

AVANÇOS E RETROCESSOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS: análise da expansão dos serviços

Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes

Professor do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas
Universidade Federal do ABC -UFABC, São Paulo, Brasil
ivan.fernandes@ufabc.edu.br

Heloísa Garcia Claro

Professora Faculdade de Enfermagem
Universidade de Campinas (UNICAMP), Brasil
clarohg@unicamp.br

Nathalia Nakano Telles

Professora Faculdade de Enfermagem
Universidade de São Paulo (USP), Brasil
nnakanot@gmail.com

Ana Carolina de Almeida Patrian

Departamento de Psicologia
Universidade Federal de São Carlos, Brasil
carolpatrian@gmail.com

Resumo: Este artigo analisa a formação e a expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como forma de institucionalização das reivindicações e anseios do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, propondo a inversão da lógica do modelo asilar para o de base territorial e comunitária. O objetivo é demonstrar a importância das normativas para a ampliação do número de serviços e de localidades no país, bem como apontar os caminhos contrários nas diretrizes mais recentes. Para isso, foi realizado levantamento bibliográfico e análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a expansão dos serviços comunitários, a alocação dos recursos do governo federal e a interiorização da RAPS. Foi possível perceber a importância das ferramentas de gestão pública na consolidação do modelo de cuidado antagônico à lógica hospitalocêntrica, principalmente após a consolidação das normativas em âmbito federal, além de indicar que, apesar da amplitude de alcance dos serviços substitutivos comunitários, a RAPS ainda apresenta desafios e ambiguidades, estando vulnerável a retrocessos com potencial de impedir a sua consolidação como modelo substituto.

Palavras-chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Rede de Atenção Psicossocial.

Abstract: The paper analyzes the formation and expansion of the Psychosocial Care Network (RAPS) as a way of institutionalizing the demands and aspirations of the Brazilian Psychiatric Reform movement, proposing the inversion of the logic of the asylum model to the territorial and community-based one. The objective is to demonstrate the importance of regulations for expanding the number of services and locations in the country, as well as pointing out the opposite paths in the most recent guidelines. For this, a bibliographic survey and analysis of official documents of the Ministry of Health on the expansion of community services, the allocation of federal government resources and the interiorization of RAPS were carried out. It was possible to perceive the importance of public management tools in consolidating the

model of care antagonistic to the hospital-centered logic, especially after the consolidation of regulations at the federal level, in addition to indicating that, despite the breadth of reach of substitutive community services, RAPS still presents challenges and ambiguities, being vulnerable to setbacks with the potential to impede its consolidation as a substitute model.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; Psychosocial Care Network

Resumén: Este artículo analiza la formación y expansión de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) como una forma de institucionalizar las demandas y aspiraciones del movimiento de Reforma Psiquiátrica brasileña, proponiendo la inversión de la lógica del modelo de asilo al territorial y comunitario. El objetivo es demostrar la importancia de la normativa para ampliar la cantidad de servicios y ubicaciones en el país, así como señalar los caminos opuestos en las directrices más recientes. Para ello se realizó un relevamiento bibliográfico y análisis de documentos oficiales del Ministerio de Salud sobre la ampliación de los servicios comunitarios, la asignación de recursos del gobierno federal y la interiorización del RAPS. Se pudo percibir la importancia de las herramientas de gestión pública en la consolidación del modelo de atención antagónico a la lógica hospitalaria, especialmente luego de la consolidación normativa a nivel federal, además de señalar que, a pesar de la amplitud de alcance de la comunidad sustitutiva servicios, RAPS aún presenta desafíos y ambigüedades, siendo vulnerable a retrocesos con el potencial de impedir su consolidación como modelo sustituto.

Palabras clave: Salud mental; Reforma psiquiátrica; Red de Atención Psicosocial.

1. Introdução

A Reforma Psiquiátrica, pela sua complexidade, apresenta diversas possibilidades de abordagens teóricas de aprofundamento. Seu processo histórico permite um recorte tanto clínico quanto técnico. Para o presente estudo, iremos aproximar as análises focadas no setor de saúde com as discussões mais afinadas ao campo da Gestão Pública, priorizou-se o foco na entrada da temática da reforma psiquiátrica na institucionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da análise de suas principais normativas, os princípios e os anseios do debate da substituição da lógica manicomial para a de cuidado em liberdade e comunitário.

Para tanto, apresenta-se no texto a relação entre o contexto histórico e o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica brasileira, que tem como uma das suas principais expressões a expansão dos serviços substitutivos em contextos loco-regionais distintos. Entre as condições objetivas que permitiram a consolidação da atenção à saúde mental estão o aprimoramento do conjunto normativo que reorienta o modelo, o financiamento e ações técnicas a serem desenvolvidas nos serviços.

No decorrer do texto, será possível perceber quatro momentos que influenciaram o processo de expansão e modificação da rede de serviços, corroborando a importância dos dispositivos de gestão pública para a consolidação do modelo de cuidado de base territorial e comunitária, abaixo descritos.

O primeiro momento é o período anterior às normativas do governo federal, mas já imbuídas dos princípios da Reforma Psiquiátrica, da década de 1980 até 2001. Neste período são criadas experiências inovadoras em nível local em diversos municípios brasileiros, com incipiente aporte financeiro. De 2002 a 2011, tivemos dois importantes marcos: a sanção da Lei 10216 (2001) e a publicação da Portaria 336 (2002), proporcionando uma expansão de serviços e um aprimoramento dos mecanismos de financiamento.

O terceiro momento vai de 2012 a 2015, a partir da publicação do Decreto 7508 (2011) e das Portarias 3088/3089 (2011), além de portarias auxiliares, que instituem e organizam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) inclusive criando novos serviços e o estabelecimento de novos parâmetros para o financiamento. Por fim, a partir de 2016, inicia-se uma ruptura com o movimento anterior por meio da publicação de novas normativas em desacordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

2 Referencial Teórico

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é a inversão do modelo de lógica asilar e segregacionista para o cuidado dos usuários em sofrimento mental de forma comunitária e territorial, em uma rede de serviços - em oposição à hegemonia do hospital. Cuidando do indivíduo em suas diferentes necessidades de forma interdisciplinar e em diversos serviços de setores diferentes (saúde, direito, assistência social), é possível garantir os direitos de cidadania de forma plena.

Este processo foi orientado pela comunhão de interesses e valores de trabalhadores, usuários, familiares, indivíduos e coletivos que se opunham ao

modelo de marginalização e isolamento, entendendo que os indivíduos devem ter disponíveis a adequada oferta de cuidado em saúde e de reabilitação psicossocial sem violações de direitos (Amarante, 1995).

É fundamental conhecer o processo histórico dos movimentos populares do campo da saúde/saúde mental para compreender os avanços deles derivados e os retrocessos atualmente impostos.

Desde o final da década de 1970 buscou-se, por meio de organizações de movimentos populares e associações, constituir um sistema em saúde garantidor de direitos. O movimento da Reforma Sanitária questionou o binômio saúde-doença e o modelo de saúde vigentes à época, sendo reivindicadas a necessidade do protagonismo dos usuários e a garantia do acesso universal à saúde pública de qualidade, integral e equânime, com ênfase nos cuidados primários (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Neste contexto, no campo da saúde mental, o movimento da RPB teve como expoente o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que foi um

movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (Brasil, 2005).

O MTSM foi protagonista no questionamento da psiquiatria tradicional, da segregação e cronificação produzida pelos manicômios e suas violações de direitos humanos, bem como a mercantilização da loucura e as precárias condições de trabalho dos profissionais (Carneiro, 2010). Contemporâneas, a RPB e a Reforma Sanitária convergiam no questionamento da centralidade do hospital como forma de cuidado principal a todas as necessidades de saúde, inclusive apresentando-o como produtor de agravos, e em referenciar o território/comunidade como principal ator na atenção à saúde da população. (Amarante, 1995).

Em meio a uma série de denúncias de violações de direitos em hospitais psiquiátricos na ocasião da visita de Franco Basaglia ao Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, em 1979, e a série “Os porões da loucura” do jornalista Hiram Firmino, vencedora do Prêmio Esso, ficou então exposta a irrazoabilidade

do modelo asilar (Basaglia, 1979). Entre as diferentes perspectivas das reformas psiquiátricas europeias surgidas no pós-guerra¹, o movimento brasileiro tem forte influência da italiana, tendo Basaglia como referência (Brasil, 2005).

Em sua obra, o autor apresenta as bases para o questionamento da instituição psiquiátrica e descreve o hospital psiquiátrico (HP) como gerador de sofrimento:

O novato, no momento em que ingressa no complexo sistema de internação, deve deixar atrás de si os vínculos que não pode mais manter, os projetos que já não pode realizar, enfim, a vida que não pode viver, pois o próprio hospital o impede de continuar a buscar o seu lugar, de projetar-se no futuro, inibindo a “conquista” da própria subjetividade. Trancado no espaço estreito da sua individualidade perdida e oprimido pelos limites impostos pela doença, o doente mental é impelido pelo poder institucionalizante do asilo a objetificar-se nas próprias regras que o determinam, num processo de diminuição e de restrição de si mesmo que – originalmente superposto à doença – nem sempre é reversível (Basaglia, 2005).

Na década de 80, durante o período de luta pela redemocratização do país, integrantes do MTSM adentraram em espaços formais de gestão em saúde mental com vistas a obter condições de inserções nas propositivas sobre o tema acerca da oferta de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (Carneiro, 2010).

Para o campo da Saúde Mental, o ano de 1987 foi fundamental para a consolidação dos princípios de base dos movimentos, a saber: a reorientação do modelo de atenção e o respeito aos Direitos Humanos. Foram organizados espaços de composição popular, tais como o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, com a presença dos mais plurais atores envolvidos na temática e a intensificação de debates de propostas alternativas aos HP. No mesmo ano, houve em São Paulo a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na cidade de São Paulo, a primeira experiência do serviço protagonista da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico em acordo aos princípios da RPB (Amarante, 1995).

Com a promulgação da Constituição de 1988, os movimentos populares solidificaram suas lutas pelo reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como a promulgação de leis que garantem a participação

¹ Entre as quais podemos destacar as experiências inglesas e francesas de acordo com Passos (2010).

popular nos processos de construção das políticas públicas, como é o caso de Lei 8142 de 1990 (Bravo, 2001). Desde então, passamos a observar também na saúde mental, a institucionalização, no campo da gestão, de parte das reivindicações populares da reforma psiquiátrica.

Temos como construções importantes na década de 1990, na área da Saúde Mental, a aprovação e assinatura do Brasil da Declaração de Caracas, a II Conferência Nacional de Saúde Mental e a “Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental” em 1993. Todos esses documentos apontam para a imperativa necessidade da reestruturação da assistência em saúde mental para serviços de base territorial e comunitária, com ênfase ao respeito aos direitos humanos. Porém, com poucas normativas oficiais, esta década foi marcada pela continuidade da preferência do repasse dos recursos aos HP pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005). Ainda assim, houve um crescimento da compreensão de que as pessoas em sofrimento psíquico deveriam ser cuidadas dentro do modelo substitutivo e experiências exitosas neste campo já se expandiram pelo país.

Após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, em abril de 2001 foi sancionada a Lei 10.216, importante marco da Luta Antimanicomial, já que insere no campo legislativo as requisições de reorientação do modelo de atenção e a progressiva extinção dos HP no Brasil. A partir desta lei, diversas normatizações foram definindo o *modus operandi* do trabalho em Saúde Mental substitutivo aos manicômios, não sem a atividade dos movimentos populares em pressionar e direcionar os atos oficiais para seus princípios de base. Destaca-se, na institucionalidade, a Portaria Ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental e bem como a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001.

Percebemos, então, que houve a convergência entre dois elementos fundamentais para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica brasileira: o primeiro relacionado à organização de trabalhadores, familiares e usuários na

direção de reivindicar a mudança do modelo assistencial com a luta pelo fim dos manicômios e o segundo relacionado às expressões normativas da política de saúde que incorpora parcialmente as demandas populares e se organiza de acordo com documentos nacionais e internacionais e pelo respeito aos direitos humanos.

O ponto de convergência está centrado no desenvolvimento de dispositivos clínicos de cuidado em saúde mental que operam sob uma outra lógica. Se no HP há a centralidade do asilamento, a supervalorização dos profissionais médicos, a destituição da subjetividade dos sujeitos, o autoritarismo e a coerção, nos serviços que decorrem do processo da Reforma Psiquiátrica deve se afirmar a liberdade diuturnamente e na prática terapêutica, validando os sujeitos, realizando trocas sociais e propiciando, conjuntamente, o acesso e o exercício de direitos (Nicácio, 2007).

Tal delineamento teórico e prático é o que permite afirmar a não viabilidade da coexistência entre o HP e os serviços substitutivos, pois não há reestruturação a ser feita dentro de instituições asilares que permitam o pleno exercício da liberdade e da validação dos sujeitos tais como a compreensão de oferta de cuidado comunitária. Não há reforma estrutural, ambiência ou mesmo organização de processo de trabalho intramuros capaz de se aproximar da experiência de cuidado em plena liberdade (Basaglia, 1979).

Esta nova construção de atenção, alocada no território, aberta e de base comunitária, ou seja, da responsabilização coletiva pelos sujeitos, exigiu a completa transformação da compreensão da loucura e das práticas profissionais, fortalecendo a noção de vínculo, de contratualidade, de protagonismo, de relações de poder, de escolha, de singularidade e, principalmente, da disposição para o encontro (Nicácio, 2007).

Inicialmente, a centralidade do cuidado se deu nos NAPS/CAPS (Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial), porém, a partir da implantação destes serviços substitutivos, foram identificadas outras necessidades, estimulando a

implantação de dispositivos complementares, tais como SRTs (Serviço Residencial Terapêutico), HD (Hospital-Dia) e em formas de reparação e garantia de direitos, como o Programa de Volta para Casa, previsto na Lei 10.708, de 2003.

A partir de 2011, é possível observar nos documentos de referência², que a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, notadamente os CAPS, tiveram mudanças significativas em seu financiamento, composição, bem como nas formas de pactuação para aprovação de sua implantação. Nesse sentido, percebe-se que o volume de serviços implantados até 2010, permitiu uma sofisticação das formas de atenção com a perspectiva de construção de redes territoriais.

Em junho de 2011, houve a aprovação do Decreto 7.508, que organizou as Regiões de Saúde no Brasil de modo a inserir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como condicionante para sua formação, além de torná-la rede temática prioritária de atenção à saúde para o Ministério da Saúde (MS). No mesmo ano, as Portarias 3088 e 3089 foram publicadas e, assim, a RAPS foi instituída e detalhada, bem como os repasses aos serviços reorganizados, passando estes a receber uma verba fixa por tipo de dispositivo e não mais por procedimento.

A implantação da RAPS teve como objetivo integrar a saúde mental em todos os níveis de complexidade e pontos de atenção do SUS a fim de oferecer cuidado integral aos sujeitos, incluindo a infância e juventude e os usuários de álcool e outras drogas. Juntamente com o reordenamento financeiro e o peso de compor a Região de Saúde (exigência de implantação de RAPS para acesso à financiamentos do Ministério da Saúde), decorreu um aumento no número de serviços implantados no país.

Desta forma, coloca-se em prática uma política de indução por parte do governo federal, oferecendo condições para que os municípios implantem

² Trata-se dos documentos oficiais do Ministério da Saúde. São eles: Saúde Mental em Dados 8 e 12, Relatório de gestão SAS 2017, Relatório de Gestão do Ministério da Saúde 2018 e Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

serviços no território com o objetivo de obter o repasse financeiro, o que para esta área de disputa de modelo é bastante eficaz e decisiva (Brasil, 2011). A indução da política de saúde mental se deu via financiamento e adesão às normativas do MS de forma a padronizar e nacionalizar a RAPS.

Neste contexto político, em que a institucionalidade caminhava quase que ao encontro dos anseios dos movimentos da luta antimanicomial, há um arrefecimento popular. Os coletivos retomaram as mobilizações, mais fortemente, em dezembro de 2015 com a nomeação para o cargo de Coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde (MS) de um ex-diretor de HP (Cancian, 2016). Desde então, a Política Nacional de Saúde Mental tem passado por algumas transformações que indicam uma ruptura com o processo iniciado na década de 1980 como a aprovação na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) do SUS a resolução nº 32 (Brasil, 2017), publicação da Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017 e a sanção da Lei nº 13.840, em 05 de junho de 2019.

3 Métodos

Para a realização deste trabalho, utilizamos como método a uma revisão histórica da literatura, bem como análise documental das leis e portarias referentes ao tema da RPB.

Foram utilizados artigos científicos da área de saúde mental, tomando como busca, para revisão de literatura, as plataformas Scielo e Periódicos CAPES com os descritores “saúde mental”, “Reforma Psiquiátrica”, “retrocessos”, entre outros. Dado o recorte histórico do trabalho, não houve delimitação de período.

Também para a revisão, foram utilizados capítulos de livros, dissertações e teses. Além disso, uma das fontes importantes foram os documentos oficiais como os Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental, documentos internacionais (Declaração de Alma-Ata e de Caracas), Cartas Públicas e

documentos oficiais do Ministério da Saúde (Relatórios de Gestão e Saúde Mental em Dados), além da legislação e normativas relacionadas ao tema.

As buscas tiveram como objetivo embasar teoricamente a história da Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir da produção de autores que se vinculam ao processo crítico de análise das políticas sociais, especialmente no que se refere à incorporação de demandas sociais à revisão de políticas setoriais de saúde.

Por meio da revisão bibliográfica e do contato com os textos pesquisados foi possível perceber o contraste com retrocessos neste campo, compreendendo as atuais normativas como afrontas ao modelo de cuidado em liberdade na medida em que são produzidas normativas em desacordo com princípios e normativas estabelecidas, inclusive no campo legislativo como é o caso da Lei 10.216 de 2001.

Para tanto, serão apresentados dados relativos à implantação de serviços ao longo dos anos. É preciso salientar que os dados referentes aos anos de 2016, 2017 e 2018 não foram encontrados em documentos da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, mas nos relatórios de gestão de instâncias superiores como a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS-MS).

Há ainda aspectos do campo político-administrativo que ordenam a dinâmica do financiamento e por conseguinte a expansão e manutenção dos serviços de saúde, como é o caso de considerar a Emenda Constitucional 95 de 2016, que impacta na limitação da expansão de investimentos e recursos públicos nas políticas sociais. Nesse sentido, buscamos cotejar os elementos bibliográficos pesquisados com dados referentes ao desenvolvimento da política nacional de saúde mental junto a elementos macro políticos que afetam a política de expansão da rede assistencial prevista nas normativas apresentadas.

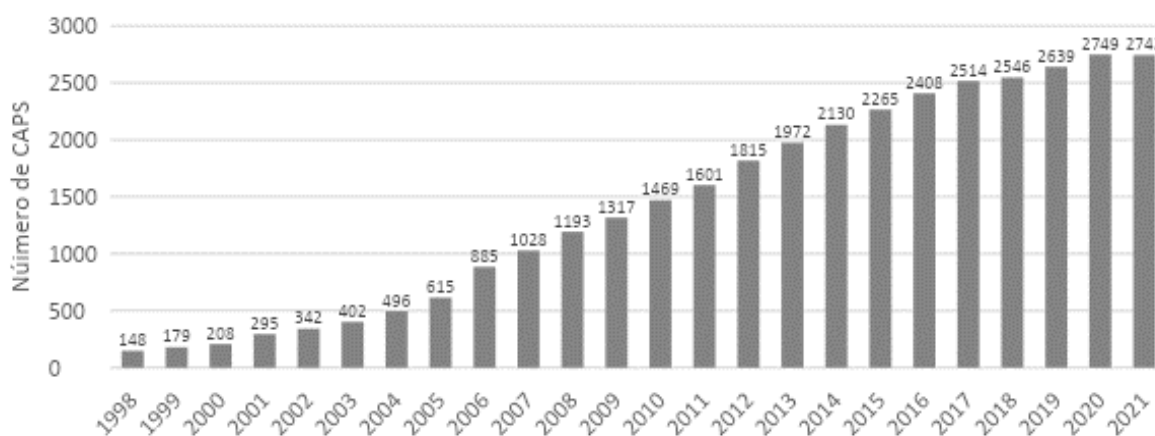
4 Análise dos Resultados

Apresentamos na Figura 1 a evolução da expansão dos serviços CAPS no país de 1998 a 2017. A partir da análise dos dados, é possível encontrar os

diferentes momentos que influenciaram o processo de expansão da rede de serviços. Entre 1998 e 2001 faz parte do primeiro momento de consolidação dos princípios da RPB ainda no campo dos movimentos sociais e da experimentação local de novas formas de tratar do cuidado em saúde mental. Neste momento, ainda não havia um conjunto normativo a partir do governo federal robusto para a sustentação do modelo, tendo em vista que a Lei 10.216 não havia sido promulgada e a Portaria 336 de 2002 também não existia.

Ao cotejar os dados com a bibliografia estudada, percebemos forte participação de municípios pioneiros em suas redes de saúde mental como Santos, Campinas e São Paulo, com importante participação das gestões locais na inovação no cuidado em saúde mental (Campos, 2000). É importante salientar ainda que nesse período a maioria dos recursos destinados à saúde mental eram direcionados à assistência hospitalar. A partir de 2002, encontramos um processo bastante sustentado de crescimento da rede até o final da série histórica. Apenas entre os anos de 2020 e 2021 a tendência de crescimento contínuo é revertida, sendo o único momento no qual há uma redução, ainda que pequena, no número de CAPS no país.

Figura 1- Série histórica de expansão de CAPS de 1998 a 2021 (Brasil)

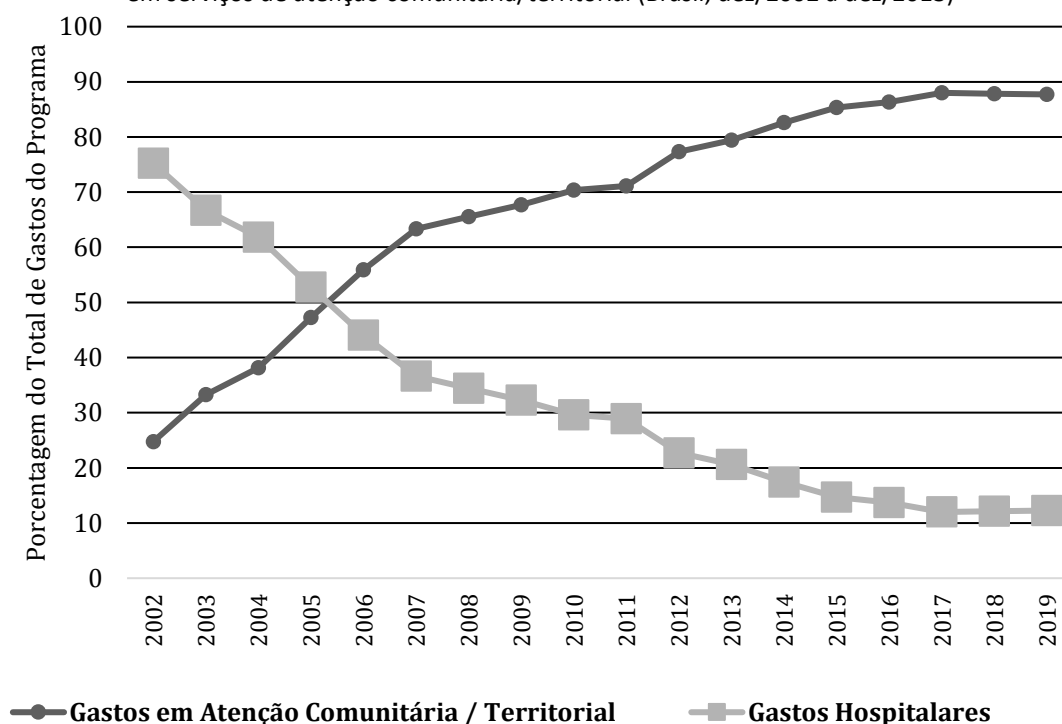


Nota: Fonte - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD)/DAPES/SAS

Ao comparar o quadro de expansão dos serviços à proporção de recursos federais destinados à saúde mental, apresentado na Figura 2, percebemos que logo após a instituição do conjunto normativo (portaria 336/02 e Lei 10.216/01)

houve um crescimento significativo de serviços, culminando na inversão do montante de recursos, priorizando os serviços extra hospitalares em 2006, se mantendo nessa direção até o final da curva. Enquanto em 2002, cerca de 75% dos recursos gastos em saúde mental eram direcionados aos Hospitais Psiquiátricos, o valor caiu para apenas 20% em 2013 e apenas 12% em 2019. O inverso acontece com a atenção comunitária e territorial, enquanto no início da curva, apenas 20% dos recursos federais são destinados a esse tipo de serviço, em 2013 esse valor cresce para quase 80% do orçamento federal em saúde mental em 2013 e mais do que 87% em 2019.

Figura 2- Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez/2002 a dez/2013)



Nota: Fonte Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), Datasus/MS e Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Podemos considerar, então, como um segundo momento da expansão da rede de serviços o período entre 2002 e 2011. Nesse período é possível perceber uma interiorização dos serviços e a consolidação do modelo de atenção em todos os estados da federação. A partir da institucionalização normativa pelo Governo Federal, a experiência dos serviços de atenção comunitários se consolida e torna-se política pública em escala nacional.

No ano de 2012, a partir do Decreto 7508 e da Portaria 3088 e 3089, temos um terceiro momento na expansão da rede, agora RAPS. Como pode ser observado, por meio das normativas, foi notório o aumento do número de serviços implantados por ano, da vertiginosa disparidade entre os recursos alocados nos dispositivos extra hospitalares, bem como a cobertura nacional dos CAPS. Porém, a partir do ano de 2016, com a troca da gestão na CGMAD, aliado à instabilidade geral da política do país, ainda que com as normativas em voga, percebemos uma diminuição no número de serviços habilitados por ano, especialmente entre 2017-2018, como apresentado abaixo na Tabela 1. Evidencia-se, então, um quarto momento na influência no processo de expansão da rede e solidificação do modelo de cuidado.

Tabela 1

Número de serviços habilitados de 2016 a 2018 e previsão para 2019.

SERVIÇO	2016	2017	2018	TOTAL	Em habilitação – previsão para 2019
CAPS	102	80	30	2581	102
Leitos em HG	155	175	125	1455	145
SRT	127	90	42	*	44
UA	8	6	1	**	13

Fonte: Relatório de Gestão 2018 do Ministério da Saúde. Organização da autora.

*dado não apresentado no Relatório de Gestão 2018 do MS. Segundo relatório de Gestão SAS 2016, em 2015 havia 362 SRT. Portanto, é possível dizer que ao final de 2018, havia 621 SRTs habilitadas.

**dado não apresentado no Relatório de Gestão 2018 do MS. Segundo relatório de Gestão SAS 2016, em 2016 havia 59 UAs habilitadas. Portanto, é possível dizer que ao final de 2018, havia 66 UAs habilitadas.

Legenda: Leitos em HG – Leitos em Hospital Geral; SRT – Serviço Residencial Terapêutico; UA – Unidade de Acolhimento.

Ainda segundo o Relatório de Gestão 2018 do MS³, em 2017 aconteceu pela primeira vez, em meio às repercussões da crise política, a desabilitação de serviços em MG, SP, BA e PE. Foi um total de 6 CAPS desabilitados, conforme Portaria nº - 1.010, de 31 de maio de 2017, Portaria nº 1.035, de 5 de junho de 2017, Portaria nº - 1.248, de 20 de julho de 2017. É possível denotar que há uma alteração na lógica de trabalho da CGMAD que desabilita serviços em detrimento da oferta de apoio técnico para a sua adequação. A oferta de apoio técnico

³ Como dissemos, desde 2015 a CGMAD (Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas) não publica dados detalhados sobre o desenvolvimento da política setorial. Dessa forma, para a realização da pesquisa, lançamos mão dos dados presentes em relatórios de gestão de instâncias superiores (como a SAS e o Gabinete do Ministério da Saúde). Tais dados aparecem de forma menos detalhada mas permitiram avançarmos em relação à análise proposta.

territorial é uma ação presente em documentos como o Relatório de Gestão 2011-2015 da CGMAD.

A política de saúde mental sofre interferência também da aprovação da EC nº 95 de 2016, implementando o teto dos gastos públicos, impede a ampliação do aporte de recursos. Neste sentido, quando as normativas recentes apresentam novos serviços como parte da RAPS, tais como CAPS AD IV, Ambulatório de Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos, ou mesmo reiteram as Comunidades Terapêuticas como parte deste processo, fica nítida a percepção de que o mesmo valor de recurso será dividido entre todos os pontos de atenção, o que pode se desdobrar em sobreposição e disputa dos diferentes serviços pelos recursos. A situação se agrava muito quando estes serviços inseridos na RAPS, operam em desacordo com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, como é o caso dos Hospitais Psiquiátricos.

5 Considerações Finais

A pesquisa bibliográfica permitiu observar que a Política Nacional de Saúde Mental, apesar de ter se configurado sob forte influência de indução do Ministério da Saúde via financiamento e adequação formal ao modelo de cuidado, é construída a partir das expressões e anseios da sociedade civil, notadamente pelos movimentos sociais. Essa construção teve impacto significativo dos mecanismos de participação social previstos no âmbito do SUS como a realização de Conferências Nacionais de Saúde Mental, a realização de reuniões do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, e mais recente, em 2013, o Encontro Nacional da RAPS.

O encontro da RAPS e as Conferências foram eventos de caráter participativo que contaram com a presença de milhares de trabalhadores, familiares e usuários, permitindo que as mudanças e o estado da arte da construção da política fossem discutidos publicamente.

Outro elemento importante é o fato de que a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, durante anos publicou com certa regularidade os dados sobre o desenvolvimento da Política de Saúde Mental em

detalhes, permitindo a análise sobre os processos de expansão e qualificação da rede.

As recentes normativas publicadas, a nosso juízo, indicam contraposição à constituição histórica da Reforma Psiquiátrica brasileira ao inserirem no contexto da Rede de Atenção Psicossocial dispositivos como ambulatorios de saúde mental e hospitais psiquiátricos, além de incentivarem Comunidades Terapêuticas (que não são considerados serviços de saúde⁴) ao permitir a emissão de Certificados de Entidades Benéficas (CEBAS), implicando na desoneração de impostos dessas entidades que, atualmente, têm sido denunciadas por violações de Direitos Humanos⁵. Além disso, observa-se a descontinuidade da publicação de informações referentes ao acompanhamento da política como o boletim “Saúde Mental em Dados” e a ausência da realização da Reunião do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental prevista na Portaria 3796 de dezembro de 2010, bem como da realização da Conferência Nacional de Saúde Mental.

Em relação à expansão do número de serviços, observa-se que além do conjunto normativo específico, houve importante influência de fatores macro políticos e macroeconômicos, tendo em vista que nos períodos de maior crescimento econômico, foi observada uma maior expansão da rede.

A publicação da EC 95 de 2016 conhecida como “emenda do teto de gastos” afeta o processo de ampliação de serviços, considerando os dados de implantação a partir de 2016. Além da restrição, observa-se que a inserção de novos dispositivos na RAPS (alguns em contraposição aos princípios da Reforma Psiquiátrica, como afirmamos) poderá acarretar uma certa concorrência entre recursos públicos e os diferentes modelos de cuidado, considerando que

⁴ De acordo com as normativas RDC 29 de 2011 da ANVISA e da Resolução 001 de 2015 do CONAD (Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas).

⁵ Em relação às denúncias de violação de Direitos Humanos pelas Comunidades Terapêuticas podemos encontrar vasto material no acervo de jornais como a folha de São Paulo, bem como reportar os documentos produzidos pelo Conselho Federal de Psicologia e no Relatório produzido pelo Mecanismo de Prevenção e Combate à Tortura.

instituições asilares como o Hospital Psiquiátrico estão previstos agora no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental.

A restrição de recursos e a concorrência entre diferentes serviços na RAPS parece interferir sobremaneira sobre serviços que têm ainda uma presença diminuta nos territórios como é o caso das Unidades de Acolhimento e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Assim, percebemos que uma política pública com base no respeito aos Direitos Humanos e na atenção de base territorial e comunitária que foi construída há mais de 30 anos parece ter se capilarizado, compondo redes locais de regiões muito distintas do país.

O modelo de atenção psicossocial, refletido na Política de Saúde Mental nos últimos anos, tem sofrido interferências da gestão que parecem buscar a desconfiguração dos princípios da Rede de Atenção Psicossocial presentes na Portaria 3088/2011.

Há um limite nessa pesquisa na medida em que não é possível afirmar de forma definitiva os impactos dessas medidas, tendo em vista que as mesmas foram produzidas recentemente. No entanto, nos parece importante considerar que as concepções de clínica e cuidado disseminadas pelos serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos são um elemento vivo e cotidiano que carregam ainda hoje o lema dos movimentos sociais da década de 1980 qual seja, “por uma sociedade sem manicômios”.

O Brasil ainda tem cerca de 25 mil leitos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2017) e percebemos que as alterações em uma política construída com um lastro histórico de participação social e busca de democracia não fenecerá de forma imediata por meio de decretos e normativas sem a consulta e participação popular. Desta forma, tornam-se fundamentais iniciativas, pesquisas e ações que busquem realizar a análise desse complexo processo de reorientação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1995.

BASAGLIA Franco. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates; 1979

BASAGLIA, Franco. **A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização**: mortificação e liberdade do “espaço fechado”. In: AMARANTE, Paulo (org.). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond. 2005. p. 23-34.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 10.216**, de 06 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/L10216.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 10.708**, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 13.840**, de 05 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 7508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8282, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 02 jun. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução n. 32**, de 14 de dezembro de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42176-saude-mental-vetaampliacao-de-leitos-psiquiatricos-em-hospitais-especializados-e-amplia-rede-de-assistencia>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 08**, Brasília, ano VI, n. 08, jan. 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 24p. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf. Acesso em: 21 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPEs. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 12**, Brasília, ano 10, n. 12, out. 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: <[http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)

[downloads/innovation/reports/Report_12edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2019.

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, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 maio 2013. Seção 1, p. 59- 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.089**, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dezembro 2011. Seção 1, p. 232/233.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 30 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde**. Março 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2018**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2018.pdf. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Portaria Interministerial n. 02**, de 21 de dezembro de 2017. Institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090. Acesso em 14 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da

Saúde; 1994. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 08 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IILcnsn.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Ministério da Saúde. Brasília; 2010. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsnmi_cns.pdf.

Acesso em: 08 jun. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** Disponível em:

http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em 15 jun. 2019.

CAMPOS, Florianita Coelho Braga. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.** 2000. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309150>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CANCIAN, Natália. **Alvo de protestos, coordenador de saúde mental diz ser contra manicômios.** Em Folha de São Paulo. Mar. 2016. Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/03/1745679-alvo-de-protestos-coordenador-de-saude-mental-diz-ser-contra-manicomios.shtml>. Acesso em 18 mai. 2019.

CARNEIRO, Pedro Henrique Marinho. **Política social, saúde mental e infância e juventude:** a medicalização dos transtornos de conduta em Carapicuíba (SP). 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Disponível em:

<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17479/1/Pedro%20Henrique%20Marinho%20OCarneiro.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. **III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial.** Santos. 1993. Disponível em:

http://www.abrasme.org.br/resources/download/1363272123_ARQUIVO_CartadeDireitoseDeveresdosUsuarioseFamiliaresdosServicosdeSaudeMental.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde;** 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR).

Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de

Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; GOMES, Maria Paula Cerqueira; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. **Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 452-453, Junho 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2019.

MANIFESTO DE BAURU. **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Bauru. 1987.** Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Afirmção e produção de liberdade:** desafio para os centros de atenção psicossocial. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 143-151, set/dez. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas.** Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

PASSOS, ICF. **Reforma Psiquiátrica:** As experiências francesa e italiana. Cad. Saúde Pública, 26(9);1863-1865, set 2010. Rio de Janeiro.

Recebido em: 15/12/2021

Aceito em: 31/03/2022