

Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional

Psychiatric reform and counter-reform: an analysis of a socio-political and sanitary crisis at national and regional level

Mônica de Oliveira Nunes (<https://orcid.org/0000-0002-5905-4199>)¹

João Mendes de Lima Júnior (<https://orcid.org/0000-0001-6436-8566>)²

Clarice Moreira Portugal (<https://orcid.org/0000-0003-0373-4141>)¹

Maurice de Torrenté (<https://orcid.org/0000-0001-8804-4961>)¹

Abstract *This article addresses recent political, legal and welfare changes to mental health policies in Brazil, demonstrating their effects of Psychiatric Counter-Reform. Based on documentary analysis, we explain the tensions generated by this process, with its repercussions for the complex process of Brazilian Psychiatric Reform, particularly for the Psychosocial Healthcare Network. We discuss the paradoxical case of Counter-Counter-Reform, using the state of Bahia as an example because of its recent proposal to close psychiatric hospitals with the announced aim of deinstitutionalizing people who have been hospitalized, which does not coincide with this moment of change in Brazilian mental health policy. We conclude that the risk of the worsening of the sanitary, social and economic crisis in the country requires increased advocacy and mobilization measures, in order to prevent the loss of social protection mechanisms, which also include mental health. This crisis simultaneously poses a threat to human rights and to the inclusion of people in psychological distress, at the same time as it presents an opportunity to reinvigorate a reform that was at the peak of activity.*

Key words *Mental health policy, Psychiatric Reform, Anti-asylum movement, Psychosocial rehabilitation.*

Resumo *Este artigo aborda as mudanças político-legais e assistenciais no âmbito das políticas públicas de saúde mental no Brasil, demonstrando seus efeitos de Conarreforma Psiquiátrica. Com base em uma análise documental, foi possível explicitar as tensões geradas nesse processo, com suas repercussões sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, enquanto processo complexo, especialmente sobre a Rede de Atenção Psicossocial. É discutido, como um caso paradoxal de Contra-Conarreforma, o exemplo do estado da Bahia, pela sua recente proposta de fechamento dos hospitais psiquiátricos, na direção de uma anunciada intenção de desinstitucionalização das pessoas internadas, que não coincide com o momento da mudança de política de saúde mental brasileira. Conclui-se que o risco de aprofundamento da crise sanitária, social e econômica em todo o território nacional demanda o incremento de medidas de advocacy e mobilização, no sentido de evitar perdas de mecanismos de proteção social, o que também contempla a saúde mental, que simultaneamente se coloca como ameaça aos direitos humanos e à inclusão de pessoas em sofrimento psíquico, mas também como uma oportunidade de reimpulsionar uma reforma que estava em pleno devir.*

Palavras-chave *Política de Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Movimento Antimanicomial, Reabilitação Psicossocial.*

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama s/n, Canela. 40110-040 Salvador BA Brasil. monicatorrente11@gmail.com

² Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus BA Brasil.

Introdução

Há um curioso fato pouco explorado na história da saúde mental e recentemente analisado por Desviat¹: os momentos de inflexão paradigmática no trato com a loucura na contemporaneidade – o que virou habitual nomear de “Reforma Psiquiátrica” (RP) – estão intimamente ligados a épocas de crise no cenário sócio-histórico mais amplo. Cita Amarante², afirmando que

foi graças ao conceito de crise que a psiquiatria preventiva assumiu a característica de uma proposta de saúde mental comunitária na qual as equipes dos centros de saúde mental passaram a exercer um papel de consultores comunitários, identificando e intervindo nas crises individuais, familiares e sociais¹.

Precedentes históricos, portanto, demonstram que o próprio olhar da sociedade sobre a loucura costuma mudar em períodos de crise. Desviat¹ toma como exemplo os Estados Unidos da América: aquele país vivia uma importante crise decorrente dos efeitos da guerra do Vietnã, das repercussões do movimento francês de maio de 1968, além das terríveis condições assistenciais no interior dos hospitais psiquiátricos. Ele conclui com uma crítica à psiquiatria comunitária norte-americana, resultante da ausência, naquele país, de um sistema de proteção social e de saúde pública capaz de enfrentar os desafios a que se propunha. Destaca, no entanto, ali, o importante marco do “surgimento da desinstitucionalização”¹, mesmo que reduzida à desospitalização. Do mesmo modo, na França, “(...) não é por acaso que a ideia do setor foi elaborada no dia seguinte da Segunda Guerra Mundial por psiquiatras que, em grande número, tinham sido resistentes ou deportados”³.

Esses exemplos, junto à análise histórica presente em outro texto seminal de Desviat⁴, trazem algumas reflexões: 1) as RP nascem, em geral, de momentos de crises sociopolíticas e sanitárias que produzem e evidenciam as vulnerabilidades e tensões do tecido social; 2) as RP não podem se reduzir a reorientações do modelo assistencial, já que os problemas que denunciam demandam mudanças estruturais nas macro e micropolíticas sanitárias e intersetoriais para produzirem efeitos mais efetivos; 3) para que, no âmbito do cuidado e da atenção, as RP possam enfrentar a complexidade da natureza das crises (psíquica, social, política, econômica e física) que acometem os sujeitos, necessitam atuar em uma lógica territorial, psicossocial, desinstitucionalizadora e antimanicomial, sob pena de apenas mascararem

os conflitos e os determinantes das crises e produzirem segregação das pessoas, ou medicalização de problemas complexos.

Os movimentos de RP evidenciam, em maior ou menor grau, um processo que atua em diferentes dimensões da realidade social e política de um país, mas também produz efeitos nas vidas das pessoas, desencadeando movimentos de liberação de situações de opressão e confinamento, produzindo experiências de autonomização e reinserção social e estimulando transformações culturais em prol da aceitação da diferença e da construção de um novo lugar social para a loucura. Em uma perspectiva econômica, elas podem confrontar interesses mercantilistas e privatistas, ligados à indústria da loucura, que lucra com o confinamento das pessoas, mas também atrelados à indústria farmacêutica, que lucra com a excessiva patologização e medicalização do sofrimento mental.

Por produzir tensões de diversas ordens, nenhum movimento de RP revelou-se como uma conquista histórica definitiva. Ela sofre permanentemente rejeições e ataques, cuja capacidade de desestabilização e desestruturação das suas ações depende de inúmeras variáveis socio-históricas, culturais e políticas.

Em revisão sobre diversas RP em países da Europa e das Américas nas décadas que se seguiram à Segunda Guerra Mundial, Torrenté⁵ identifica uma recorrência de elementos que se constituem enquanto sete nós críticos que confluem no processo de Contrarreforma Psiquiátrica: 1) a mera desospitalização; 2) a deriva burocrática; 3) a fragmentação da reforma; 4) a instrumentalização neoliberal; 5) a descontinuidade ideológica; 6) o pensamento único e a homogeneização das práticas; e 7) a volta da instituição total (inclusive fora dos muros).

A contrarreforma no sistema sanitário, no caso brasileiro, foi definida por Monteiro⁶ como a atuação de atores contrários às decisões constitutivas do Sistema Único de Saúde que “reflejaba diferentes tipos de câmbios institucionales encubiertos, resultado de una movilización política activa y constante de estos actores opositores a uma ampla reforma en el sistema sanitário”.

As Contrarreformas configuram efeitos paradoxais, isto é, inesperados pelas forças sociais que idealizaram, conquistaram e implementaram a RP em questão. Em outros contextos, porém, elas resultam de lutas paradigmáticas, mais ou menos prolongadas e às vezes radicais. Nos casos mais extremos, contam com o reaparecimento do manicômio, ou função manicômio, operando

no centro do modelo de atenção e a hegemonia do modelo biomédico, com ênfase na explicação biológica do adoecimento e nas terapêuticas correlatas. Pode-se definir a Contrarreforma, enfim, como um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até reverterem as transformações produzidas pelas RP nas quatro dimensões propostas por Amarante⁷: epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural.

No Brasil, a maior vaga de oposição à RP se deu a partir de 2017, com a Portaria GM/MS 3.588⁸. Porém, desde seus primórdios nas décadas de 1970 e 1980, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) contrariou interesses de grupos e agentes, que, por sua vez, atuavam e se manifestavam de acordo com o campo de forças historicamente engendrado. A crise social, política e econômica dos últimos anos acompanha a onda das políticas de austeridade e de Estado mínimo de um capitalismo neoliberal, rentista e globalizado e passa a ser gerida, nacionalmente, por grupos políticos afeitos a essa ideologia. No campo da saúde mental, a resposta à crise atual manifesta-se por mudanças no plano político-jurídico com repercussões na forma de desmonte da rede de atenção psicossocial.

Neste artigo, exploraremos dados relacionados às mudanças político-legais e assistenciais no âmbito da saúde mental, demonstrando seus efeitos processuais de Contrarreforma. Citaremos, sucintamente, a Bahia, como um caso paradoxal de “Contra-Contrarreforma”, pela sua recente proposta de fechamento dos hospitais psiquiátricos por parte da gestão estadual de saúde, na direção de uma anunciada intenção de desinstitucionalização das pessoas internadas, que não coincide com o momento da política de saúde mental brasileira.

Considerações metodológicas

Trata-se de uma pesquisa de análise documental. No plano de análise do cenário nacional, foram consideradas os seguintes documentos oficiais que redefinem a Rede de Atenção Psicossocial a partir de 2017 e que marcam a ruptura com os propósitos da RP: a Portaria GM/MS 3.588⁸, a Nota técnica 11/2019⁹, Lei Federal 13.840/2019¹⁰. No plano de análise local, utilizamos os documentos de instauração da Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia (CIPAD)^{11,12}, as

sete atas das reuniões de trabalho dessa Comissão – ocorridas entre abril e agosto de 2017 –, o Plano Estadual de Saúde Mental e a ata do Conselho Estadual de Saúde que discute e aprova esse Plano¹³. Foram analisados ainda os marcos legais (Portaria 543/2018¹⁴ e Portaria 352/2019¹⁵) promulgados em Diário Oficial do Estado da Bahia como decorrência dos trabalhos desencadeados pela CIPAD e desenvolvidos pela área técnica de saúde mental da Secretaria do Estado da Bahia (SESAB) que apresentam o posicionamento de diversos atores sociais em referência ao trinômio Reforma, Contrarreforma e o que estamos chamando de Contra-Contrarreforma. Todos os documentos consultados são de acesso público e irrestrito.

A reforma psiquiátrica brasileira: progresso, estagnação e recuo

A RPB representou uma memorável conquista social e um avanço civilizatório. Ao longo de três décadas, os diferentes segmentos de movimentos antimanicomiais conseguiram construir uma proposta contra-hegemônica para a Política Nacional de Saúde Mental outrora concentrada na atenção hospitalar. Os primeiros 15 anos do século XXI foram de grande efervescência para o movimento reformista brasileiro – fruto de lutas históricas, mas também de uma conjuntura política favorável, traduzida em uma política de saúde mental bastante progressista e internacionalmente reconhecida¹⁶.

Gradativamente, os documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) passam a incorporar termos como “desinstitucionalização”, “atenção psicossocial”, entre outros^{17,18}. É notório que o MS nunca se manifestou abertamente pela extinção absoluta dos leitos em hospitais psiquiátricos. Contudo, a condução das ações nesse período apontava para a construção de um modelo forte o suficiente para tornar o hospital psiquiátrico (HP) uma peça obsoleta na engrenagem da política de saúde.

O controle social, representado nos relatórios das quatro conferências nacionais de saúde mental, sempre foi favorável à extinção dos hospitais psiquiátricos. O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001 sugere que se deve “prescindir do hospital psiquiátrico” e que todos os leitos em hospitais psiquiátricos deveriam ser extintos até o ano de 2004¹⁹. Por outro lado, o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (CNSM-I), de 2010, reafirma o

*caráter efetivamente público da Política de Saúde Mental, recusando todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços. Nesse sentido, responsabiliza os gestores, nos três níveis de governo, pelo desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Saúde Mental...*²⁰.

Este relatório reitera o financiamento de leitos em hospitais gerais em paralelo à proibição do “incremento de recursos financeiros aos hospitais psiquiátricos”²⁰. Se, por um lado, o MS nunca foi explícito sobre a extinção dos HP, por outro, as recomendações do controle social firmado nos espaços institucionais (conferências e conselhos de saúde) foram balizando as decisões políticas. Isso instituiu um processo minimamente democrático na construção da política de saúde mental e configura uma das fortes características daquele período.

Com a Lei 10.216²¹, vê-se uma real mudança no cenário assistencial em saúde mental, traduzida em uma importante rede de serviços de caráter extra-hospitalar, inseridos na comunidade e programados para ampliar práticas e projetos de cuidado com forte relação intra e intersetorial. Deu-se uma inversão na curva do financiamento dos serviços, mais precisamente em 2006, de tal forma que os gastos com serviços extra-hospitalares passaram a ser maiores que os gastos com hospitais (Tabela 1).

Com a mudança no perfil do financiamento, verificou-se uma curva de crescimento no número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da ordem de 1.722%, passando de 148 em 1998 para 2.549 unidades em 2017²². O Programa De Volta para Casa, que regulamentou o auxílio-reabilitação psicossocial atualmente na faixa de R\$ 412,00 mensais para egressos de longas internações, também teve aumento significativo: em 2003, eram 206 beneficiados, e em 2014 foram 4.349¹⁸, um crescimento de 2.111%. O número de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) cresceu 200% em três anos, saindo de 289 unidades habilitadas¹⁸ em 2014 para 578 em 2017²³. A isso

se acrescentam novas práticas terapêuticas, tecnologias psicossociais, estratégias de participação social, reabilitação e reinserção social que produzem efeitos concretos sobre a vida de um número significativo de pessoas com experiências de sofrimento psíquico, atestados por uma quantidade substantiva de estudos²⁴⁻²⁷.

Contudo, esse conjunto de avanços processuais, inacabados, desigualmente distribuídos em território nacional e com diferentes níveis de implantação, já sofria tensionamentos, tanto pelos desafios no tocante às mudanças exigidas pelo próprio movimento reformista, quanto pelos interesses contrários à consolidação de uma reforma psiquiátrica antimanicomial e democrática. Já em 2010, o relatório da 4ª CNSM-I traz uma fotografia desse cenário de disputas, com especial atenção para as “exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica”²⁰.

Sinais de estagnação já vinham sendo sentidos. Sabe-se que um grande gargalo da política de saúde mental no Brasil é o financiamento público. A OMS considera que os gastos médios com saúde mental são superiores a 5% do orçamento geral da saúde nos países desenvolvidos²⁸. No Brasil, essa média girou de 2,3% a 2,5% entre 2001 e 2012²⁹. De acordo com Gonçalves et al.³⁰, em 2001 o orçamento da saúde mental foi de 1.003 bilhões de reais; em 2009, o orçamento chegou a 1.517,9 bilhões de reais, representando um salto de 51,2% no período.

Todavia, na apresentação da “nova política de saúde mental”, o MS informa que, em 2017, o orçamento das ações de saúde mental foi de aproximadamente 1,6 bilhões, variando menos de 3% num intervalo de 7 anos³¹. Em 2013, a proporção dos gastos com saúde mental no orçamento geral do Ministério da Saúde cai para 2,1%, chegando a sofridos 1,6% em 2016³¹. O subfinanciamento crônico passa a impactar tanto na refração da expansão da rede como na deterioração de serviços

Tabela 1. Gastos com a política de saúde mental em termos percentuais

Tipo de Gasto	1997	2001	2006	2010	2013
Extra-hospitalar	6,86	20,46	55,9	70,57	79,39
Hospitalar	93,14	79,54	44,1	29,43	20,61
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fontes: Brasil¹⁷ e Brasil²².

já existentes, o que compromete a eficiência da própria reforma, que passa a receber críticas contundentes de setores contrários.

Com a mudança na correlação de forças políticas no âmbito do Governo Federal, esses interesses ganharam expressão, poder e ênfase na agenda da política oficial do Ministério da Saúde. Em 2015, já se anunciavam as primeiras mudanças de rumo, simbolizadas pela nomeação para a Coordenação Nacional de Saúde Mental de um defensor histórico do modelo manicomial. Desde os primeiros sinais, em pouco menos de três anos já são patentes os recuos da política de saúde mental no Brasil, inclusive por meio de instrumentos legais, inicialmente expressos na portaria GM 3.588 de dezembro de 2017⁸, que visa a reverter a orientação do modelo psicossocial. As mudanças em curso desde então culminam com a apresentação de novos marcos regulatórios para a política de saúde mental que as agências oficiais do Governo Federal e da Câmara dos Deputados nomearam de “Nova Política de Saúde Mental”, com direito à constituição de uma “Frente Parlamentar em defesa da Nova Política de Saúde Mental” em 2018.

Sobre os interesses manicomiais em jogo no cenário brasileiro atual, é importante entender que, se a atual política nacional de saúde mental não reinstaura necessariamente o mesmo modelo manicomial, que preconizava o isolamento de longa duração das pessoas com transtornos mentais, entretanto, não abole seu retorno de todo. Sobre isso, a portaria GM/MS 3.588/17⁸, de modo assertivo, afirma um lugar para o HP na RAPS, contrariando todas decisões anteriormente tomadas no âmbito do planejamento e gestão da política brasileira de saúde mental.

A nova configuração congrega o supostamente mais avançado dos tratamentos neurobiológicos com o mais arcaico tratamento moral, segregador e duradouro, atualmente destinado, de forma mais contundente, aos usuários de drogas ilícitas, conforme prevê a Lei 13.840 de 2019¹⁰, que muda radicalmente a matriz da política nacional sobre drogas, trazendo a abstinência como meta e a internação, até mesmo involuntária, como método. Satisfazem-se, de um lado, principalmente a indústria farmacêutica, com o fortalecimento dos ambulatórios especializados em patologias (sem nenhuma crítica à inflação nosológica das últimas décadas no seu aspecto de construção cultural afeita a interesses econômicos e a uma leitura descontextualizada do sofrimento humano) e, de outro, as comunidades religiosas neopentecostais, grandes beneficiárias

do financiamento público das comunidades terapêuticas.

Os hospitais psiquiátricos, repaginados agora como “modernos e humanizados” – como descritos na Nota Técnica 11/2019 do MS⁹ –, fortalecem a categoria médica, com o modelo hospitalocêntrico e centrado no psiquiatra, e a utilização de tecnologias duras, sejam elas os psicofármacos ou as intervenções cirúrgicas remotas ou recentes. Não é demasiado lembrar que, nos rincões brasileiros, ou nas zonas remotas marginalizadas das cidades, até essa ideia de “moderno e humanizado” será apenas mais uma pá de cal atirada em um espaço blindado ao olhar externo e, portanto, imune ao controle social, característica maior dos espaços manicomiais que persistem em território nacional.

A nova política de saúde mental e a Contrarreforma

Com os arranjos políticos do governo de transição pós-impeachment, desde 2016, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas assume uma condução na contra-mão de parte das bases do movimento que inspirou o processo da RPB. Destacamos aqui três aspectos que evidenciam o que pode ser denominado como uma Contrarreforma Psiquiátrica: 1) as atuais mudanças impostas nas linhas de base da política nacional de saúde mental não respeitaram o fluxo histórico construído a partir do controle social, seja pelas conferências nacionais de saúde mental, seja pelos conselhos de saúde. Pelo contrário, o relatório da III CNSM chegou a datar a extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil, meta nunca cumprida. Logo, a “nova política de saúde mental” desconsidera um dos pilares da reforma psiquiátrica que é exatamente a democratização e a participação social nas decisões. O próprio Conselho Nacional de Saúde aprova a “Recomendação N° 001, de janeiro de 2018”, onde se manifesta pela revogação das portarias que estruturam a “nova política”³²; 2) a partir de 2017, a supostamente nova política de saúde mental introduz o hospital psiquiátrico, não mencionado como parte da RAPS na portaria 3.088/2011³³, como serviço reconhecido, contrariando o acúmulo histórico das reformas sanitária e psiquiátrica. Na apresentação da “nova política de saúde mental” no site do Ministério da Saúde³¹, pode-se ler que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos”; 3) o MS, em articulação intersetorial com outros Ministérios

(Justiça, Desenvolvimento Social), cria linhas de financiamento para custear serviços privados, como as chamadas “comunidades terapêuticas” (CT), que no Brasil se destinam às pessoas que usam drogas. À privatização do escasso recurso público soma-se a aposta no retorno do modelo manicomial, centrado no tratamento moral e no isolamento, que nos remete ao período das doutrinas psiquiátricas de Esquirol no século XIX.

Em termos de processualidade da formalização da Contrarreforma, têm-se os seguintes acontecimentos entre 2017 e 2018: em dezembro de 2017, a portaria 3.588⁸ introduz o hospital psiquiátrico e as CT como ponto de atenção na RAPS e em agosto de 2018, a portaria 2.434³⁴ concede um generoso reajuste de até 62% na tabela das internações em hospitais psiquiátrico, a fim de sanar as finanças dos hospitais psiquiátrico, paralelo ao congelamento do repasse mensal para os CAPS desde 2011.

Em março de 2018, a Resolução 001/2018 do Conselho Nacional de Política Sobre Drogas³² realinha a Política Nacional de Álcool e outras Drogas e formaliza apoio a entidades da sociedade civil que lidem com usuários de drogas, abrindo uma via para captação de recursos públicos por parte das CT; no mês seguinte, o mesmo Conselho publica no Diário Oficial da União o edital 001/2018³⁵ com chamamento para credenciar CT e previsão de 87 milhões de reais para contratação de 7.000 leitos, com valores iguais ou superiores aos leitos em hospital psiquiátrico.

Em novembro de 2018, a Portaria GM 3.659³⁶ suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de dispositivos da RAPS, com alegação de que não estão repassando informações da produtividade, gerando um desfinanciamento de mais de 77 milhões ao ano; enquanto a Portaria GM 3.718³⁷ exige, pela primeira vez, a devolução de recursos repassados e supostamente não executados, retraindo em mais 43 milhões o orçamento da RAPS.

Com essas mudanças, surgem formas promissoras de mercantilização da atenção em saúde mental, quase como uma reedição da indústria da loucura, denunciada nos anos de 1970. De certa forma, essa compreensão procede, já que estão previstas algumas repetições nas modalidades de lucrar com a loucura, como o fato de manter um grande número de leitos em um estabelecimento de médio porte e em serviços privados, ao mesmo tempo em que se aumenta o valor pago por cada leito.

Esse reajuste no valor da Autorização de Internação Hospitalar psiquiátrica serve como de-

estímulo para processos de desospitalização e de desinstitucionalização em determinados estados ou municípios, onde o cálculo econômico prevalece na tomada de decisões ou vontade política dos gestores. A mercantilização da saúde mental repete também o passado quando se investe maciçamente em instituições como as comunidades terapêuticas, que continuam a desvendar práticas de violação dos direitos humanos, inclusive a prática de trabalhos forçados³⁸.

Acrescentam-se novas formas de financeirização³⁹, muitas delas ligadas ao estreitamento dos vínculos entre o setor público e privado, como a compra pelos governos de serviços de setores privados, tais como os já mencionados procedimentos de alto custo, como a eletroconvulsoterapia e a estimulação magnética transcraniana⁹. Grupos empresariais e interesses privados tornam a disputar esse mercado com mais força e interesse. A multiplicação de ambulatórios especializados também poderá servir a uma ampliação na compra de psicofármacos, além da promoção de pesquisas focalizadas e reducionistas, muitas delas produtoras do risco de uma molecularização das soluções para problemas humanos altamente multifatoriais e complexos.

A análise das mudanças na política de saúde mental dos últimos três anos revela uma armadilha. Não há supressão do uso dos significantes relevantes da RPB, as palavras são as mesmas utilizadas nos marcos legais de outrora. Os novos documentos continuam se referindo a um “modelo de atenção psicossocial”, levando a crer que há uma “nova reforma psiquiátrica”. Isso exige, por parte dos analistas, o cuidado de seguir o aforisma de que “o diabo mora nos detalhes” para destrinchar o que está por trás dos nomes. A “nova reforma” é um resgate de peças do antiquário anterior à RPB.

Ao seguirmos a trajetória da RPB, vemos que ela exerceu efeitos de transmissão na reestruturação de espaços de cuidado também no setor privado, especialmente o de alto padrão, o que demonstra que há mudanças nos modos de tratar a loucura por parte da psiquiatria biológica, ainda que se possa observar que alguns desses efeitos são mais cosméticos que centrais. Porém, quando se desvelam as cifras e as prioridades atuais, se percebe mais rapidamente o quanto o modelo de atenção psicossocial, antimanicomial e territorializado é o que está sob franca ameaça.

Em 2017, uma minuta da “nova política” do Governo Federal propunha investir 240 milhões de reais em expansão de serviços para álcool e outras drogas sendo mais de 120 milhões em CT

contra R\$ 31.752.720,92/ano para a expansão da rede e criação de novos serviços territoriais⁴⁰. Em 2019, o valor subiu para 153.7 milhões de reais somente para comunidades terapêuticas. O Governo ampliou para 496 instituições credenciadas, com uma oferta de 10.883 leitos exclusivos para usuários de substâncias psicoativas⁴¹. Por outro lado, em 2017, são apenas 406 CAPS para álcool e outras drogas⁴². Com essa mudança, o número de comunidades terapêuticas suplanta o de CAPS-Ad, gerando uma inversão da curva em relação àquela que foi alcançada em 2011, com a superação do ciclo histórico do modelo hospitalocêntrico, tanto no número de serviços quanto na prioridade do financiamento²².

Sabendo-se do poder de atração do capital e de uma política de comunicação com forte *lobbying* biopsiquiátrico nos meios de comunicação de massa, não é difícil pensar na conquista de novos adeptos, além da reconquista de parte da sociedade que nunca deixou de associar loucura à periculosidade e à cronicidade, nem de manter com esse segmento uma relação atravessada pelo preconceito e pelo estigma. Não se descarta tampouco o magnetismo de um discurso biomedicalizador e sofisticado da psiquiatria biológica. Como já afirmamos, os tensionamentos perpassam todo o período das mudanças propiciadas pela RP, em um tempo de existência infinitamente menor que a longa *durée* do modelo manicomial.

Sinais de uma Contra-Contrarreforma na Bahia?

Em fevereiro de 2017, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) anuncia a proposta de fechamento dos últimos hospitais psiquiátricos públicos do estado, encaminhada, sob a forma de ofício (DGC nº 09/17), a diversas instituições e grupos. A principal razão seria o fato desses hospitais terem alcançado uma nota inferior àquela exigida para o seu credenciamento pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, que é de 61%, enquanto os valores obtidos por esses hospitais foram abaixo de 40%. Além disso, surge a informação de que a gestão estadual “adotará as providências necessárias para a efetivação do processo de desinstitucionalização e de substituição do modelo de atenção com base nas diretrizes e pontos da Rede de Atenção Psicossocial”¹¹.

O anúncio mobilizou grupos favoráveis e desfavoráveis à mudança proposta. Tem-se, de um lado, a Associação de Psiquiatria da Bahia (APB) e a Associação de Apoio a Familiares,

Amigos e Pacientes com Transtornos Mentais da Bahia (AFATOM) e, de outro, a FrenteRAPS (Frente que congrega uma pluralidade de profissionais, acadêmicos e usuários que defendem a luta antimanicomial) e a Associação Metamorfose Ambulante (AMEA), histórica associação de familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Enquanto as duas primeiras se posicionam contra o fechamento dos hospitais, usando como justificativa o risco de desassistência e a defesa do lugar do hospital psiquiátrico na rede de assistência em saúde mental, as duas últimas são favoráveis ao fechamento de forma responsável, e até buscando na ocasião o argumento para ampliar e fortalecer a RAPS na Bahia.

A SESAB constituiu uma Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia (CIPAD), publicada no Diário Oficial de 31 de março de 2017¹², contando com um número expressivo de representantes de instituições com diversos posicionamentos em relação à política de saúde mental. A CIPAD ficou também responsável por elaborar um Plano Estadual de Saúde Mental, fato inédito na Bahia, oficialmente aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em dezembro de 2017¹³ e publicado em diário oficial em 29 de maio de 2018.

Quando da promulgação da Portaria 3.588⁸, observou-se uma clara aliança entre a coordenação nacional de saúde mental e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), inclusive em sua representação na Bahia (APB), em apoio à mudança da nova Política. Essa Política repercute fortemente em todo o contexto nacional e, na Bahia, dificulta sobremaneira o processo que havia se desencadeado no estado.

Na contracorrente, a Bahia acena, finalmente, com a publicação de duas Portarias que indicam uma disposição de seguir na direção da RP: a Portaria nº 543/2018¹⁴, que institui incentivo financeiro estadual mensal para custeio dos CAPSIII e CAPSad III, e a Portaria 33/2019⁴³, que institui incentivo financeiro estadual mensal e provisório para implantação e custeio de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Apesar de verificarmos que os hospitais psiquiátricos na Bahia foram mantidos e até fortalecidos com a nova política de saúde mental, vislumbramos avanços decorrentes de todo o processo ocorrido na Bahia. Podemos notar que a existência de um Plano de Saúde Mental funciona como um instrumento em defesa da Reforma Psiquiátrica, tanto pelo seu caráter jurídico quanto pelo processo de mobilização que

desencadeou. Atualmente, a Defensoria Pública Estadual entra como nova parceira na cobrança do avanço da RAPS e a CIPAD volta a ser requisitada, agora no seu papel de monitoramento e avaliação da implementação do Plano.

Considerações finais

Intencionamos neste artigo exemplificar as tensões geradas pela Contrarreforma Psiquiátrica, tanto no nível nacional quanto a partir de um caso concreto, com suas repercussões especialmente sobre a Rede de Atenção Psicossocial, embora concordemos que a Reforma Psiquiátrica vá bem além da reorientação do modelo de atenção e da rede de serviços.

As RP se colocam como processos passíveis de avanços e recuos, o que reitera seu aspecto dinâmico já percebido em experiências internacionais. A ameaça, porém, não se configura de forma totalizante, já que diversas conquistas se sedimentaram. Dito de outro modo, se as reformas não se cristalizam, suas repercussões ainda assim são bastante palpáveis em um contexto político tão controverso. O processo de constituição de sujeitos epistêmicos e práticas inovadoras que lhe é intrínseco atravessa os diferentes (e, por vezes, refratários) contextos históricos e sociopolíticos que se impõem a ele. Prospectivamente, portanto, é possível que a correlação de forças se modifique, tal como nos mostra o processo de

Contra-Contrarreforma que pudemos acompanhar no estado da Bahia.

Levando-se em conta que as RP funcionam como políticas de inclusão social, percebe-se que o próprio risco de aprofundamento da crise sanitária, social e econômica em todo o território nacional demanda o incremento de medidas de *advocacy* e de mobilização, no sentido de evitar perdas de mecanismos de proteção e inclusão social, garantidos, inclusive, pela própria rede de serviços abertos que garantem um cuidado mais humano e qualificado e um maior grau de autonomia. Em outras palavras, a presente crise pela qual passa o campo da saúde mental no Brasil, além de gerir fortes e legítimas preocupações, configura simultaneamente, como precedentes históricos demonstram, uma oportunidade de reimpulsionar uma reforma que estava em pleno devir.

Embora o tempo histórico seja mais lento e ultrapasse em muito o tempo individual, teme-se que a retomada do curso da RPB, com sua postura ético-política pela proteção da vida e contra a violação dos direitos de pessoas com experiências de transtornos mentais, se faça como resultado de um aprofundamento da crise socio sanitária no país, como nos adverte Desviat⁴ ao falar da gênese das reformas. A repetição da história, nesse caso como farsa, poderia significar graves prejuízos para esse segmento social, como já observado no que Basaglia denunciou na década de 1970, e como um novo holocausto brasileiro.

Colaboradores

MO Nunes: análise dos dados, redação e revisão do artigo; JM Lima Júnior: coleta e análise dos dados e redação do artigo; CM Portugal: concepção inicial, redação e revisão do artigo; M Torré: redação e revisão do artigo.

Referências

- Desviat M. *Coabitar a Diferença: da Reforma Psiquiátrica à Saúde Mental Coletiva*. São Paulo: Zagadoni; 2018.
- Amarante P. *Salud mental y atención psicosocial*. Madrid: Editorial Grupo 5; 2015.
- Borrel P. *Un monde sans fous?* Nîmes: Champ Social; 2010.
- Desviat M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- Torrenté M. *Ressources alternatives en santé mentale: Un cas montréalais* [dissertação]. Montréal: Université de Montréal; 1995.
- Monteiro MG. *Trayectoria e cambios de dirección en las políticas públicas: análisis de la reforma del sistema sanitario brasileño (1975-2015)* [tese]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2016.
- Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicosocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 45-66.
- Brasil. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2017.
- Brasil. Nota técnica nº 11/2019 de 04 de fevereiro de 2019. *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas* [Internet]. Brasília: CGMAD/DAPES/SAS/MS; 2019. [acessado 2019 Ago 08]. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Brasil. Lei nº 13.840 de 05 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. *Diário Oficial da União*; 2019.
- Frente pela ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial da Bahia. *Nota pública da Frente pela ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial da Bahia* [Internet]. 2017 [acessado 2019 Jan 29]. Disponível em: https://www.abrapso.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD=528
- Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Portaria Estadual nº 415, de 31 de março de 2017. Institui a Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia (CIPAD). *Diário Oficial do Estado da Bahia*; 2017.
- Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA). Resolução CES-BA nº 40/2017, de 17 de fevereiro de 2018. Aprova o Plano Estadual da Desinstitucionalização da Saúde Mental. *Diário Oficial do Estado da Bahia*; 2018.
- Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Portaria nº 543, de 10 de maio de 2018. Institui incentivo financeiro para complementação de custeio dos CAPS. *Diário Oficial do Estado da Bahia*; 2019.
- Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Portaria nº 352, de 13 de agosto de 2019. Aprova o Plano de Desinstitucionalização da Bahia. *Diário Oficial do Estado da Bahia*; 2019.
- World Health Organization (WHO). *AIMS Report on Mental Health System in Brazil*. Brasília: WHO and Brazil Ministry of Health; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS, MS; 2005.
- Ministério da Saúde (MS). *Saúde Mental*. Brasília: MS; 2015.
- Sistema Único de Saúde (SUS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. 2001 Dez 11-15; Brasília, Brasil. Brasília: CNS/MS; 2002.
- Sistema Único de Saúde (SUS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. 2010 Jun 27-Jul 1; Brasília, Brasil. Brasília: CNS/MS; 2010.
- Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Mental em dados – 12* [informativo eletrônico]. Ano 10, nº 12. Brasília: MS; 2015. [acessado 2019 Jan 22]. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/dow22nloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório de Gestão do exercício de 2017*. Brasília: MS; 2017.
- Yasui S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.
- Surjus LTLs, Campos RO. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Rev. Latinoam Psicopatol Fundam* 2011; 14(1):122-133.
- Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciênc Saude Colet* 2011; 16(12):4579-4589.
- Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saude Colet* 2018; 23(6):2067-2074.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Mental health atlas 2017*. Geneva: WHO; 2018.
- Oliveira EFA. *Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica* [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2017.
- Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saude Publica* 2012; 46(1):51-58.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas* [página na Internet]. 2017 [acessado 2019 Jan 22]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>

32. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002 [resolução na Internet]. *Diário Oficial da União*; 2018. [acessado 2019 Jan 30]. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx
33. Brasil. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2011.
34. Brasil. Portaria nº 2434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. *Diário Oficial da União*; 2018.
35. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Edital de credenciamento - SENAD Nº 1/2018. *Diário Oficial da União*; 2018.
36. Brasil. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. *Diário Oficial da União*; 2018.
37. Brasil. Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018. Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes. *Diário Oficial da União*; 2018.
38. Conselho Federal de Psicologia. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. Brasília: C.F.P; 2018.
39. Sestelo JAF. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. *Ciêñ Saude Colet* 2018; 23(6):2027-2033.
40. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). *Nota Abrasco contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de Saúde Mental* [página na Internet]. 2017 [acessado 2019 Jan 29]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/>
41. Ministério da Cidadania. *Com incentivo do governo federal, comunidades terapêuticas oferecem tratamento a dependentes químicos* [notícia na Internet]. 2019 [acessado 2019 Ago 04]. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/marco/com-incentivo-do-governo-federal-comunidades-terapeuticas-oferecem-tratamento-a-dependentes-quimicos>
42. Ministério da Saúde (MS). *Número de CAPS habilitados em funcionamento* [Internet]. 2017 [acessado 2019 Ago 04]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/graficos/planoCrack/capsgrafico3.php?output=html>
43. Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SE-SAB). Portaria nº 33, de 09 de janeiro de 2019. Institui incentivo financeiro estadual mensal e provisório para implantação e custeio de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em Saúde Mental para as Pessoas com Transtornos Mentais na modalidade Tipo II e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado da Bahia*; 2019.

Artigo apresentado em 30/01/2019

Aprovado em 12/07/2019

Versão final apresentada em 28/08/2019