



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ELÂNIA OLIVEIRA GOMES

**O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL PÓS GOLPE DE 2016:
CONSIDERAÇÕES AO DEBATE**

CAMPINA GRANDE - PB

2018

ELÂNIA OLIVEIRA GOMES

**O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL PÓS GOLPE DE 2016:
CONSIDERAÇÕES AO DEBATE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Me. Thaísa Simplicio Carneiro Matias

CAMPINA GRANDE - PB

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

G633p Gomes, Elania Oliveira.
O processo de reforma psiquiátrica no Brasil pós golpe de 2016 [manuscrito] : considerações ao debate / Elania Oliveira Gomes. - 2018.
34 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.
"Orientação : Profa. Ma. Thaísa Simpício Carneiro Matias, Departamento de Serviço Social - CCSA."
1. Política de saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Contrarreforma. I. Título

21. ed. CDD 362.2

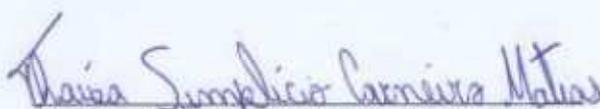
CAMPINA GRANDE
2018
ELÂNIA OLIVEIRA GOMES

O PROCESSO DE REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL PÓS GOLPE DE 2016:
CONSIDERAÇÕES AO DEBATE

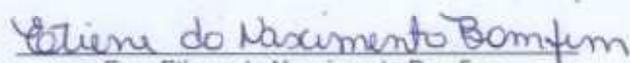
Artigo apresentado ao Curso de
Graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 13 / 12 / 2018.

BANCA EXAMINADORA


Msc. Thaisa Simplicio Carneiro Matias (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Aliceane de Almeida Veira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Esp. Etiene do Nascimento Bomfim
(Examinadora)

Dedico todo esse trabalho a minha filha, Marissa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a Deus por me conceder força e coragem para enfrentar o perigo e o cansaço das longas viagens diárias até a universidade.

Agradeço as políticas públicas desenvolvidas durante os governos do PT no Brasil, durante as duas últimas décadas, que me concederam a oportunidade de cursar Serviço Social numa Universidade Pública, e por meio deste processo de formação posso pensar e trabalhar buscando o melhor para as pessoas ao meu redor, me transformando em instrumento de mediação da aprendizagem para transformação social.

Agradeço ao meu companheiro, Romero Costa, que esteve comigo durante toda essa trajetória acadêmica e que juntos trouxemos ao mundo o amor mais verdadeiro, nossa filha Marissa, a quem agradeço de forma diária, pois mesmo sem saber, você faz meus dias cada vez mais felizes.

Agradeço a minha mãe Solange Oliveira por toda ajuda e motivação, você é o meu exemplo de fortaleza e perseverança.

Agradeço a minha avó Idália Maria, por que tenho grande admiração, por estar sempre ao meu lado durante todo esse percurso.

Agradeço aos meus irmãos, Ana Carla e Danilo Oliveira; a minha tia Hilba Oliveira; ao meu tio Israel; e aos meus primos que se fizeram presentes, por fim, a todos os familiares que tenho afeto.

Agradeço ao meu irmão e compadre Rivaildo Henriques, um verdadeiro presente que universidade me deu, meu companheiro de aventuras.

Agradeço ao meu irmão e compadre Gustavo Macedo, por toda paciência e dedicação em torno da nossa amizade todos esses anos.

Agradeço a minha irmã e comadre Andréa Oliveira, tenho muita sorte de tê-la em minha vida.

Agradeço ao meu cunhado e amigo querido Arthur Luna, essa conquista também é sua.

Agradeço a minha amada amiga Miriam, que mesmo longe se fez presente.

Agradeço as amigas Maria Angélica e Giselda Couto, parceiras do CAPS II.

Agradeço a todos os meus ex-professores, que cada qual ao seu modo contribuíram para a pessoa que sou hoje, em especial a minha orientadora,

professora Thaísa Simplício Carneiro Matias, que esteve comigo nessa etapa de conclusão de curso.

Agradeço a minha supervisora de campo de Etiene Bonfim, por sua competência, ética e atenção durante os períodos de estágio.

Agradeço a Professora Aliceane Vieira pela disposição e contribuições ao meu trabalho.

Por fim, agradeço a todos que estimo carinho e confiança, a todos meu muito obrigada.

A história da sociedade até aos nossos dias é a história da luta de classes.

Karl Marx

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 ASPECTOS GERAIS EM TORNO DA PSIQUIATRIA E DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS	8
3 O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: ANÁLISES APROXIMATIVAS.....	16
4 REFLEXÕES ACERCA DO RETROCESSO NO PROCESSO DE REFORMAS PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL PÓS GOLPE DE 2016	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32

O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL PÓS GOLPE DE 2016: CONSIDERAÇÕES AO DEBATE

*Elânia Oliveira Gomes**

RESUMO

O presente estudo tem o objetivo de expor uma reflexão acerca do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil pós-golpe de 2016. Nesse sentido, procuramos fazer uma incursão histórica relativa à psiquiatria de forma geral e suas reformas e contrarreformas no Brasil. Assim, temos a fomentação de uma discussão histórico-política pautada nas ações que promovem um olhar sobre as contradições no âmbito da saúde mental no país, trazendo discussões pertinentes aos governos Lula, Dilma, até chegar aos retrocessos do Governo Temer. Sobre este último governo, procuramos refletir acerca da instituição das portarias nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 e nº 3659 de 14 de novembro de 2018 que trazem em seu texto grandes prejuízos para os avanços da Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da saúde mental no Brasil. Como procedimentos metodológicos, partimos de uma pesquisa bibliográfica e documental a partir de dados secundários como livros, artigos, documentos eletrônicos e leis. Por fim, concluímos que o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil vive hoje um momento de grave retrocesso, no qual, não é possível viabilizar perspectivas positivas, visto que, na atual conjuntura nota-se o fortalecimento da elite conservadora e burguesa do país.

Palavras-Chave: Política de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Contrarreforma.

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa possui como objetivo expor uma reflexão acerca do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil pós golpe de 2016, bem como uma discussão em torno dos processos psiquiátricos. Embasados na discussão histórica acerca da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, percorremos os árduos caminhos de lutas sociais para chegar até a implantação da legislação nº 10.216/2001, Lei Paulo Delgado, que culminou na efetivação prática da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

No entanto, com a implementação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, a qual realiza alterações nas portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de

* Aluna de Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: lannymeg19@gmail.com

setembro de 2017 que abrange a Rede de Atenção Psicossocial, apresentamos uma discussão em torno da psiquiatria e das reformas psiquiátricas, em particular, percebemos um grande retrocesso nas conquistas adquiridas pelos movimentos sociais e governos anteriores, notadamente com relação a Lei 10.216/2001.

Torna-se importante destacar e analisar as características imbuídas ao tema em destaque, ao passo que expomos e, também, buscamos apresentar como se dá os processos psiquiátricos em nosso país, bem como ficou a Reforma Psiquiátrica no Brasil após a gestão do presidente da República, Michel Temer.

Realizamos um estudo de revisão de literatura através de uma pesquisa bibliográfica e documental em torno dos aspectos que envolvem a Reforma Psiquiátrica no Brasil, necessárias para compreender como se dá o retrocesso nos ambientes psiquiátricos no país após a implantação das Portarias nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que tem o escopo de alterar a discussão sobre a psiquiatria e a reforma psiquiátrica no Brasil e a atual Portaria nº 3659 que tem por fundamento suspender o repasse dos recursos financeiros aos CAPS, entre outros serviços que tem como eixo o tratamento de base territorial e a perspectiva de fortalecer o sistema de saúde.

Nessa perspectiva, nossa pesquisa se encontra dividida em três momentos, sendo estes elencados da seguinte forma: aspectos gerais em torno da psiquiatria e das reformas psiquiátricas; o processo de reforma psiquiátrica no Brasil no governo Temer; reflexões acerca do retrocesso no processo de reformas psiquiátricas no Brasil pós-golpe de 2016.

A motivação a respeito dessa temática surgiu a partir da vivência nos estágios realizados no CAPS II novos tempos, que permitiu uma aproximação mais minuciosa a política de saúde mental, tendo em vista que o CAPS configura-se como principal estratégia no Projeto de Reforma Psiquiátrica no Brasil e considerando que estamos vivendo em um cenário de contrarreformas, desse modo, existe a necessidade de repensarmos as práticas que envolvem o desenvolvimento psiquiátrico no âmbito nacional, ao passo que almejamos promover um debate sobre a importância de refletir sobre a reforma psiquiátrica e de buscar o melhor para o público alvo dessa discussão, isto é, aqueles que fazem uso de procedimentos psiquiátricos no Brasil.

2 ASPECTOS GERAIS EM TORNO DA PSIQUIATRIA E DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

Desde o início do século XX, momento no qual podemos apontar como o princípio da trajetória da política de saúde mental no Brasil, a loucura esteve diretamente associada com a periculosidade e a incapacidade do indivíduo de viver em sociedade. Logo, a qualquer sinal de desarranjo psicológico o sujeito era isolado do convívio social, perdia seus direitos e até mesmo sua identidade. Os asilos e hospitais psiquiátricos por um longo período funcionaram como uma espécie de confinamento, onde alguns indivíduos eram aprisionados, justamente aqueles que ameaçavam a “ordem”, eram eles mendigos, prostitutas, epiléticos, homossexuais, jovens grávidas rejeitadas por suas famílias, entre outros (ARBEX, 2013).

De acordo com Vechi (2004) *apud* Delgado, (1991), a “patologização” institucional foi associada às características prisionais dos serviços de tipo, hospitalização integral de longa duração, como o isolamento social, a longa permanência, os maus tratos, a forma como a clientela era definida e compreendida, entre outras.

Desse modo, a psiquiatria surge como uma ferramenta da ciência capaz de analisar e instituir características a determinados grupos sociais, e de certo modo, estabelecer formas de tratamento a indivíduos intitulado como loucos. É a partir dela que se institucionaliza as questões que envolvem a reforma psiquiátrica na contemporaneidade. Assim, compreendendo a importância da psiquiatria e de sua origem para os contextos atuais, temos que a mesma é compreendida como um campo de saber e de tratamento para determinados sujeitos durante parte da história, sendo, portanto, compreendida como uma disciplina teórica e como técnica terapêutica, como assegura Vieira (1981, p. 49 - 50):

A psiquiatria como disciplina teórica e técnica terapêutica, como saber de tipo médico sobre a loucura - considerada como doença mental - e como uma prática com a finalidade de curá-la por um tratamento físico-moral, só se constitui em determinado momento da história. A transformação da loucura em um tipo de doença diferente, fenômeno patológico, exigiu um tipo específico de medicina para tratá-la, a psiquiatria (VIEIRA, 1981, p. 49 - 50).

A psiquiatria, segundo a exposição acima, apresenta-se como disciplina que se dedica ao estudo da loucura, ao passo que por meio da medicina fora possível

criar ferramentas para tratá-la. Dentro dessa compreensão temos instaurada as mais diversificadas formas de tratamento à loucura, muitas vezes, assumidas de formas peculiares.

Até o final da década de 1970, essa foi a realidade do tipo de assistência direcionada ao tratamento do doente mental no país, instituições abarrotadas sem a menor condição de funcionamento, funcionários desgastados e mal pagos, pouco ou nenhum investimento financeiro ou científico. Em síntese, houve um substancial desinteresse do governo, até que no final da década de 1970, paralelo ao Movimento de Reforma Sanitária, surge Movimento de Reforma Psiquiátrica que tem como proposta a reavaliação de todo o modelo de assistência psiquiátrica vigente.

O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil é contemporâneo à segunda metade da década de 1970, surgiu em defesa à democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços, que até então, configurava-se como corrupto, autoritário, insuficiente, descoordenado, ineficaz, centralizado e injusto, apenas trabalhadores com carteira assinada e em dia com a previdência social através dos serviços prestados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) tinham o direito à assistência médica (PAIM, 2009).

No entanto, o processo de formação de atores e instituições identificados com mudanças radicais no sistema de saúde então vigente também relaciona-se com um conjunto de aspectos que vão do desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva a partir da década de 1950 ao fortalecimento de uma visão contrária ao regime autoritário que via, na sua derrocada, a única forma de construção de um sistema de saúde eficiente e democrático (TEIXEIRA; PAIVA, 2014, p. 21).

Segundo Paim (2009), o Movimento Sanitário foi constituído através de instituições acadêmicas e sociedade científica como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), entidades comunitárias, profissionais e sindicais.

Em 1979 foi realizado o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, no qual, foi apresentado pelo CEBES o documento 'A questão democrática na área da saúde' onde elaborou pela primeira vez a proposta do SUS.

O documento aprovado no primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde estabelecia princípios centrais que seriam adotados pela reforma sanitária, como 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 (TEIXEIRA; PAIVA, 2014 *apud* CEBES, 1980, p. 22).

No dia 24 de março de 1980, foi realizada a sétima Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo tema central foi à extensão das ações de saúde através dos serviços básicos o que de acordo com (TEIXEIRA; PAIVA, 2014, p. 24) refletia a união dos interesses dos sanitaristas em relação à expansão da cobertura de saúde, já encampada pelo governo, aos princípios das agências internacionais (OMS e OPAS) de ampliação dos cuidados básicos com a saúde.

Pode-se dizer que foi no ano de 1986 que o movimento sanitário se consolidou, através da realização da VIII CNS, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes diversos estudos e proposições para a RBS. O relatório final do evento inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição Federal desdobrando-se posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90) que permitiram a implantação do SUS” (PAIM, 2009, p. 40). Assim, reiteramos que:

Entre os principais temas da Conferência estavam o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor. Temas específicos, como a hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e especialização, e a participação popular nos serviços de saúde também foram amplamente discutidos (TEIXEIRA; PAIVA *apud* PAIM, 2009, p. 40).

Enquanto se debatia a legislação do SUS no congresso nacional, foram adotadas medidas visando à integração das ações e a unificação dos serviços de saúde, mediante convênios entre os governos federal, estadual e municipal (PAIM, 2009). Entre essas iniciativas podem ser mencionadas as *Ações Integradas de Saúde (AIS)* e os *Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)*, reconhecidos como uma *estratégia-ponte* para o SUS (PAIM, 2009).

A partir da Constituição Federal de 1988, também conhecida como a Constituição Cidadã a saúde passou a ser um direito de todos e de obrigação do Estado à função de garanti-la, essa grande vitória política e social é o resultado das

inúmeras lutas e esforços realizados pelo Movimento Sanitário no qual, de acordo com Paim, (2009) pela primeira vez na história do Brasil foi promulgada uma constituição que reconhece a saúde como um direito social, dispondo de uma seção específica e contando com cinco artigos que destinados à saúde, artigos 196 a 200. (PAIM, 2009).

É importante ressaltar que tanto a Reforma Sanitária Brasileira quanto o Sistema Único de Saúde são realizações do povo, uma vez que, não nasceram do Estado, nem de governos ou partidos políticos. Portanto, o SUS é uma conquista histórica, podendo ser considerado a maior política pública gerada da sociedade e que chegou ao Estado por meio dos poderes Legislativo, Executivo e, progressivamente, Judiciário (MATTA; LIMA, 2008).

Muito embora o SUS represente uma conquista jamais vista na história do país é imprescindível que se considere o grande desafio que vem sendo caminhar em terrenos neoliberais. Segundo Bravo (2018, p. 10) “as disputas existentes entre esses projetos inscrevem-se no processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com redução do papel do Estado na sociedade”. Com isso, retomando a Matta e Lima (2008, p. 111) reconhecemos que:

(...) o SUS continua um sistema em construção e para tanto não bastam leis e normas. Ainda enfrenta um conjunto de desafios como a instabilidade e insuficiência do financiamento, investimentos reduzidos, distribuição desigual dos recursos e da infra-estrutura, acesso insuficiente, baixa eficácia, qualidade insatisfatória, ineficiência na gestão dos recursos, humanização deficiente, desrespeito ao cidadão, desatenção e maus-tratos (MATTA; LIMA, 2008, p. 111).

Desse modo, a defesa dos direitos sociais e da saúde, em particular, tão valioso ao projeto de Reforma Sanitária brasileira, constitui uma luta contra-hegemônica mesmo diante de um governo federal conduzido por dirigentes considerados de esquerda (MATTA; LIMA, 2008).

Nesta perspectiva, nos visualizamos diante de uma realidade desmotivadora, em que o Brasil é um país que no seu âmago sempre priorizou o capital (...) o patrimonialismo e o clientelismo que atravessam esse Estado privatizado no Brasil solapam, a cada momento, os avanços, as conquistas e os saldos positivos do SUS (MATTA; LIMA, 2008).

O processo de desinstitucionalização das unidades psiquiátricas deve ser levado em consideração, inicialmente, de uma abordagem humanizada. O indivíduo acometido a loucura não pode ser um marginal, ter sua liberdade tolhida ou ser corrigido de maneira cruel e coercitiva (FOUCAULT, 1975). Em direção contrária ao pensamento supra, devemos focar em como a loucura teve de ser encaixada a nível de doença e não somente uma condição social. Para tal, a medicina fez o seu papel de adequar a loucura em seu rol de doenças da mente, surgindo desse modo a psiquiatria para cuidar dos indivíduos condicionados a tal patologia (BIRMAN, 1994).

Conforme, anteriormente, mencionado o SUS é uma conquista do povo, no entanto, continua a mercê de um Estado cuja natureza e características se contrapõem de maneira geral e em situações específicas aos seus valores, princípios e diretrizes (MATTA; LIMA 2008).

Contudo, ao colocar a loucura em um nível de doença e trata-la como tal, foi necessária a criação de manicômios, locais totalmente desumanos que tratavam de forma cruel os indivíduos. Obviamente que após alguns anos de adotada a prática manicomial, houve uma crise nessas instituições, que se instalou por volta do ano de 1940, tendo de haver mudanças bruscas nesse modo de tratamento. É por isso que são criados, no ano de 1940, os hospitais psiquiátricos, dispostos em todo território nacional, equiparado em um decreto-lei nº 8.550 de 3 de janeiro de 1946, que incentivou a criação dessas unidades psiquiátricas no Brasil por parte do governo federal (COSTA, 2016).

O Governo Federal, em 1964, disponibilizou manicômios particulares como forma de tratamento psiquiátrico aos loucos da época. Porém, esses lugares insalubres não ofereciam as mínimas condições de tratamento das doenças mentais, com pesquisas que mostram claramente o agravamento clínico de tais doenças, por tratarem de métodos desumanos. Desse modo, os comentários negativos cresceram em relação a estas instituições, não só nacionalmente, mas mundialmente, surgindo então o movimento para desinstitucionalizar estas instituições (GONÇALVES; SENA, 2001).

Todas essas críticas em torno desses lugares e métodos terapêuticos culminaram em uma crise e a solução encontrada foi a desinstitucionalização desses tratamentos e ambientes, para que não desaguasse em uma crise política e social mais forte. Para tal, as práticas desumanas foram diminuindo, e as autoridades à época começaram a se mobilizar, sancionando leis que trocavam os manicômios por

outras práticas terapêuticas menos invasivas, desumanas (GONÇALVES; SENA, 2001).

Veio de encontro a crise política e social dos manicômios, no ano de 1970, uma crise econômica, desta feita surgiram grandes cortes de gastos, inclusive dos hospitais psiquiátricos mantidos pelo governo. Além disso, começaram a surgir os movimentos sociais, protestos e greves contra os maus tratos das pessoas que estavam sendo isoladas da sociedade, nos manicômios. Seguindo o exemplo mundial, que abrangeu de portas abertas a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que critica e proíbe ferozmente o tratamento desumano para qualquer pessoa, em qualquer situação. Nesse sentido também emergiram os direitos civis daquelas pessoas submetidas aos tratamentos contra a loucura nestas instituições, fazendo com que a grande maioria fosse fechada, tanto por pressão social, quanto econômica (GONÇALVES; SENA, 2001).

No período de 1978 a 1980, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se fortificou, transformando-se em principal atuante na década de 1980 (AMARANTE, 1995). Assim, Amarante (1995) nos traz características e como a abordagem do MTSM foi significativa para a época, quando diz:

Sua permanência como principal ator na década seguinte, ou, melhor dizendo, impulsionador da transição paradigmática do próprio movimento, se caracterizou por sua característica ímpar de contextualização da luta específica como estando contida em uma disputa mais ampla no campo macropolítico. Sua agenda incluía uma pauta política e social. Deste modo, acumulou potência ao agregar como parceiros atores do campo sindical, movimento popular, entidades de classe (corporativas), CNBB, OAB, ABI e parcela progressista das universidades (que, naquele momento, tinham movimentos de resistência e luta contra a ditadura) (AMARANTE; GULJOR, p. 638).

Além dos dados supramencionados, o autor também aborda o avanço trazido pelo MTSM na luta antimanicomial, que se espalhou pelo mundo com grandes influências de tal movimento. Diversos institutos de grande porte juntaram intelectuais do Brasil que contribuíram para a militância deste movimento, refletindo diretamente na elaboração de políticas públicas que culminaram até a Assembleia Constituinte de 1988, a qual nos beneficiou com a Constituição Federal vigente.

O grande diferencial ligado a este movimento foi o aumento de profissionais que entraram em estruturas regionais, gerindo os estados, e desse modo levando

políticas públicas a locais que não eram abastados com isso, trazendo informação a tais localidades, indo de encontro com a Reforma Psiquiátrica. Como afirma o autor, quando cita a criação de métodos oficiais para a efetivação das políticas públicas em cidades menores:

A criação de dispositivos oficiais de interlocução como o convênio de Co-Gestão Interministerial com as Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental (CISM) em âmbito estadual e municipais, a pressão por espaços de construção da política pública como as Conferências e Encontros de Coordenadores de Saúde Mental possibilitaram a construção de estratégias mais consistentes para a efetivação de um modelo de assistência não apenas centrado nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE; GULJOR, p. 638).

Essa aproximação com a população, descentralizando-se das instituições psiquiátricas, é um exemplo claro do início da mudança e da Reforma Psiquiátrica trazida pelo movimento. Essa mudança interna ocorreu com grande sucesso, mas não sem embates. Por um lado, a federação Brasileira de Hospitais (FBH) brigava pelo mercado privado, e por outro, os próprios trabalhadores da saúde mental do estado eram conflituosos no que concerne à burocracia estatal, fazendo com que houvesse a segregação do MTSM em dois grupos: o próprio MTSM com o que restou dos participantes originais e o Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental, este último representado por uma turma desaparelhada do estado. Essa segregação discutiu por tempos os prós e contras da mudança para o modelo assistencial, contra o institucionalizado, ou a própria desinstitucionalização. Por fim, em todo movimento há divergências, e apesar de existentes, foram benéficas como um todo para desaguar na Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1995).

Neste sentido, por meio desse novo modelo assistencial, junto ao seu múltiplo espaço de lutas que, se inicia a partir deste período, com a denúncia da violência dos hospícios, da hegemonia da rede privada, da comercialização da loucura e ao modelo hospitalocêntrico na assistência, as pessoas com transtornos mentais começaram a adquirir seus direitos.

Apesar do supramencionado, a jornada foi lenta, e devemos enfatizar que no Brasil tivemos a mais terrível representação da desumanização do paciente psiquiátrico da história, com o Hospital Colônia. Nele ocorreu um episódio intitulado como o “Holocausto brasileiro”. Localizado em Barbacena, Minas Gerais, o holocausto brasileiro teve como resultando a morte de mais de sessenta mil

peessoas, as quais perderam suas vidas durante os cinquenta anos de funcionamento da instituição citada, tamanha fora a exclusão vivida por esses pacientes que tantas vidas sucumbiram e se quer foram notadas por trás dos muros. Dessa forma, vemos um importante relato na exposição de Brum, quando afirma que:

Quando elas chegaram a Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental (...) Pelo menos trinta e três eram crianças. Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados (BRUM, 2013, p. 14).

Nesse sentido, percebemos a grande necessidade da Reforma Psiquiátrica nacional, para que as pessoas tivessem sua devida dignidade da pessoa humana reconhecida e parassem de ser subjugados, tratados como escória, mudando o paradigma para tratamentos mais humanizados, fugindo dos horrores dessa época sombria.

3 O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: ANÁLISES APROXIMATIVAS

Pode-se dizer que o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final da década de 1970 quando a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental – DISAM forçou os profissionais a entrarem em greve no mês de abril de 1978. De acordo com Amarante (1995) o órgão já não realizava concursos públicos desde 1956-1957, desse modo, encontrava-se com um quadro ultrapassado e obsoleto passando a contratar bolsistas com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental “(...) trabalhavam em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições” (AMARANTE, 1995, p, 52).

O estopim da crise se deu devido à denúncia de três médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II), que expuseram publicamente a catastrófica condição existente no hospital. A denúncia ganhou grande repercussão e despertou o interesse de profissionais de outras unidades e da sociedade civil, que posteriormente viria a se tornar o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, MTSM (AMARANTE, 1995).

O MTSM foi um movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, associações familiares, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

(...) cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 52).

Ainda em 1978 na cidade de Camboriú/SC é realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, este evento foi considerado o 'Congresso de abertura do MTSM', onde de forma inédita os movimentos de saúde mental participaram de um encontro até então exclusivo aos setores conservadores no qual acabaram,

(...) estabelecendo uma 'frente ampla' a favor de mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional (AMARANTE, 1995, p. 60).

Durante esse período se pode destacar, também em 1978, no Rio de Janeiro, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições; em janeiro de 1979 na cidade de São Paulo, o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que solidificou a crítica o modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos, como reduto dos marginalizados (AMARANTE, 1995). Em novembro do mesmo ano, em Belo Horizonte ocorreu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria que contou com a presença do protagonista do movimento italiano, o psiquiatra Franco Basaglia.

No entanto, apesar da importância desses eventos foi apenas na década de 1980 que o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil se fortaleceu social e politicamente, uma vez que, o país se libertou de vinte e um anos de ditadura militar possibilitando assim a participação de outras categorias profissionais além dos médicos.

Em 1986 ocorre em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde que pela primeira vez permitia a participação de representantes de diversos setores da comunidade.

Uma nova concepção de saúde surgiu desta conferência – a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado – e permitiu a definição de alguns princípios básicos como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram como nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida (AMARANTE, 2003, p. 43).

O ano de 1987 foi muito significativo para o movimento antimanicomial, pois, foi neste ano que aconteceu na cidade de Bauru/SP o II Congresso Nacional do MTSM cujo lema foi “Por uma sociedade sem manicômios”, foi também realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro e inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil perdurou durante muitos anos. Para a concretização dessa reforma, com a efetivação desta no ano de 2001, houveram grandes barreiras, como a tramitação legislativa da lei do deputado Paulo Delgado, que perdurou durante 12 longos anos, contudo quando aprovada trouxe basilares avanços no que concerne à humanização do tratamento de pessoas acometidas com doenças mentais.

Nesse sentido, antes do projeto de lei Paulo Delgado, houve a promulgação da Constituição Federal no ano de 1988, a famigerada carta cidadã, que trouxe à população, em conjunto com o poder público, direitos fundamentais não previstos anteriormente, como a previdência, assistência social, além de saúde e educação (BRASIL, 2001).

No ano seguinte, em 1989, o deputado acima mencionado, filiado ao Partido dos Trabalhadores em Minas Gerais, criou o projeto de lei que regulamentaria os direitos dos portadores de doença mental, incluindo sugestões como o fechamento de instituições manicomiais, que ainda tratavam seus pacientes de maneira desumana. Entretanto, a lei número 10.216/2001 demorou mais de 10 anos no Congresso Nacional para ser efetivamente aprovada (MELO, 2012).

Ainda em 1989, tem início o processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP da Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico espaço de maus-tratos e mortes de pacientes. Neste período são implantados no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), além de serem criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações (BRASIL, 2005).

No ano de 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual ressaltou a importância estratégica da implementação dos chamados “lares abrigados” para a reestruturação da saúde mental. Este ano também marcou o início das lutas da Reforma Psiquiátrica nos âmbitos legislativo e normativo, pois, é no decorrer deste período, que os movimentos sociais, orientados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem a aprovação em vários estados brasileiros das primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Ao final da década de 1990, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). A lei Paulo Delgado, nº 10.216/2001, só foi aprovada em 2001 e:

A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005, p. 8).

A partir disto, diretrizes exclusivas de financiamento foram criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e novos instrumentos são desenvolvidos para a fiscalização, gestão e redução programada dos leitos psiquiátricos.

A Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, institui as Residências terapêuticas, cuja finalidade é oferecer moradia aos portadores de transtornos mentais, egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia, não possuam laços familiares ou suporte social, que seja possível viabilizar sua reinserção social, nessas casas não são realizados serviços de saúde, visto que, são articuladas aos instrumentos de atenção mental do município.

No ano de 2001, como supracitado, a lei Paulo Delgado, 10.216/2001, foi aprovada no congresso nacional. Para notarmos o tamanho do avanço com o advento dessa legislação, vale destacar o artigo 1º, que nos traz:

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, p. 01).

Fica evidenciado que esta lei trouxe um grande apoio aos sujeitos portadores de transtornos mentais, de modo a aproximar a população e o assistente social, humanizando os serviços que eram apenas institucionais. A lei também nos traz tratamentos diferenciados, com foco na comunidade. Outro ponto que vale o destaque é que se manteve na lei a ideia original de extinção das unidades hospitalares psiquiátricas, desse modo, tendo de serem utilizados como última *ratio* (MELO, 2012).

A Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Estabelece ainda que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria).

A Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Ao CAPS é atribuída a função de dispositivo estratégico no processo de Reforma Psiquiátrica, visto que, a criação desses centros foi fundamental para a mudança estrutural de todo o cenário da atenção à saúde mental no país.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 9).

Os CAPS oferecem atendimentos diários que devem ser territorializados, ou seja, precisam localizar-se no espaço de convívio social dos usuários que os frequentam (família, escola, trabalho, igreja, etc.). Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se estruturar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

No ano de 2003, o Programa de Volta pra Casa, criado pela lei federal nº 10.708, sancionada pelo então presidente Lula, é de importância vital para o desmonte da institucionalização da loucura, no qual institui o auxílio-reabilitação psicossocial para a assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, o programa oferece um auxílio no valor de R\$ 240,00 podendo ser reajustados pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

A Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004 institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Propõe que o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

Durante o primeiro governo Lula os gestores também foram incentivados a expandir a rede CAPS a partir dos municípios de maior porte. A relação serviço/população, de fato, é um dos principais indicadores da adequação da rede às demandas da população. Como resultado deste processo, a rede CAPS totalizou 1011 serviços no ano de 2006 (BRASIL, 2007, p. 11).

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, possibilitaram a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país, assim como o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

É importante ressaltar que esses mecanismos precisam manter-se articulados e fortalecidos entre si, pois, apesar dos grandes avanços alcançados através da luta antimanicomial, podemos concluir que, a Reforma Psiquiátrica ainda é um movimento em processo e assim sendo, em constante construção, portanto, exposto às ameaças e artimanhas neoliberal, a cultura de exclusão do portador de transtorno mental infelizmente ainda é uma realidade.

No dia 18 de maio comemora-se o dia nacional da luta antimanicomial, a Organização Mundial de Saúde (OMS), além de aplaudir o movimento brasileiro

também o tomou como modelo para uma reforma internacional, no entanto, o Movimento Psiquiátrico brasileiro se encontra hoje em um momento de extrema delicadeza, pois, o que antes se configurava apenas como ameaça o atual governo golpista está materializando.

4 REFLEXÕES ACERCA DO RETROCESSO NO PROCESSO DE REFORMAS PSQUIÁTRICAS NO BRASIL PÓS GOLPE DE 2016

Partindo do advento da lei que trouxe a Reforma Psiquiátrica propriamente dita e aplicada ao país, lei Paulo Delgado nº 10.216/2001, temos de verificar a eficácia dos governos anteriores ao do golpe de 2016. Para tanto, devemos notar que dois anos depois da aprovação da mencionada lei, Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores, chegou à presidência do país, com uma política voltada ao desenvolvimento econômico e políticas sociais com notado avanço. O novo desenvolvimento proposto pelo presidente eleito entrava em dois méritos: social e econômico; social no sentido de compensar políticas sociais antigas fadadas ao fracasso e econômico por que o capital deve girar, em um dos modelos sociais-liberalistas (COSTA, 2016).

Sobre o social liberalismo, percebemos que este tem como característica o ocultamente das contradições voltadas ao campo de produção e se envolvendo diretamente ao nível das aparências no âmbito do mercado (CASTELO, 2012).

Esse modelo se instaurou no Brasil no ano de 2002, através da aliança formada entre o Partido dos Trabalhadores o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o Partido Liberal (PL), partidos com projetos historicamente antagônicos, direita e extrema direita.

Desse modo, as políticas públicas desse governo com relação à saúde mental, se pautaram primordialmente na lei 10.216/2001, com a implementação dos CAPS e a diminuição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos. Havia grande ansiedade por parte dos que precisavam dos tratamentos mentais no Brasil em cima do governo Lula, e como este conduziria a saúde mental. De fato, foi notória a batalha antimanicomial, tanto dos trabalhadores, quanto dos sindicatos, a partir da Reforma Sanitária (COSTA, 2016).

Apesar de toda expectativa, ainda haviam grandes contradições e desafios, como a implementação de um orçamento que coubesse para tantos cargos,

distribuições, políticas sociais, a implementação dos métodos de tratamento da saúde mental diferentes dos manicômios, os princípios trazidos pela Constituição Federal de 1988 que precisam ser resguardados, entre outros. Ao menos com relação à governabilidade da pasta da saúde mental, esta foi, desde o governo Lula até o governo Dilma, ocupado por pessoas que participaram da Reforma Psiquiátrica, o que já traz vitória para o setor, visto que as pessoas que participaram da Reforma Psiquiátrica viveram o horror de tal época e empaticamente não permitiram que as barbáries voltassem, dentro do que lhes cabia na organização orçamentária (COSTA, 2016).

Para que tenhamos uma ideia do impacto que foi o governo Lula em trazer melhorias para a saúde mental, baseando-se na lei 10.216/2001, o governo Federal criou e regulamentou programas com base na saúde mental. Como afirma Costa (2016):

Entre 2001 e 2014 foram publicadas várias portarias, criando e regulamentando programas para respaldar a política de saúde mental. Entre os programas criados destacam-se: o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (Portaria 52/2004), e a proposta de implantação das Residências Terapêuticas através das Portarias 106, 3.090 e 1.220 do Ministério da Saúde (COSTA, 2016, p. 111).

Com o intuito de implementar e regulamentar o processo de Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde criou uma estrutura jurídica que coubesse a expansão da rede comunitária e o controle das unidades psiquiátricas, de modo que o governo pudesse fiscalizar, gerir e reduzir a diminuição dos leitos psiquiátricos. Para tal diminuição, deveria haver uma contraprestação, e o governo então criou os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, com o advento da Portaria 336/2002, tratando das doenças mentais por intervenções de maneira intersetorial, com respaldo na rede básica de saúde (COSTA, 2016). Nesse sentido Costa (2016 p. 163) nos diz que:

Esses dados nos mostram o campo complexo das políticas sociais na contemporaneidade, e a política de saúde mental em particular, o desafio de se avançar na política mostra também as nuances da racionalidade dessa sociedade burguesa – a forma escolhida de se implementar a política reproduz as contradições do sistema capitalista. A preocupação com o desenvolvimento do país, com as

políticas sociais foi a marca do país nos últimos anos, em especial nos 8 anos de governo Lula.

Ao final do ano de 2014, haviam 2.209 CAPS em funcionamento (BRASIL, 2001). Ou seja, ao menos no que tange a números, a política de saúde mental que buscava equidade e isonomia, seguindo a Constituição Federal de 1988, foi de grande sucesso no governo Lula.

Tratando-se do Governo Dilma, podemos visualizar a concepção da Empresa Brasileira Serviços Hospitalares S.A (EBSERH), consistindo num dos grandes avanços do sistema de privatização da gestão em vigor voltado aos hospitais universitários em todo país, o que se caracteriza com o crescimento do capital no loteamento das políticas de saúde (COSTA, 2016).

Neste sentido, notifica-se um incentivo da iniciativa de dominação burguesa no período dos governos de Lula, momento em que, mesmo em meio à crise mundial de 2008 assegurou os índices de crescimento econômico no país, o que não permanece no governo que o sucede, isto é, no governo de Dilma (COSTA, 2016). Dentro dessa perspectiva, a referida autora considera que:

O governo Dilma não consegue manter esses parâmetros de crescimento no primeiro governo, de modo que esse mostrou-se abaixo do esperado e, no segundo mandato, a administração foi marcada pela recessão econômica. Na verdade, a escolha de redistribuição de renda como plataforma secundária atrelada à reprodução capitalista contribuiu para aumentar o poder da burguesia e das classes médias conservadoras (COSTA, 2016, p. 70).

Assim, temos que o governo de Dilma mostra-se como uma gestão que se envolveu em meio a déficits que inviabilizaram o crescimento econômico do país e contribuíram para o aumento do poder e pensamento conservador no país. Desse modo, os governos petistas tanto de Lula, quanto de Dilma apresentam como característica marcante a intensificação da institucionalização dos diversos serviços durante seus governos, como no campo da saúde (COSTA, 2016).

Segundo Costa (2016, p. 207), temos que:

Ao mesmo tempo que se garante a hegemonia do campo antimanicomial na condução da política de saúde mental, se atinge diretamente a luta pela reforma psiquiátrica, fazendo com que suas pautas de luta se aliem com as da política de saúde mental, o que significa em última instância, a falsa percepção de que política de

saúde mental e reforma psiquiátrica seriam sinônimos, levando os movimentos a uma forte defesa da política de saúde mental no Brasil.

Ora, percebe-se que a luta pela reforma psiquiátrica se encontra em pautas e que sua aliança as políticas de saúde mental geram uma falsa percepção de ambas as temáticas em destaque.

Avaliando o processo que leva a presidente Dilma Rousseff ao impeachment temos que o mesmo teve início oficial no dia dois de dezembro de dois mil e quinze sendo requerida pelo então deputado federal e presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha, que tomou a denúncia de crime de responsabilidade emitidos pelo então procurador Hélio Bicudo e pelos advogados Miguel Reale Júnior e Janaína Paschoal contra a presidente em exercício, Dilma, por meio da acusação de “desrespeito à lei orçamentária e à lei de improbidade administrativa, através das chamadas pedaladas fiscais” (COSTA, 2016, p. 188).

E assim, temos o processo que resulta no afastamento do governo Dilma, como assegura Costa (2016, p. 188) como conclui que:

O relatório da comissão dos Deputados foi favorável ao impedimento. Em 17 de abril de 2016 o plenário da Câmara dos Deputados aprovou o relatório com 367 votos favoráveis e 137 contrários, sendo enviado para o Senado Federal. Em 12 de maio o Senado aprovou, por 55 votos a 22, a abertura do processo, afastando Dilma Rousseff da presidência até que o processo seja concluído.

Dessa maneira se dá o afastamento da presidente Dilma, ocasionada sob as acusações de pedaladas fiscais. É notável que a situação ocorre com forte influência das manobras que envolvem os parlamentares, mídias e relações jurídicas oriundas da frágil situação do governo Dilma e da democracia burguesa e fim das políticas de esgotamento de conciliação de classes (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

E assim, dentro desse cenário temos instauração do governo Temer que “assume, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 4). Sobre isto, vemos que os autores em destaque reiteram que:

O governo ilegítimo de Temer trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente

pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional. Assim, o peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores. Nesta direção, tem-se o comprometimento de seus direitos através de propostas de contrarreformas (Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal - que congela por vinte anos os gastos públicos, entre outras) (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 4).

Em meio à nova situação vislumbramos em nosso país um alto nível de desequilíbrio das contas públicas, que não se configuram voltados para as políticas sociais, todavia a outras dívidas públicas, as quais no ano de 2015 consumiu 42,43% do orçamento da união destinado a pagamentos de juros e amortização da dívida, sendo somente o montante 4,4% destinado a saúde (FATORELLI; ÁVILA; COLARES, 2016).

No setor da saúde temos com o governo Temer o aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade das privatizações de formas mais proeminente com incentivo do congelamento dos recursos orçamentários para as políticas sociais durante o período de vinte anos e o incentivo a planos de saúde distintos “a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica PNAB” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 5), de modo que temos um incentivo aos modelos instituídos de planos de saúde acessíveis e menos visibilidade da saúde pública.

É sob este aspecto de privatização que se instaura o governo Temer, sobre isto BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO (2018, p. 5) consideram que: “Em síntese, o Governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais”.

Assim, compreendemos que o governo golpista reacende o neoliberalismo em sua face mais cruel, retira os direitos, mas não esclarece os critérios, percebemos sob sua administração a nítida decadência das políticas sociais em nome do suposto e famigerado “equilíbrio fiscal”.

Dessa maneira, o atual governo legitima o discurso de seus descendentes, propagando uma fala de crise na saúde e sociedade como um todo, ideologicamente chamado de “cultura política da crise” (MOTA, 1995), pautada em fortes discursos

trazidos desde os anos 1990, para que possamos crer nas propostas de ajustes e 'reformas' de direitos, que se dizem inevitáveis para o crescimento da nação. Em contrapartida, na vida real, o que de fato acontece é que o corte de direitos se propaga diretamente na classe trabalhadora, que sofre e paga o preço da crise (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Essa arguição recai diretamente sobre as políticas públicas e sociais, em especial na saúde, quando há a redução do SUS com a gestão do Ministro da Saúde, Ricardo Barros, que afirmou:

(...) o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para suprir todas as garantias. O referido Ministro, que teve seu financiamento de campanha para deputado federal vinculado a um consórcio de planos de saúde privados, apresenta a proposta de Planos de Saúde Populares como um dos pilares da sua gestão à frente do Ministério da Saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 6).

Devemos ressaltar que segundo Truffi (2016) o maior doador individual da campanha do supramencionado Ministro, que diz que o Brasil não tem porte para sustentar as necessidades básicas e pétreas da Constituição Federal de 1988, é somente Elon Gomes, fundador e presidente do Grupo Aliança, segundo dados da Carta Capital.

Nesse sentido, com o intuito de desacelerar a queda do crescimento dos planos de saúde, foi criada a Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016, que estabelece um grupo de trabalho para debater um projeto do chamado Plano de Saúde Acessível, discutindo sua aplicabilidade e viabilidade técnica. Consta em tal portaria, feita por meio de um ofício, que devido a recessão econômica, 1 milhão e meio de pessoas deixariam de usar seus respectivos planos de saúde privados em 2016. Desse modo, o documento apresenta algumas mudanças, tais como: um plano simplificado, onde não há previsão para exames ambulatoriais de alta complexidade, internação, terapias ou exames; um plano ambulatorial em conjunto com hospitalar, que cobre toda base de atenção primária e especializada e um plano em regime misto de pagamento, que diz respeito à cobertura dos serviços pela contrapartida mensal, com terapias de alta complexidade e medicina preventiva, ficando em total responsabilidade do beneficiário o pagamento dos procedimentos, em valores prévios dispostos em contrato. Nesse último, as operadoras podem, de maneira livre, cobrar coparticipação de 50% (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Notamos claramente que a ‘facilitação’ da assinatura e incentivo desse plano de saúde compete diretamente aos interesses privados de pessoas ligadas a esses setores, que ao invés de melhorar e investir na qualidade dos serviços públicos para que a população, enfrentando uma recessão, prefere ir à contramão, criando um verdadeiro cartel.

Ainda sobre a criação dos Planos de Saúde Acessíveis, BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO (2018, p. 15) nos contemplam que:

Em termos de avaliação e crítica aos Planos de Saúde Acessíveis, várias entidades apresentaram posicionamentos contrários. O Conselho Nacional de Saúde, em 10 de março de 2017, apresentou uma Moção de Repúdio à proposta, enfatizando que a mesma subverte o papel do Estado e representa grave retrocesso, apresentando muitas restrições de cobertura, o que fere o princípio da integralidade da assistência; destaca também a diminuição da competência regulatória da ANS.

Seguindo na mesma linha de raciocínio, a Associação dos Servidores e demais Trabalhadores da ANS (ASSE-TANS) se posicionou contrariamente aos Planos de Saúde Acessíveis, ressaltando que essas características vão em contrapartida das garantias dispostas na Lei 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, contrariam o princípio da integralidade e ainda foge do que diz a lei, que as coparticipações somente podem chegar aos 30% e não os 50% já mencionados. Enfatizamos que tais planos serão oferecidos com serviços sucateados, de baixa qualidade, que transfere para o poder público todos os procedimentos de alto custo.

Um dos piores retrocessos no Governo Temer foi o congelamento dos gastos, por meio do Projeto da Emenda Constitucional número 95/2016 que impactam diretamente a saúde e barra o aumento dos gastos com esse setor durante 20 longos anos. Com relação a questão orçamentária, por exemplo, enxergamos que o SUS perderá R\$654 bilhões de reais nos 20 anos, por parte do governo federal, um impacto imensurável e que pode trazer um estado de calamidade pública maior do que o que vivenciamos, simbolizando a maior perda de recursos para a Saúde já visualizada (BRAVO, 2018).

No âmbito da Política de Saúde Mental, as propostas de alterações aos ganhos da Reforma Psiquiátrica, que antes se configuravam apenas como ameaças, começam a ocorrer. A Portaria 3.588/2017 nos contempla com a sombra vivida

antes da Reforma Psiquiátrica, instituindo o fortalecimento das internações em clínicas psiquiátricas e o aumento dos leitos psiquiátricos em hospitais e serviços ambulatoriais. Sem que estivessem presentes os pesquisadores e representantes do controle social, sem direito de resposta, sem consulta à sociedade, a proposta foi aprovada no dia 21 de dezembro de 2017.

Nesse sentido, as críticas com relação à falta da participação ativa da sociedade e por estar indo no caminho contrário ao que está disposto na atenção em saúde mental, que prioriza a desinstitucionalização dos hospitais e a reabilitação das pessoas acometidas com doenças mentais por meio das residências terapêuticas, como está disposto na Lei Paulo Delgado (Lei 10.216/2001) são totalmente cabíveis. Desse modo, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial se posicionou desfavorável a tal retrocesso, pautando-se na territorialização das bases comunitárias que ajudam diretamente as pessoas carentes, com as lutas sociais feitas pelos movimentos à época da Reforma Psiquiátrica. A Associação Brasileira de Saúde Mental também deixou clara sua posição desfavorável a tais mudanças, por perceber que a perspectiva manicomial estaria de volta com a aplicação de tal portaria (LEMES; OLIVEIRA, 2018).

Por infortúnio, tais movimentações e posicionamentos de setores tão importantes a favor das conquistas da Reforma Psiquiátrica não surtiram o efeito desejado, tendo em vista que no dia 14 de novembro de 2018 foi instituída nova Portaria, nº 3659, que traz em seu escopo (BRASIL, 2018, p. 1):

Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.

Segundo a portaria, quase 78 milhões de reais em repasses que seriam para a saúde mental em 22 estados brasileiros foram suspensos pelo Ministério da Saúde. Isso colide com 319 serviços, agindo diretamente em desfavor dos CAPS, Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento e leitos de saúde mental em hospitais comuns. O Ministério da Saúde afirmou que a suspensão foi feita por falta de aplicação desses serviços de maneira efetiva, e que pode ser reestabelecido a partir da regularização dos mesmos, nos seis meses subsequentes. Se não ocorrer

tal regularização, os repasses ficam definitivamente suspensos. Desde a sua criação, no ano de 2002, os CAPS têm por objetivo atender os pacientes acometidos com transtornos mentais, por meio de atendimento humanizado, distribuição de medicamentos, tudo isso dentro do processo de desinstitucionalização, na forma de substituição aos manicômios (PINHEIRO, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a reforma psiquiátrica convive hoje, século XXI, com um retrocesso causado ao Projeto de Reforma Psiquiátrica no Brasil relativo ao golpe parlamentar executado no dia 12 de maio de 2016, no qual de forma ilegítima assumiu o cargo máximo da república, o atual presidente Michel Temer. Todavia, é necessário compreender que o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil sempre esteve em disputa com o projeto privatista alicerçado pela herança neoliberalista do país e mesmo os governos do Partido dos Trabalhadores tendo fundamentando as políticas públicas relacionadas à saúde mental, primordialmente, na lei 10.216/2001, essa disputa não se rompeu.

Nesta perspectiva, é inegável que mesmo inserido no contexto de disputa o Movimento Psiquiátrico brasileiro trouxe inúmeros avanços no tratamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais, uma vez que, conforme já mencionado, anterior ao movimento, essas pessoas eram excluídas do convívio social, esquecidas atrás de altos muros, viviam em condições insalubres e sujeitas a tratamentos cruéis.

Para tanto, chegamos ao entendimento que com o advento do governo Temer é notável o ataque direto as políticas públicas e universais, temos o exemplo da aprovação do Projeto da Emenda Constitucional nº 95/2016 que congela por vinte anos o investimento para as políticas sociais. Desse modo, podemos prever um impacto de dimensões catastróficas no nosso país, tomando como referência a saúde mental, temos a aprovação na penumbra da Portaria nº 3.588/2017 21 de dezembro de 2017 que se choca diretamente com a lei nº 10.216/2001 vital ao Projeto de Reforma Psiquiátrica no Brasil, uma vez que, institui o fortalecimento das

internações em clínicas psiquiátricas, assim como o aumento dos leitos psiquiátricos em hospitais e serviços ambulatoriais.

Portanto, apesar da Associação Brasileira de Saúde Mental se posicionar contrária as mudanças, o que fora praticamente ignorado, posto a instituição da Portaria, nº 3659, do dia 14 de novembro de 2018, que tem como fim a suspensão do repasse financeiro aos serviços CAPS, residências terapêuticas, unidades de acolhimento, entre outros, salientamos que a houve a exclusão da sociedade quanto às aprovações. Assim, a atuação do parlamentar se caracteriza como inconstitucional, já que, essas foram e são conquistas do povo, por conseguinte, apenas o povo, quando consciente possui a capacidade de fomentar ferramentas viáveis ao combate a esse retrocesso.

Por fim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que verdadeiramente, tem escalado diversos baluartes, encontra-se na contemporaneidade em perigo eminente e a realidade atual não nos dá perspectiva de mudanças positivas. A única forma de enfrentar esses obstáculos é através da resistência, por meio de uma sociedade unida e com movimentos sociais fortalecidos. Essa situação se distancia cada vez mais da nossa conjuntura, pois como resultado a esse retrocesso percebe-se o fortalecimento da elite conservadora e burguesa do país.

THE PSYCHIATRIC REFORM PROCESS IN BRAZIL AFTER CUP 2016: CONSIDERATIONS AT DEBATE

ABSTRACT

The present study aims to expose a critique about the process of Psychiatric Reform in Brazil after the coup of 2016. In this sense, we seek to make a foray into Brazil for psychiatry in general and its reforms and counterreforms in Brazil. Thus, we have fostered historical in the country, from the point of view of the contradictions in the field of mental health, bringing discussions to the governments Lula, Dilma, until the counterreforms of the Temer Government. About the last government, we sought information on the institution of ordinances No. 3,588, dated December 21, 2017 and No. 3659 of November 14, 2018, which bring in great harm to the progress of the Psychiatric Reform and the deinstitutionalization of mental health in Brazil. We used a bibliographical methodology and documentary research based on data such as books, articles, documents and laws. Finally, we conclude that the Psychiatric

Reform Movement in Brazil is experiencing a moment of serious regression, in which it is not possible to make positive prospects possible, given that in the current situation we can see the strengthening of the conservative and bourgeois elite of the country.

Keywords: Psychiatric Reform. Health Policy. Counter Reformation.

REFERÊNCIAS

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro, 1995.

_____.; GULJOR, A. P. **Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária**. Cadernos do CEAS, Salvador/Recife, n. 242, p. 635-656, set./dez., 2017. Disponível em: <<https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/viewFile/412/33>> . Acesso em: 10 nov. 2018.

BIRMAN, J.; BEZARRA, Jr., B. Saúde Metal. *In.*: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.) Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Diário Oficial da União, seção 1

_____. **PORTARIA Nº 3.588**, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 30 nov. 2018.

_____. **PORTARIA Nº 3.659**, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2018. Disponível em: <http://www.impresanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n>. Acesso em: 30 nov. 2018.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. 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/viewFile/19139/13218>> Acesso em: 2 dez. 2018.

BRUM, E. Prefácio. *In.*: ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

CASTELO, R. **O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 112, p. 613-636, out./dez. 2012.

COSTA, T. C. R. **A política de saúde mental na contemporaneidade: entre a inovação e o conservadorismo.** Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2016.

DEITOS, R. A. **O Liberalismo Social-Democrata e a Reforma do Estado Brasileiro** (1995-2002). *Perspectiva*, Florianópolis, v. 30, n. 1, p. 199-229, maio 2012. ISSN 2175-795X. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2012v30n1p199/21921>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

FOUCAULT, M. **A constituição histórica da doença mental.** In: FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia.* Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise.** Trad. RIBEIRO, V. L. A. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R.R. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** *Revista Latinoamericana Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

LEMES, C.; OLIVEIRA, W. **Sobre a “nova” política de saúde mental: “Houve manobras parecidas às usadas para comprar votos no Congresso”.** *Viomundo*, São Paulo, 15 fev. 2018. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/walter-oliveira-denuncia-mudancas-na-politica-de-saude-mental-manobras-parecidas-as-usadas-para-comprar-votos-no-congresso.html>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

PAIM, J. S. **O que é SUS.** 5.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PINHEIRO, L. **Ministério da Saúde suspende quase R\$ 78 milhões em repasses para atendimento à saúde mental.** Disponível em: < <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/11/19/ministerio-da-saude-suspende-quase-r-78-milhoes-em-repasses-para-atendimento-a-saude-mental.ghtml>>. Acesso em: 2 dez. 2018.

VIEIRA, A. R. B. **Organização e Saber Psiquiátrico.** *Rev. Adm. Emp.* 21(4); 49-58, Rio de Janeiro, 1981.

MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (org). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS** [online]. Rio de Janeiro: Editora, 2008.

MELO, A. M. C. **Reforma Psiquiátrica No Brasil: REFLEXÕES ACERCA DE SUAS DIMENSÕES E DOS DESAFIOS NA ATUAL CONJUNTURA.** *Anais do 5º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais.* 2011.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.** São Paulo: Cortez, 1995.

TEIXEIRA, L. A.; PAIVA, C. H.A. **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.

TRUFFI, R.; **Ricardo Barros, o ministro dos planos de saúde**. Carta Capital, São Paulo, 5 set. 2016. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/revista/916/ricardo-barros-o-ministro-dos-planos-de-saude>>. Acesso em: 20 fev. 2018