popular para designar uma localidade onde há concentração de pessoas usuárias de substâncias, principalmente *crack*. Denominação de cunho pejorativo, tendo em vista a estigmatização social produzida diante da condensação do processo social e suas contradições, ao uso e dependência de substâncias psicoativas.

desse tipo de instituição provocaria a piora na assistência à saúde mental, afirmação completamente contrária às propostas da Reforma Psiquiátrica e às suas conquistas. Um ponto crítico da nova proposta diz respeito às CTs, pois prevê a inclusão dessas instituições como parte da Raps, com o objetivo de manter o funcionamento e expandir o financiamento delas, com o argumento de cuidado com a qualidade em defesa dos usuários da política de saúde mental.

Sabe-se que as CTs sempre existiram na realidade brasileira, em relação à saúde mental, representadas como instituições asilares¹². Essas entidades funcionam dentro do modelo imposto anteriormente à Reforma Psiquiátrica e contra os principais meios de assistência à saúde mental, propostos na Lei nº 10.216/2001, que prevê tratamento com o emprego de meios o menos invasivo possível. As práticas das CTs, portanto, são completamente contrárias à lógica do respeito aos direitos humanos, já que “das propostas de tratamento que, na quase totalidade das comunidades terapêuticas visitadas, articula isolamento, abstinência, uso do trabalho dos internos para a manutenção dos locais – sob o nome de laborterapia – e referências religiosas ou espirituais” (CFP, 2018, p. 56).

Nesse sentido, há constante violação de direitos de pessoas com transtornos mentais, derivada do uso de substâncias psicoativas. A criação de novos mecanismos e parcerias, dentro da Raps, traz à tona o modelo arcaico com bagagem conservadora, higienista e manicomial, retomando um modelo de atenção à saúde mental, que, apesar dos avanços logrados, não havia sido plenamente superado.

Não obstante, a Nota Técnica nº 11/2019 mostra-se fortemente contraditória, de modo que, ao mesmo tempo em que diz propor uma política de saúde mental com “o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p.1) afirma ser um processo evolutivo da política; traz medidas antiquadas ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, a exemplo dos hospitais psiquiátricos, das CTs e a autorização da utilização de eletroconvulsoterapia como o melhor aparato para tratamento. Além disso, reafirma que todos os serviços que compõem a Raps, são igualmente importantes

¹² Isolamento e restrição de convívio social, seja por meio presencial, telefônico, virtual, ou até mesmo por correspondência. Incomunicabilidade e visitas restritas, como é o caso de algumas CTs que restringem as visitas familiares em um período inicial do interno na entidade, também com a prática da posse de documentos, cartões e dinheiro, bem como a localização da unidade ser de difícil acesso. Muros, portões, trancas e restrições de saída. Todas essas práticas tem o intuito de inibir a saída dos internos (CFESS, 2018).

e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos, legitimando a lógica perversa das CTs e dos hospitais psiquiátricos.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde não considera mais serviços como substitutos de outros, e não fomenta mais o fechamento de unidades de qualquer natureza. (BRASIL, 2019), evidenciando a questão de proteção ao funcionamento e financiamento dos hospitais psiquiátricos e CTs, e não rompendo com o modelo manicomial de atenção à saúde mental, portanto, assume, assim, ser defensor de sua continuidade (BRASIL, 2019).

Trata-se de medidas na contramão da atenção em saúde mental baseada na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, e também retrocede na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada e de base comunitária. (CFESS, 2019, n. p.).

Além disso, mudanças significativas ocorreram no âmbito das Diretrizes Nacionais da Política sobre Drogas, que afetam diretamente a Política Nacional de Saúde Mental, tal como a Raps. A primeira delas trata do rompimento com a Política de Redução de Danos¹³, uma prática anteriormente comum nas unidades da Raps. A partir do Decreto nº 9.761/2019, no Art. 4º, é revogado o Decreto nº 4.345/2002, que instituiu a Política Nacional Antidrogas, e apresentava, como pressuposto básico:

2.13. Orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os "Determinantes de Saúde", entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde. (BRASIL, 2002, grifos do original).

Ademais, outra medida tomada pelo atual governo concretiza mais um passo para a contrarreforma na política de saúde mental, como também na política sobre drogas, com a sanção da Lei nº 13.840/2019¹⁴, que passa a considerar a internação involuntária como forma de tratamento para pessoas que fazem o uso de substâncias psicoativas, como diz:

§ 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação:
I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;
II – internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do

¹³ Ações voltadas a diminuir os danos causados pelo uso de substâncias psicoativas, desenvolvidas por meio de informação, educação e acolhimento, assim como de assistência social e acesso à saúde, além da prevenção de outras doenças. São praticadas com indivíduos que fazem e não podem, não conseguem ou não querem parar o uso de substâncias, com base no respeito às necessidades individuais (BRASIL, 2005).

¹⁴ “Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências” (BRASIL, 2019).

Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constata a existência de motivos que justifiquem a medida. (BRASIL, 2019).

Portanto, a tomada de decisão relativas a essas medidas de contrarreforma, e que caminham na contramão da Reforma Psiquiátrica, colocam em xeque as limitadas conquistas e os poucos avanços que dizem respeito aos direitos humanos na política de saúde mental, tendo em vista a assistência na Raps no âmbito do SUS. Com o retorno de práticas manicomialistas e de caráter higienista, expõe-se um objetivo perverso, ou seja, esconder aquilo que não agrada aos olhos e financiar os setores privados, desconsiderando a magnitude dos serviços substitutivos, que têm as bases do cuidado na liberdade, e laicidade em serviços de caráter público e gratuito.

2.3 Política de Saúde Mental em Disputa: a Divergência de Posições no Conselho Nacional de Saúde

Considerando-se as mudanças relacionadas à política de saúde mental, nos últimos anos, partindo do projeto de construção de uma nova política, bem como do cenário de disputa no qual está inserida, tem-se como um dos campos de certame o CNS. Com posicionamento contrário às alterações concretizadas, que não condiziam com o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica anteriormente na política de saúde mental, trata-se de uma instituição de importante relevância para os processos instaurados nessa temática, atualmente.

O CNS configura-se como uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, e parte integrativa do Ministério da Saúde. Com função de controle e participação social, ou seja, fiscalizar e monitorar políticas públicas referentes à saúde, é composto por 48 conselheiros titulares e respectivos suplentes, que representam os segmentos de usuários, trabalhadores, gestores do SUS e prestadores de serviços, com o objetivo de encaminhar as demandas populares ao poder público.

A fim de buscar o posicionamento do CNS em relação à Nova Política de Saúde Mental, participamos da 317^a reunião ordinária do conselho. Durante a reunião, especialmente nos intervalos, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com quatro conselheiros, cada um representando um segmento que compõem o CNS, a saber: usuário, profissional da área, governo e prestador de serviços. Todos os participantes aceitaram colaborar com a pesquisa, por meio do TCLE. O roteiro de entrevistas contemplou três perguntas (Anexo A) e, após consentimento dos sujeitos da pesquisa, as falas foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

2.3.1 Retrocesso ou melhoria?

Para dar início à análise das entrevistas, serão colocadas sob o mesmo eixo de análise as duas questões iniciais: 1) Qual a sua opinião sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental propostas pelo Ministério da Saúde no atual governo? 2) Na sua opinião, as mudanças no atendimento em saúde mental, em curso pelo ministério no atual governo, caminham em direção da garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental e contribuem para a ampliação de acesso e melhoria da qualidade da assistência aos usuários? Explique.

Para os entrevistados dos segmentos de profissionais/comunidade científica e usuários/movimentos sociais, as mudanças na política de saúde mental propostas pelo atual governo são medidas de retrocesso na assistência à saúde mental, com a interpretação de que o novo modelo proposto refere-se à retirada de direitos, bem como a volta de parte significativa do modelo manicomial. Tendo em vista que as alterações na política de saúde mental tem como objetivo a construção de uma nova política, observa-se que o projeto propõe o retorno de práticas antigas, que estavam em processo de substituição pela atenção à saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica, como dispor de bases comunitária e territorial com serviços de portas abertas e a defesa dos direitos humanos (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

*Então, eu avalio como extremo **retrocesso**, na verdade [...] então o que vem [...] com essas, essas propostas, que vem de **extremo desmonte**, na verdade já vem de uma tendência de sucateamento dos serviços [...] várias propostas, elas são encadeadas e viabilizam o desmonte total dentro de um projeto político [...] Não, eu não consigo ver **nenhum ponto positivo**, né, porque a partir do momento que você não respeita o espaço da coletividade da territorialização, né, da importância dessas pessoas terem respeitada as suas raízes e os seus vínculos, e trabalhar na potencialidade dessas raízes, você desconecta ela do território, **não tem nenhum benefício direto**. (Representante do segmento de profissionais/comunidade científica, grifos nossos).*

*[...] porque tá havendo um **retrocesso** muito grande [...] e o que a gente tá vendo pra amanhã, parece que é [...] é pior. [...] Não, eles tão **tirando direitos** e não amplia nada. **Não amplia** nada não. Não tem, eles tão tirando o pouco direito que eles já tinham. (Representante do segmento de usuários/movimento social, grifos nossos).*

Em contraponto a esses posicionamentos, as entrevistas dos representantes dos segmentos gestor e prestador de serviços, expressam a compreensão da saúde como direito e a necessidade de se fazer e manter o acesso da população a essa política, porém com questões importantes a serem refletidas e pontuadas:

*Nós defendemos, nós sanitaristas, secretários municipais, nós defendemos a saúde mental como uma questão de **acesso e inclusão social** [...] eu represento os secretários municipais da saúde, a nossa visão é da, dessa questão da inclusão e de **melhorar os serviços** [...] é uma questão não só de inclusão, mas sim de **direito, direito constitucional**. (Representante do segmento gestor: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems, grifos nossos).*

Na fala do representante dos secretários municipais, nota-se o uso de algumas palavras-chave, que poderiam remeter a uma interpretação equivocada do que realmente está colocado. A utilização das palavras *acesso* e *inclusão social*, relativas ao processo de *melhoria* dos serviços e da política, levam à conclusão de que compreende e defende os objetivos da Reforma Psiquiátrica. Porém, o que se explicita no decorrer da análise, tendo como base o referencial teórico, a documentação e também as falas de outros entrevistados, é que o acesso, a inclusão social e a melhoria dos serviços podem ser estabelecidos por estratégias imediatistas, sujeitas à retomada do modelo manicomial, em detrimento da priorização do modelo assistencial proposto pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

A interpretação da fala do representante do segmento gestor denota contradições vivenciadas no âmbito da organização e de medidas desse segmento em relação à política de saúde mental. O gestor entrevistado representa o Conasems, instituição componente da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)¹⁵, órgão maior de debates e deliberações em torno da política de saúde.

Nesse mesmo órgão, decidiu-se pela aprovação da Resolução nº 32, em dezembro de 2017; normativa que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Raps, ou seja, admitindo que as modificações na política de saúde mental fossem feitas, sem que o CNS tivesse direito de fala e sem que a sociedade fosse consultada (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Além disso, antes da aprovação da Resolução 32/2017, já haviam sido aceitas as propostas de alteração na política de saúde mental, principalmente em relação ao aumento de leitos em hospitais psiquiátricos, na 8ª reunião ordinária da CIT, em agosto de 2017, o que significa que as três entidades componentes da CIT estavam cientes das mudanças.

Porém, entre os dois acontecimentos citados, mais precisamente em setembro de 2017, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conasems divulgam uma nota conjunta em que dizem que “O Conass e o Conasems ratificam o compromisso com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira e manifestam a disposição de enfrentar os desafios detectados até que sua consolidação seja uma certeza” (CONASS; CONASEMS, 2017).

O posicionamento das referidas instâncias gestoras do SUS revelam posições contraditórias, uma vez que, ao reforçar o modelo hospitalocêntrico, por meio de aprovação de

¹⁵ Comissão constituída pelas três instâncias gestoras governamentais do SUS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

normativas governamentais, a exemplo da Resolução nº 32/2017, assume a defesa de um modelo de atenção que caminha na direção oposta às propostas da Reforma Psiquiátrica que tem como princípio básico substituir o modelo manicomial, ou seja, afirmam apoiar a Reforma Psiquiátrica, mas se posicionam favoráveis às alterações na política de saúde mental, que prevê o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos, assim como outros tipos de instituições com um longo histórico de maus-tratos, negação dos direitos humanos, bem como da privação de liberdade, ou seja, questões que vão contra a Lei nº 10.216/2001, intitulada Lei da Reforma Psiquiátrica. Além disso, desconsideram os espaços de participação social previstos constitucionalmente, ao aprovar a Resolução nº 32/2017 à revelia do CNS.

Vale ressaltar que a discussão da melhoria da assistência à saúde mental somente pelo acesso, sem a perspectiva de um modelo específico, pode resultar em um estado de risco em que o acesso pode se dar por meio de instituições e serviços que não estão pautados na Reforma Psiquiátrica, a exemplo de hospitais psiquiátricos privados e CTs.

Já o representante do segmento de prestador de serviços traz em sua fala aspectos também relevantes da entrevista para serem ressaltados e analisados, como descrito a seguir:

*[...] temos muito ainda a **construir em relação as políticas antigas**, então as eventuais mudanças que estão vindo agora, com relação a, ao que foi apresentado aqui, elas **precisam ser avaliadas com muito critério** [...]. Nós temos **problemas hoje com os Naps com os Caps**. (Representante do segmento de prestador de serviços, grifos nossos).*

Diante dessa colocação, dois aspectos importantes devem ser analisados: um é a classificação da política de saúde mental pautada na Reforma Psiquiátrica como “*políticas antigas*”, e a outra é a questão dos “*problemas com Naps e com os Caps*”, que são dois dos serviços ofertados pelo SUS na área de assistência à saúde mental. Em relação ao primeiro ponto, é enigmática tal classificação, entendendo que a Reforma Psiquiátrica não chegou a ser alcançada total e plenamente, considerando-se ainda uma reforma em curso.

Já em relação ao segundo ponto, a interpretação da fala do conselheiro que representa os prestadores de serviços sugere ser uma estratégia argumentativa do setor privado, para consolidar a ideia de que o serviço público não consegue suprir as necessidades da população em decorrência das adversidades vivenciadas no SUS, enquanto os serviços privados trariam o fornecimento basilar. Por outro lado, os segmentos dos trabalhadores e usuários apresentam posições semelhantes e alinhadas à proposta do movimento de luta antimanicomial.

Com relação à posição do segmento dos prestadores de serviços e governo, observa-se a perpetuação da ideia de mal funcionamento do SUS, assim como do bom funcionamento do

sistema privado, que acarretam na ideologização da substituição do público pelo privado, em decorrência da crença de que é aceitável o setor privado receber financiamento do Estado, desde que a população tenha acesso aos serviços que são garantidos constitucionalmente. Dessa forma, o que se tem é um SUS cada vez mais sucateado, subfinanciado e cedendo espaço para um sistema privatista, onde o único intuito é o lucro proveniente do adoecimento.

2.3.2 A posição do Conselho Nacional de Saúde

Para a análise da última questão feita aos participantes da pesquisa, que concerne ao posicionamento do CNS relativo à nova política de saúde mental proposta pelo Ministério da Saúde no atual governo, será usado o eixo central da pergunta, ou seja, a posição do CNS em relação às mudanças na política, para então verificar se todos os segmentos de conselheiros estão cientes do parecer do conselho relacionado ao tema.

Durante a visita à reunião do CNS, dos quatro entrevistados, três mencionaram a existência da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), parte componente do CNS, que se reporta ao monitoramento da política de saúde mental, assim como da Raps, que também tem como papel acompanhar o modelo de assistência à saúde mental, que diz respeito ao processo de desospitalização, como previsto na Lei nº 10.216/2001. Os segmentos de usuários e profissionais apresentaram conhecer, de forma geral, a posição do CNS em relação às alterações na política de saúde mental. Já os segmentos do governo e prestador de serviços, o conhecimento sobre a CISM é explicitado, porém não é colocada a posição do CNS diretamente relacionada às alterações na política de saúde mental.

O conselho tem se colocado totalmente contrário as mudanças [...] Então isso, o conselho sempre foi, a nossa posição aqui dentro do conselho e o conselho, de uma forma geral, também foi contrário a essas coisas. (Representante do segmento de Movimentos Sociais e Usuários, grifos nossos).

Então a gente tem a nossa *comissão intersectorial de saúde mental* [...] então a gente já fez vários movimento, ne, de, é, de resolução com relação aquilo que tem que ser priorizado dentro da política pública de saúde, incluído a política de saúde mental, *manifestação contrário ao incentivo e ampliação de comunidade terapêutica financiamento de comunidades terapêuticas, dentro da lógica daquilo que a gente defende, ne, que é a desinstitucionalização, a não manicomialização das pessoas, ne, a perspectiva da defesa da reforma psiquiátrica.* (Representante do segmento de Profissionais e Comunidade Científica, grifos nossos).

A fala do representante do segmento gestor leva à interpretação de que conhece a posição do conselho, porém sem explicitá-la, deixando evidente, apenas, que o CNS terá uma

posição contrária, caso seja necessário. Já o representante do segmento de prestador de serviços apresenta ter conhecimento da CISM, sem explicitar o posicionamento do conselho em sua fala.

O conselho tem sido o defensor dos direitos, então aquelas questões que não forem dentro das regras constitucionais, com certeza a *comissão de saúde mental e o próprio conselho vai se posicionar contrário*. (Representante do segmento Gestor, grifos nossos).

Tem as *comissões específicas que estão se debruçando nesse processo para fazer uma análise mais profunda e trazerem encaminhamentos* para serem dados como recomendações do conselho ao Ministério da Saúde em relação a esse processo (Representante do segmento Prestador de Serviços, grifos nossos).

Tendo em vista as respostas dos participantes, no tocante ao último questionamento feito, é possível afirmar que todo o conselho permanece conhecedor da posição geral do CNS em relação às mudanças na política de saúde mental que não tenham como parâmetro a continuidade da Reforma Psiquiátrica, uma vez que há diversos posicionamentos, encaminhamentos, e outras providências, em relação à temática.

Apesar do CNS ter explícita opinião contrária às alterações que seguem na direção da hospitalização, bem como da privatização da saúde e saúde mental, o espaço está posto como um local de intensas disputas, em que não há um consenso, como foi constatado durante a observação da reunião. Ao longo do segundo dia da 317ª reunião ordinária do CNS, foi possível acompanhar a discussão da pauta da Política Nacional de Saúde Mental, visto que foram apresentadas ao plenário, a composição da Raps referente à nova política de saúde mental, bem como as motivações das alterações, pela coordenadora nacional de saúde mental, álcool e outras drogas.

Enquanto no primeiro dia de reunião os debates ocorreram de forma pacífica, no segundo dia, principalmente no decorrer do debate no âmbito da saúde mental, o campo de disputas ficou explicitamente visível. Apesar das opiniões divergentes entre as entidades representantes, constatou-se que a posição majoritária é contrária às mudanças propostas pelo Ministério da Saúde no atual governo.

Durante a reunião do CNS, foi exposto documento previamente construído que trata das mudanças na política de saúde mental apresentadas na Nota Técnica nº 11/2019. Tal documento concretizou-se na Recomendação nº 023/2019, que diz:

Recomenda: Ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP): A suspensão dos efeitos da Resolução CONAD nº 1, de 9 de março de 2018. Ao Ministério Público Federal (MPF): Que atue no sentido de propor a suspensão da execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida na Política Nacional de Saúde Mental.

À Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Que, em virtude da resposta do Ministério da Saúde no despacho CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 16 de março de 2018, pactue a revogação da Portaria GM/MS nº 3588, de 21 de dezembro de 2017 e a retomada da Política Nacional de Saúde Mental, nos termos do que estava anteriormente previsto. (CNS, 2019, p. 3).

Ao finalizar esta análise, conclui-se que o CNS, em sua função de controle e participação social, se posiciona, de forma geral, contrário às mudanças declaradas na política de saúde mental, mesmo constituindo-se de posicionamentos discordantes e configurando-se como espaço de disputa de interesses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação, cujo principal objetivo foi analisar a posição dos conselheiros nacionais de saúde em relação à nova política de saúde mental, teve como base teórica os processos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica; o desenvolvimento do processo de redemocratização do País; bem como as trajetórias política, social e econômica até o momento atual, no que diz respeito à política de saúde e saúde mental.

Ressalta-se que o processo de Reforma Psiquiátrica e seus anseios, iniciados na década de 1970, estão ainda em construção, ou seja, não se instauraram de forma completa e plena. Além disso, é importante também a ressalva de que o entendimento de saúde parte da perspectiva de direito, e de que a Reforma Psiquiátrica foi de enorme importância na construção de um novo modelo de assistência em saúde mental no Brasil.

Como se explicita no decorrer desta monografia, o cenário atual pertinente às políticas sociais, e expressivamente à política de saúde mental, traz à tona a questão de uma ofensiva em curso, que é claramente neoliberal e neoconservadora, já que contribui para a privatização dos serviços públicos na saúde, bem como o subfinanciamento do SUS, além de levantar uma carga moral, individualista, punitivista e meritocrática, principalmente no que diz respeito à política de saúde mental brasileira.

Essa ofensiva mostra a relevância do debate em torno dos campos de disputa de interesses. Como demonstrado neste texto, o CNS se estabelece como um dos campos fundamentais de embate em relação à saúde, por se tratar de uma instituição colegiada e deliberativa, representante do controle social, bem como da participação popular na construção e no monitoramento da política de saúde nacional, portanto, geralmente, o posicionamento é contrário às medidas que não atendem ao previsto constitucionalmente para a saúde, tendo em vista o papel da representatividade de demandas populares.

Ao considerar o conteúdo histórico explicitado no decorrer desta dissertação, nota-se que, apesar de alguns marcantes avanços exemplificados, foram conquistas imbricadas por meio de um processo de disputas permanente, inserido num contexto de acirramento das contrarreformas nas políticas sociais, bem como de um projeto político do capital, com base na perspectiva privatista.

O CNS posiciona-se contrariamente às mudanças declaradas na política de saúde mental, como expresso na Recomendação nº 023/2019, por entender que as alterações na política de saúde mental, como exposto na Nota Técnica nº 11/2019, remetem à volta de práticas manicomiais e da retirada de direitos. Entretanto, os resultados da pesquisa indicam um campo de disputas permanentes, demarcado por interesses dos diferentes segmentos, com seus respectivos representantes, no plenário do CNS.

O tema pesquisado faz-se importante também, no âmbito do Serviço Social, já que a profissão tem como um dos principais campos de atuação a política de saúde, inclusive a política de saúde mental, uma vez que o Estado é o principal empregador de assistentes sociais. Além de que o Serviço Social, como categoria profissional, tem suas bases na perspectiva crítica da realidade, relacionada à dialética, por entender que a sociedade está em constante processo de transformação.

Compreendendo o Serviço Social como categoria profissional regulamentada pela Lei nº 8.662/1993, atende à obrigatoriedade de ter um Código de Ética, documento basilar da prática profissional do assistente social, com o projeto ético-político. Assim, analisa-se que as transformações nas políticas sociais, espaço de atuação de assistentes sociais, determinadas pelas circunstâncias atuais, não estão de acordo com os princípios do Código de Ética, em que são previstos nos três primeiros incisos:

I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; (CÓDIGO DE ÉTICA, 1993).

Como consequência dos processos privatizantes nas políticas sociais e públicas, com o avanço do neoconservadorismo, é enfática a redução dos campos de atuação do Serviço Social, tendo em vista a renovação dos métodos filantrópicos, com bagagem de culpabilização individual em torno dos problemas sociais. Condensa, também, a questão profissional relativa ao setor social como campo somente caritativo.

O Conselho Federal de Serviço Social (Cfess) tem se manifestado de forma contrária ao avanço das contrarreformas nas políticas sociais no contexto brasileiro, colocando em pauta a questão de os assistentes sociais serem, também, categoria de luta pela democracia, atuando na defesa da liberdade, autonomia dos sujeitos, bem como na defesa dos direitos humanos. Por entender que as mudanças na política de saúde mental resultam em um processo de violação de

direitos, em que há a possibilidade de negação da liberdade e liberdade religiosa, na recusa da autonomia, incluindo a carga moralizante sobre comportamentos dos usuários da política, além da laborterapia (CFESS, 2019).

Portanto, a partir dos posicionamentos do Cfess, o Serviço Social, com base nos princípios ético-políticos da profissão, mantém-se contra a nova política de saúde mental, ao entender que a Reforma Psiquiátrica e o movimento de luta antimanicomial são necessários para a construção e manutenção de uma política de saúde mental cada vez mais humana, e sem a violação de direitos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, out./dez. 2014.

AMARANTE, Paulo. NUNES, Mônica de Oliveira. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, nº 23(6), p. 2067-2074, 2018.

BARROCO, Maria Lúcia. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e serviço social. **Serv. Soc. Soc.** n. 124 São Paulo, oct./dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282015000400623&lang=pt.

BRASIL. Lei n. 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://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 1º maio 2018.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em: 7 maio 2018.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 7 maio 2018.

BRASIL. **Constituição federal de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dape. Coordenação-Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. Opas. Brasília, nov. 2005. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 27/05/2018.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 8 jun. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>.

BRASIL, Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm.

BRASIL. **Política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 29, de 30 de junho de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html.

BENDINELLI, Talita. “Mais um mês e eu teria morrido”. São Paulo. 28 mar. 2015. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/03/06/politica/1425659621_841339.html. Acesso em : 30 jun. 2019.

BRASIL. Lei n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm.

BRASIL. Portaria n. 2.011, de 19 de outubro de 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/25/Prt-GM-n2011.pdf>.

BRASIL. Resolução n. 32 de 14 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>.

BRAVO, Maria Inês S.; PELAEZ, Elaine J.; PINHEIRO, Wladimir N.. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum., Vitória**, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CFESS. Nota Pública: Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo. Dez. 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>. Acesso em: jun. 2019.

CFESS. Código de Ética do Serviço Social. 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: jun. 2019.

CHAVES, Helena Lucia A.; GEHLEN, Vitória Régia F. Estado, políticas sociais e direitos sociais: descompasso do tempo atual. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 135, p. 290-307, maio/ago. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n135/0101-6628-ssoc-135-0290.pdf>. Acesso em: jun. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação n. 023, de 17 de maio de 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco023.pdf>. Acesso em: jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da saúde. 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao-cns>. Acesso em: jun. 2019.

COUTINHO, Carlos Nelson. A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma? **Novos Rumos**, Marília, v. 49, n. 1, p. 117-126, jan./jun, 2012.

FERRAZ, Ana Targina R.; BERNARDES, Franciani. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 4-8, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19647/13200>. Acesso em: jun. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. *In*: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. CFESS, 2009.

OLIVEIRA, Andreia de; KRÜGER, Tania Regina. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. *In*: *Argum.*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 57-71, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18621/13181>. Acesso em: jun. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique A.; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

PEREIRA, Bresser. **A reforma gerencial do estado de 1995**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/download/6289/4880>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SALVADOR, Evilasio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. *In*: **Serv. Soc. Soc.** n.104 São Paulo, out./dez., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n104/02.pdf>

SILVA, Maria Lúcia Lopes. **(Des)estruturação do trabalho e condições para a universalização da Previdência Social no Brasil**. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília. Brasília, 2011.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. *In*: **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

ANEXOS

Anexo A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Qual a sua opinião sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental propostas pelo Ministério da Saúde no atual governo?

- 2- Na sua opinião as mudanças no atendimento em saúde mental, em curso pelo ministério no atual governo, caminham em direção da garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental e contribuem para ampliação de acesso e melhoria da qualidade da assistência aos usuários? Explique.

- 3- Quais as principais ações, propostas e encaminhamentos do Conselho Nacional de Saúde com relação as mudanças operadas na Política Nacional de Saúde Mental do atual governo?

Anexo B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O Posicionamento dos Conselheiros Nacionais de Saúde”, de responsabilidade da Orientadora Profa.

Dra. Andréia de Oliveira e Estudante de graduação Enaile Ribeiro Sarraff do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB). O objetivo desta pesquisa é analisar o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde em relação às mudanças na Política Nacional de Saúde Mental brasileira proposta pelo governo do Presidente Jair Bolsonaro. Assim, gostaríamos de consulta-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identifica-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, ficarão sob a guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas presenciais (fase única). É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação não implica em nenhum risco. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Os pesquisadores garantem que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com: Dra. Andreia de Oliveira na instituição Universidade de Brasília (61) 98108-0161, no horário de 9h às 12h e das 14h às 18h ou para Enaile Ribeiro Sarraff (61) 98275-8711 ou no endereço eletrônico enailesarraff@hotmail.com. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Brasília/DF, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)