

A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios

Psychiatric reform in the SUS and the struggle
for a society without asylums

Paulo Amarante¹
Mônica de Oliveira Nunes²

Abstract *This article presents a historical and epistemological study of the construction of public policies about mental health and psychosocial care in Brazil's Unified Health System, the SUS. To that end, it proposes an approach that identifies actions and strategies related to social participation in the construction of policies, one of the founding principles of SUS, seeking to delineate its importance in the specific trajectory of the psychiatric reform process. Subsequently, it highlights the originality and importance of actions that used culture as a means and as an end, in the sense of not restricting psychiatric reform to a transformation limited to public services or health in the strict sense of the term, emphasizing the principle of construction of a new locus in society for madness. Finally, it provides a historical follow-up of the promulgation of mental health policies in Brazil, identifying the most important initiatives and their impacts on the transformation of the care model, and concludes by questioning the conservative restructuring that is currently taking place.*

Key words *Mental health, Anti-asylum movement, Psychiatric reform, Community participation, Psychosocial rehabilitation*

Resumo *O artigo realiza um percurso histórico e epistemológico da construção das políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial a partir do SUS. Para tanto, propõe uma abordagem que identifica as ações e as estratégias relacionadas ao aspecto da participação social na construção das políticas, um dos princípios fundantes do SUS, e procurando demarcar a importância desta na trajetória específica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Posteriormente, destaca também a originalidade e a importância da atuação que teve como meio e como fim a cultura, no sentido de não restringir a reforma psiquiátrica a uma transformação limitada aos serviços e à saúde em sentido estrito, ressaltando o princípio da construção de um novo lugar social para a loucura. Por fim, faz um acompanhamento histórico da promulgação das políticas de saúde mental, identificando as iniciativas mais importantes e seus impactos na transformação do modelo assistencial e encerra com o questionamento sobre a reorientação conservadora que no momento se impõe.*

Palavras-chave *Saúde mental, Movimento antimanicomial, Reforma psiquiátrica, Participação social, Reabilitação psicossocial*

¹ Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. pauloamarante@gmail.com

² Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador BA Brasil.

Introdução

As políticas de saúde mental (SM) e atenção psicossocial (AP) no SUS têm relação direta com a *ideia-proposta-projeto-movimento-processo*¹ da reforma sanitária e com a conjuntura da transição democrática e, conseqüentemente, com a construção do próprio estado democrático. Mas guardam algumas singularidades!

Os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970 quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência. Assim, são emblemáticos no período o caso dos acadêmicos baianos, o memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia² e a “crise” da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS). A “crise da DINSAM” teve grande repercussão após manifestações de entidades expressivas no cenário nacional (OAB, ABI, CNBB, dentre outras). O episódio diz respeito à mobilização de bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), onde as condições eram absolutamente precárias. A partir de uma carta encaminhada ao Ministro da Saúde com denúncias e reivindicações, foram demitidos 260 profissionais, desencadeando um processo de novas denúncias, manifestações e matérias na imprensa durante vários meses. É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica (RP). Isto irá influenciar de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social).

Este curto resgate objetiva abrir a perspectiva de que a saúde mental se inscreve no ciclo *ideia-proposta-projeto-movimento-processo*¹, mas que, talvez para além do ciclo análogo ou inter-relacionado à reforma sanitária, se constitua em um processo mais amplo e complexo. É neste sentido que se adota a perspectiva de refletir sobre saúde mental, atenção psicossocial e reforma psiquiátrica nestes 30 anos do SUS, procurando identificar estratégias, dispositivos e processos que transbordaram o SUS e que alcançaram outros setores de forma marcante. Referimo-nos ao debate iniciado por Sergio Arouca e refletido por Paim do “fantasma da classe ausente” e os novos sujeitos sociais³, de que o movimento da reforma sanitária não conseguiu se articular com as massas populares ou, ao menos, com outros movi-

mentos sociais. Esta foi uma questão permanente e preocupante no âmbito da RP, possibilitando que surgissem iniciativas importantes nesta direção. Nossa proposta é refletir sobre este processo em várias dimensões que, embora simultâneas e relacionadas entre si, têm como objetivo ressaltar e analisar os vários dispositivos e estratégias que foram adotados.

O processo de participação social na reforma psiquiátrica: os ‘mentaleiros’ fazem a diferença

O primeiro momento diz respeito à constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica. É importante observar que, neste momento, pouco se utilizavam os termos saúde mental ou reforma psiquiátrica. O primeiro por estar ainda praticamente restrito à proposta da saúde mental comunitária ou psiquiatria preventiva, fundamentada por Caplan³, que foi objeto de muitas críticas, conhecidas e acatadas pelos participantes do MTSM. Duas destas críticas se tornaram emblemáticas: a de Franco Basaglia, intitulada “Carta de Nova York - doente artificial”⁴, e a de Joel Birman e Jurandir Freire Costa, intitulada “Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária”⁵. O segundo termo, reforma psiquiátrica, só viria a ser utilizado na virada dos anos 1980 para 1990, no mesmo período em que o termo reforma sanitária começa a ser adotado⁶.

Já em 1978, quando o MTSM foi constituído, existiram várias atividades importantes para seu reconhecimento, com destaque para o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC), praticamente ocupado pelos participantes do movimento e para o I Simpósio Sobre Políticas Grupos e Instituições, no Copacabana Palace, para o qual vieram personalidades internacionais de renome, tais como Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari, Ronald Laing, Donald Cooper, Howard Becker, Thomas Szasz dentre outros. Alguns convidados estabeleceram fortes vínculos com os militantes locais, o que ocasionou uma relação profícua, a exemplo do ocorrido com Robert Castel, Felix Guattari e Franco Basaglia (que ainda retornou duas vezes ao Brasil, antes de falecer dois anos após).

Ainda em 1978, o MTSM se aproximou do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), passando a organizar Comissões de Saúde Mental em alguns dos estados onde a entidade

era mais presente (RJ, SP, MG, BA). O relatório elaborado pela comissão do Rio de Janeiro viria a ser apresentado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, no mesmo dia em que o CEBES apresentou o documento “A questão democrática na área da Saúde”, no qual foi apresentada a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS)⁷.

A última viagem de Basaglia ao Brasil teve forte repercussão na mídia. Noticiada em grandes meios de comunicação, estimulou obras marcantes: *Nos porões da loucura* de Hiram Firmino⁸, coletânea das crônicas publicadas no *Diário de Minas*, e o premiado curta *Em nome da Razão* de Helvécio Ratton⁹.

No ano seguinte, 1979, o MTSM organizou o I Congresso de Saúde Mental em São Paulo, demonstrando vigor e iniciativa, mesmo sem qualquer apoio financeiro. Ainda neste ano, a aproximação com a recém-criada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) significaria mais uma estratégia de ampliação da articulação do movimento com o campo mais geral da saúde.

No início dos anos 1980, com a crise financeira da Previdência Social (PS), surgiram propostas de reformulação da assistência médica neste âmbito, mas também da saúde, e muitos dos participantes do MTSM foram envolvidos nesses processos, e, em consequência das mudanças políticas, especialmente com a *Nova República*, houve a convocação da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, que revolucionou a forma de participação social na elaboração de políticas públicas¹⁰. Na medida em que a *oitava*, como ficou conhecida, teve um temário mais geral (Saúde como direito; Reformulação do sistema nacional de saúde; Financiamento do setor)¹¹, foi decidido convocar conferências específicas, dentre as quais a de Saúde Mental. A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, no entanto, ocorreu após muitas dificuldades na medida em que, paradoxalmente, o setor de saúde mental do MS era desfavorável às ideias reformadoras e mesmo à participação social na construção das políticas públicas. Para sua realização foi decisiva a atuação de participantes do MTSM que desencadearam conferências estaduais sem a anuência do governo central. E foi a única conferência que não aconteceu em Brasília, e sim no Rio de Janeiro, de 25 a 28 de junho de 1987¹².

Durante a I CNSM ocorreu um encontro do MTSM que decidiu convocar o seu II Congresso Nacional, em dezembro daquele mesmo ano. Como sede para o mesmo foi eleita a cidade de

Bauru, já que David Capistrano (um dos fundadores do CEBES e da Revista Saúde em Debate e defensor contundente da RP)¹³ era Secretário de Saúde, o que favoreceria a realização do evento.

O II Encontro enfatiza a proposta de “uma sociedade sem manicômios”, lema proposto pela Rede de Alternativas à Psiquiatria, após realização de importante encontro em Buenos Aires, em 1986, do qual participam alguns dos mais importantes membros internacionais (Robert Castel, Felix Guattari, Franco Rotelli, Franca Basaglia). “Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objetivo, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

No âmbito das conferências, é mister destacar que o MLA sempre teve papel de destaque nas edições municipais, estaduais e nacionais de saúde mental. O campo da saúde mental passa a praticar uma radicalidade da proposta de participação social, muito além do formalmente previsto na legislação do SUS, acerca da participação dos usuários pela Lei 8.080/90¹⁴. A II Conferência, convocada por Fernando Collor, foi realizada (de 30/11 a 02/12 de 1992), cinco anos após a primeira, e a III, convocada por Fernando Henrique Cardoso, ocorreu entre 11 a 15/12 de 2001, quase dez anos após a anterior. E, paradoxalmente, no sentido que denota uma contradição, no primeiro mandato de Luís Inácio Lula da Silva não foi realizada a conferência. A quarta edição da mesma só ocorreu de 27/06 a 01/07 de 2010, no último ano de seu segundo mandato, após vigorosa pressão dos movimentos sociais que realizaram várias manifestações que culminaram com a histórica Marcha dos Usuários em 30 de setembro daquele ano em Brasília. Apesar de ter sido convocada como a primeira conferência intersetorial, a participação de outros setores ficou restrita a componentes do governo e não se expandiu aos movimentos sociais ligados ao trabalho, direitos humanos, cultura, educação, direito à terra e assim por diante.

Além da expressiva participação do MLA nas conferências, audiências públicas e outros, o

mesmo passou a participar da Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde, em que pese o fato de que a concepção de intersectorialidade aí utilizada estava restrita aos segmentos do campo da saúde mental (especialmente familiares e usuários). As reuniões da Comissão eram convocadas de forma irregular e os representantes do MLA criticavam a falta de poder decisório da comissão.

Uma vez constituído como Movimento da Luta Antimanicomial, o coletivo passou a organizar núcleos nas capitais e em praticamente todas as grandes cidades do país. Elemento decisivo para esta ampliação foi a criação, já em Bauru, do Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O dia 18 de Maio serviria para despertar o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Pode-se considerar que o objetivo teve êxito na medida em que, desde então, são realizadas atividades políticas, científicas, culturais e sociais não apenas no dia em questão, mas por todo o mês de maio, que passou a ser considerado o *Mês da Luta Antimanicomial*. Dada a grande repercussão dos eventos organizados pelo MLA e pela sua também expressiva participação nos fatos mais gerais da saúde, a denominação de *mentaleiros* (em alusão ao *heavy metal*) passou a ser amplamente utilizada para caracterizar o “barulho” causado por este ator social.

Por outro lado, o MLA passou a organizar eventos próprios, o primeiro em 1993, em Salvador, e o mais recente, em 2014, em Niterói, com relativa regularidade e expressiva autonomia, tanto em termos organizativos quanto financeiros, e passou a estimular e a contribuir com a organização de encontros nacionais de associações de usuários de serviços de saúde mental e familiares que, em 2014, realizou sua 14ª edição. Em Vasconcelos¹⁵, podem ser encontradas informações preciosas sobre as bases históricas e políticas, tensões e tendências deste ator social.

A criação da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) representou um elemento novo no cenário da participação social no contexto da RP. Criada a partir do GT de Saúde Mental da Abrasco, a Abrasme teve como propósito constituir um novo ator que reunisse, a um só tempo, os vários sujeitos envolvidos, dos usuários e familiares e outros ativistas ligados às questões de etnia, gênero, sexualidade, diversidade cultural e direitos humanos, e todos que estivessem em serviços ou outros dispositivos, e também com os que atuassem na produção de conhecimento e políticas. A Abrasme passou a organizar, de dois

em dois anos, congressos nacionais assim como os fóruns de direitos humanos e saúde mental. Tanto os congressos quanto os fóruns passaram a assumir de maneira mais central a crítica ao modelo biomédico em psiquiatria e aos interesses que os orientam. A título de exemplo, a entidade possibilitou a vinda de várias expressões internacionais de movimentos de crítica à medicalização da vida cotidiana, dos “ouvidores de vozes”, do Diálogo-Aberto, com destaque para Robert Whitaker¹⁶, que aqui esteve quatro vezes.

Com os primeiros sinais de desmonte do SUS, o que ocorreu antes ainda do impedimento de Dilma Rousseff, mas em decorrência das negociações para que o mesmo não ocorresse, o MS foi assumido por conservadores e, para a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, foi nomeado ex-diretor de um hospital psiquiátrico fechado por ação do Ministério Público e notório defensor do modelo manicomial. Em resposta, o MLA “ocupou” por 4 meses as dependências da Coordenação que só foi desocupada por ordem judicial. Este ato, de repercussão internacional, demonstrou a capacidade de organização e intervenção política do movimento “mentaleiro”.

Há tanta vida lá fora: um novo lugar social para a loucura

A noção de RP como processo social complexo, elaborada originalmente por Rotelli et al.¹⁷ para se referir às estratégias de desinstitucionalização, tem sido adotada no Brasil^{13,18} no sentido de destacar a amplitude do processo, ressaltando que o mesmo não se reduz à reforma de serviços e tecnologias de cuidado, em que pese a importância das mesmas. Birman, nos primórdios deste processo, observou que o que estava “em pauta de maneira decisiva é delinear um outro *lugar social* para a loucura em nossa tradição cultural”¹⁹. Este aspecto pode ser considerado uma das principais referências para que se construísse outras estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais, e não apenas clínicos e terapêuticos. Uma destas estratégias foi, potencialmente, o estímulo à participação social na construção das políticas, tanto no âmbito dos serviços, quanto nos fóruns mais gerais (conferências, audiências públicas, conselhos de saúde, e outros espaços) além, evidentemente, de um forte protagonismo enquanto sujeitos do movimento antimanicomial²⁰, ou de empoderamento^{21,22}.

No I Encontro Nacional, em Salvador, foi consolidada uma diretriz fundamental para a

RP no sentido da construção de um novo lugar social para a loucura. Trata-se da concepção de que, se o objeto da mudança seria no âmbito da cultura, das práticas culturais, a estratégia também deveria ser cultural. Surge aí a proposta de trabalhar com a cultura como meio e como fim²³. A utilização da arte e da cultura, para além de recurso meramente terapêutico ou auxiliar da clínica, passou a assumir a dimensão de produção de subjetividade e de vida²⁴. Nesta linha de atuação, o processo de RP é tomado por um enorme contingente de iniciativas artístico-culturais no sentido de promover transformações no imaginário social e nas práticas discursivas sobre loucura, diversidade e diferença^{25,26}.

Desde as camisetas que provocam reflexões (“de perto ninguém é normal”, da música de Caetano Veloso; “há tanta vida lá fora”, de Lulu Santos, etc.), a exposições de artes plásticas, eventos culturais e a criação de variadas expressões artístico-culturais (*Coral Cênico Cidadãos Cantantes*, *Harmonia Enlouquece*, *Sistema Nervoso Alterado*, *Trem Tam Tam* e *Os Impacientes*, coletivos carnavalescos *Tá Pirando Pirado Piro*, *Loucura Suburbana*, *Doido é Tu*, *Lokomotiva*, grupos de teatro como *Pirei na Cenna*, *Ueinz!*, *Os Insênicos*, e muitos outros...) expressam estas estratégias.

Em 2007 foi realizada a Oficina “Loucos pela Diversidade”, presidida pelo Ministro Gilberto Gil²⁷, a partir da qual foi lançado um edital em que se inscreveram cerca de 400 iniciativas culturais, expressão da forma da arte-cultura na RP. Enfim, a estratégia via atividades artístico-culturais possibilitou uma dimensão muito criativa no âmbito da saúde mental no SUS, tanto no que diz respeito ao cotidiano dos serviços quanto à intervenção cultural na cidade, no âmbito público das relações sociais.

Dos serviços substitutivos à RAPS

Na década de 1970 e parte de 1980, o movimento da RP desenvolveu o pensamento crítico à institucionalização da loucura. Os conceitos de institucionalismo, poder institucionalizante e instituição total predominavam nos discursos de então. É no final dos anos 1980 que surge a perspectiva de criar serviços que deem início a práticas inovadoras.

Em São Paulo foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras iniciativas começaram a surgir. São serviços que cumprem a função inédita de oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização ou do frágil modelo

ambulatorial (que consistia em consultas esparsas de renovação de receitas, ou de tímida oferta psicoterápica). Uma função alternativa ou intermediária ao modelo hospitalar predominante naquele período²⁸.

Com a inclusão dos princípios do SUS na Constituição de 1988, foi aberta uma nova perspectiva para a autonomia e o desenvolvimento das políticas municipais de saúde; vigorosa expressão disso foi o que ocorreu em Santos/SP em 1989. Apesar de ainda sob a vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os gestores recém-eleitos no município decidem apressar a instalação do SUS e realizam intervenção em hospital psiquiátrico onde ocorriam graves violações dos direitos humanos. Ao contrário de intervenções anteriores no mesmo hospital ou em geral, no país, o desfecho não apontaria melhorias, mas a extinção do hospital, com consequente criação de uma rede denominada de *substitutiva*, composta não apenas de serviços descentralizados, distribuídos pelo território, mas também de dispositivos que pudessem contemplar outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho lazer, cultura, etc. Além da criação de cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), foram abertas residências para egressos do hospital, uma cooperativa de trabalho, um projeto cultural de rádio, TV e teatro, além de vários outros programas intersetoriais com crianças e jovens, profissionais do sexo, redução de danos, violência doméstica, dentre outros.

Em pouco tempo passa a ter visibilidade a rede de dispositivos substitutivos criados em vários municípios do país, e regulamentados pelas portarias 189, em 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS e pela 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas responsável pela cobertura de uma população definida pelo nível local a oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar. Muitos outros dispositivos são criados, tais como hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, dentre outros. Este crescimento revela a riqueza e a criatividade dos atores da RP no âmbito do SUS. É importante destacar que, ao mesmo tempo em que as portarias propiciaram o aumento da rede, por outro limitaram sua autonomia em termos de inovação e resolubilidade.

Em 1989, com o processo de Santos e a demonstração da viabilidade e eficácia da rede substitutiva ao modelo manicomial, foi apresen-

tado o projeto de lei 3.657/89. O PL ficou quase 12 anos em tramitação, mas, mesmo rejeitado, propiciou que um substitutivo fosse aprovado e introduzisse mudanças significativas nas políticas do campo, embora não contemplassem plenamente os anseios da RP.

A Lei 10.216 foi sancionada em 06/04 de 2001, ano em que foi também realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o que contribuiu para desenhar um cenário muito favorável e promissor para o campo da saúde mental no SUS.

Mas, enquanto o PL tramitava, foram aprovadas muitas leis estaduais e municipais de RP em capitais e cidades importantes por todo o país e outras inovações foram introduzidas. Uma delas foi a constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos (Portarias 106/2000 e 1.220/2000). A construção de uma rede de SRT's foi amplamente favorecida com o advento do Programa de Volta Para Casa (Lei nº 10.708, de 31/07/2003).

Após os SRTs foi instituído o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria em 2002, que deu início a um processo regular de avaliação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados conveniados ao SUS. Como resultado houve o fechamento de centenas de hospitais e alguns milhares de leitos absolutamente inadequados para a assistência à saúde.

Outros marcos importantes das políticas de saúde mental no SUS foram estabelecidos pela Portaria/GM nº 336, de 19/02 de 2002, que redefiniu os CAPS em relação à sua organização, ao porte, à especificidade da clientela atendida. Passaram a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas). Outro marco veio pela Portaria 154 de 2008 que estabeleceu a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de propiciar “apoio matricial” às equipes de Saúde da Família, cumprindo um importante papel de dar suporte tanto técnico quanto institucional na atenção básica²⁹.

Em 2011 foi instituída a RAPS (Portaria GM/MS nº 3.088 de 23/12 de 2011), que possibilita uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, cujos objetivos principais foram definidos como a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integra-

ção dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Apesar da importância da RAPS e da organização articulada da rede que ela instituiu, é importante destacar que, para as atividades de cultura e trabalho e geração de renda, não foram definidos recursos orçamentários, revelando assim o pouco significado estratégico atribuído a tais iniciativas que poderiam ser melhor utilizadas, tendo em mente a regulamentação do Programa de Geração de Renda e Trabalho (Resolução CO-DEFAT nº 59/1994) e dos Pontos de Cultura (Lei nº 12.343/2010).

Comentários finais sobre a evolução das políticas de saúde mental e atenção psicossocial no âmbito do SUS: os ventos sopram para o passado

O relatório da Comissão de Saúde Mental do Cebes apresentado em 1979 no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados observava que 96% de todos os recursos gastos na assistência psiquiátrica eram destinados ao pagamento de diárias hospitalares nos mais de 80 mil leitos existentes no país em 1977. Observava ainda que de 1973 a 1976 as internações psiquiátricas aumentaram 344%⁷.

O último informativo da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde foi publicado em 2015³⁰, pois, após este período tiveram início mudanças que redefiniram as políticas públicas, não apenas no setor saúde e saúde mental, mas de toda a concepção do estado provedor e de direitos.

Em que pesem eventuais críticas e comentários, por vezes necessários e justos, à condução da política, é importante reconhecer muitos avanços ocorridos na RP brasileira. Uma delas é a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Considerando o investimento em serviços de atenção psicossocial, especialmente em CAPS, que em 2014 ultrapassam a cifra dos 2 mil, e alcançam uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil/habitantes, os gastos com hospitais caíram de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013, enquanto que, revertendo a política, os gastos com atenção psicossocial passam de 24,76% para 79,39% no mesmo período. Em 2014, foram registrados 610 SRT's com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas e o Programa de Volta Para

Casa passou a ter 4.349 beneficiários e as iniciativas de geração de renda chegaram a 1.008.

Mas os ventos começaram a mudar já em 2015, com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política e com ele os princípios do SUS. E, por fim, após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o

SUS e a RP passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite³¹ aprovou a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira.

Colaboradores

P Amarante e MO Nunes participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
2. Associação Psiquiátrica da Bahia. Memorial. *Saúde em Debate* 1978; 6:32-35.
3. Caplan G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.
4. Basaglia F. Carta de Nova York – o doente artificial. In: Amarante P, organizador. *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 151-160.
5. Birman J, Costa JF. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: Amarante, P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2015. p. 41-72.
6. Fleury S, organizadora. *Reforma sanitária. Em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco; 1989.
7. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Comissão de Saúde Mental. Assistência Psiquiátrica no Brasil: setores público e privado. *Saúde em Debate* 1980; 10:49-55.
8. Firmino H. *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: Coedeci; 1982.
9. Rattón H. *Em nome da Razão*. Curta metragem. Belo Horizonte; 1980.
10. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* [en linea] 2014, 21 (Enero-Marzo). [acessado 2018 Jan 28]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134010002>
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *8ª Conferência Nacional de Saúde*. 1986 mar. 17-21; Brasília. Centro de Documentação; 1986. [Relatório final].

12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *I Conferência Nacional de Saúde Mental – 25 a 28 de junho de 1987*. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação; 1988.
13. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
14. Brasil. Presidência da República. 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. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
15. Vasconcelos EM. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política! *Cad. Bras. Saúde Mental* 2012; 4(8):57-67.
16. Whitaker R. *Anatomia de uma epidemia. Curas milagrosas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
17. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990.
18. Yasui S. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.
19. Birman J. A cidadania tresloucada. In: Bezerra B, Amarante P, organizadores. *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estado da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 71-90.
20. Venturini E. *A Linha Curva. O espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016.
21. Vasconcelos EM. *Abordagens psicossociais. Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das classes populares*. São Paulo: Hucitec; 2008. vol II.
22. Vasconcelos EM. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, restabelecimento) em Saúde Mental II: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* 2017; 9(21):48-65.
23. Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. *Relatório Final do I Encontro Nacional*. Salvador, 1993.
24. Lima EMFA, Pelbart PP. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. *História, Ciência. Saúde – Manguinhos* 2007; 14(3):709-735.
25. Lima EMFA. *Arte, clínica e loucura. Território em mutação*. São Paulo: Summus, Fapesp; 2009.
26. Amarante P, Freitas F, Nabuco E, Pande MNR. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 2012; 4(8):125-132.
27. Brasil. Ministério da Cultura (MinC). *Loucos pela Diversidade – da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório Final*. Rio de Janeiro: MinC, Fiocruz; 2008.
28. Pitta A. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1994; 43(12):647-655.
29. Nunes M, Landim FLP, organizadores. *Saúde Mental na Atenção Básica, Política & Cotidiano*. Salvador: Edufba; 2016.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Mental em Dados*. Brasília: MS; 2015. [acessado 2018 Jan 28]. Disponível em www.saude.gov.br/bvs/saudemental.
31. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 dez.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 16/03/2018