

HUMANAS E SOCIAIS

V.10 • N.1 • 2023 • Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3801

ISSN Impresso: 2316-3348

DOI: 10.17564/2316-3801.2023v10n1p584-601



ANÁLISE DOCUMENTAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BRASILEIRA NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

DOCUMENTAL ANALYSIS OF THE BRAZILIAN PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK IN THE PAST 10 YEARS

ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LA RED BRASILEÑA DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Marcos Vinícius de Oliveira¹

Camila Harmuch²

Marcelle Paiano³

Maria Aparecida Salci⁴

Herbert Leopoldo de Freitas Goes⁵

Thiago Eduardo de França⁶

Renato Pereira Neto⁷

RESUMO

Objetivo: analisar os documentos legais promulgados após a implementação da Rede de Atenção Psicossocial, a fim de se constatar os avanços e retrocessos no cuidado em saúde mental brasileiro. **Método:** pesquisa descritiva de base documental. As fontes documentais utilizadas foram os bancos de dados do Ministério da Saúde e Portal do Governo Federal Brasileiro, a data estabelecida para coleta de dados foi 23 de dezembro de 2011 a 2021. A análise seguiu as três etapas propostas pela análise textual discursiva, sendo: unitarização, categorização e metatextos. **Resultados:** os documentos promulgados após a instituição da Rede de Atenção Psicossocial indicam um processo de desmonte da mesma. Os hospitais psiquiátricos voltam a ser incentivos financeiros pelo SUS, bem como as comunidades terapêuticas, em detrimento dos serviços substitutivos. **Conclusão:** A reformulação e o resgate das políticas públicas em saúde mental, é urgente, para que assim os serviços substitutivos de atenção comunitária sejam fortalecidos.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Política de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the legal documents enacted after the implementation of the Psychosocial Care Network, in order to verify the advances and setbacks in Brazilian mental health care. **Method:** descriptive research based on documents. The documentary sources used were the Ministry of Health databases and the Brazilian Federal Government Portal, the date established for data collection was December 23, 2011 to 2021. The analysis followed the three steps proposed by the discursive textual analysis, namely: unitarization, categorization and metatexts. **Results:** the documents promulgated after the establishment of the Psychosocial Care Network indicate a process of dismantling it. Psychiatric hospitals are once again financially encouraged by the SUS, as well as therapeutic communities, to the detriment of substitute services. **Conclusion:** The reformulation and rescue of public policies in mental health is urgent, so that substitutive community care services are strengthened.

KEYWORDS

Mental Health. Mental Health Services. Health Policy.

RESUMEN

Objetivo: analizar los documentos legales promulgados después de la implementación de la Red de Atención Psicosocial, con el fin de verificar los avances y retrocesos en la atención a la salud mental brasileña. **Método:** investigación descriptiva basada en documentos. Las fuentes documentales utilizadas fueron las bases de datos del Ministerio de Salud y el Portal del Gobierno Federal de Brasil, la fecha establecida para la recolección de datos fue del 23 de diciembre de 2011 a 2021. El análisis siguió las tres etapas propuestas por el análisis textual discursivo, a saber: unitarización, categorización y metatextos. **Resultados:** los documentos promulgados después del establecimiento de la Red de Atención Psicosocial indican un proceso de desmantelamiento de la misma. Los hospitales psiquiátricos son nuevamente incentivados financieramente por el SUS, así como las comunidades terapéuticas, en detrimento de los servicios sustitutivos. **Conclusión:** Urge la reformulación y rescate de políticas públicas en salud mental, para que se fortalezcan los servicios de atención comunitaria sustitutiva.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental. Servicios de salud mental. Política de Salud.

1 INTRODUÇÃO

Por anos, o mundo relacionou-se com os indivíduos que sofrem mentalmente de forma singular, caracterizada pela hospitalização em instituições de longa permanência, associado ao abandono social e familiar. O conceito primário de doença/transtorno mental, foi responsável por influenciar negativamente a visão das pessoas, fomentando o estigma, segregação e o preconceito, ao considerar os indivíduos como perigosos, incapazes e irracionais (Edquist, 2021).

Aos poucos, ocorreram diversos movimentos sociais, os quais priorizavam a luta por condições dignas de vida às pessoas com transtornos mentais, sendo a principal característica desses o combate ao uso cotidiano de práticas que não garantiam direitos iguais aos cidadãos, sem considerar as especificidades das minorias sociais (Guimarães; Rosa, 2019).

No Brasil, a Reforma Sanitária Brasileira iniciou-se em meados da década de 1970, esta influenciou fortemente o movimento da Reforma Psiquiátrica posterior, as quais possuem princípios em comum para a reorganização do modelo de atenção à saúde, como a maior ampliação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, a integração de novos campos de atuação, territorialização, integralidade dos serviços de saúde e o cessar do modelo manicomial (Lima; Guimarães, 2019).

Com isso, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) foi instituída por meio do sancionamento da Lei 10.216/2001, buscando a consolidação de uma base legal para sustentação e garantia da visibilidade às pessoas que sofrem mentalmente, redirecionando assim o modelo assistencial, orientando que todo indivíduo com transtorno mental deve ser tratado com humanidade e respeito, ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração e ser tratado em ambiente terapêutico (Brasil, 2001).

Como forma de garantir este acesso e aprimorar a qualidade da assistência em saúde mental, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Esta rede amplia e articula os pontos de atenção à saúde mental, nos quais o cuidado deve ocorrer de forma integrada e territorializada, com acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (Brasil, 2011a).

Deste modo, considerando que em dezembro de 2021 a RAPS completou seu 10º aniversário, e levando em conta as recentes mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de Álcool e outras Drogas e na própria rede psicossocial, este trabalho tem por objetivo analisar os documentos legais promulgados pelo Governo Federal e Ministério da Saúde dos últimos 10 anos, após a implementação da RAPS, a fim de se constatar os avanços e retrocessos no cuidado em saúde mental brasileiro.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de base documental. Adota-se a concepção de pesquisa documental proposta por Gil (2017) na qual os dados obtidos são rigorosamente provenientes de documentos, visando extrair o máximo de informações contidas, a fim de compreender com maior exatidão o fenômeno de estudo.

As fontes documentais utilizadas foram os bancos de dados do Ministério da Saúde e Portal do Governo Federal Brasileiro. A data estabelecida para coleta de dados foi do dia 23 de dezembro de 2011 – Dia em que foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da portaria nº 3.088/2011, até o ano de 2021, ano em que a RAPS completou 10 anos desde sua publicação oficial. Os dados foram coletados e analisados no período de maio a junho de 2022, por dois pesquisadores simultaneamente, por meio da ferramenta trabalho em equipe do *software MAXQDA Plus 2021 Student*.

Para a seleção dos documentos utilizados para análise considerou-se quatro critérios: autenticidade, credibilidade, representatividade e a significação (Gil, 2017). Assim, os documentos selecionados são autênticos, de fontes primárias, não possuem erros ou distorções são claros e compreensíveis.

Os critérios de inclusão foram: documentos de fontes primárias, os quais não receberam nenhum tratamento analítico como registros institucionais: projetos de leis, relatórios de órgãos governamentais, atas e normas, disponíveis na íntegra, gratuitamente, publicadas nos últimos 10 anos. Os critérios de exclusão foram: bibliografias elaboradas por autores com o propósito de serem lidas por públicos específicos, como teses, dissertações, anais de eventos e artigos científicos.

Assim, após busca minuciosa no sítio eletrônico oficial do Ministério da Saúde (Portal da Legislação) compuseram o banco de dados 24 documentos oficiais, sendo 16 portarias, cinco resoluções, um decreto, uma nota técnica e um edital de credenciamento.

Para a organização e análise dos documentos foi utilizado o *software MAXQDA Plus 2021 Student* versão 20.4.1, que permite importar, exportar e analisar diferentes documentos provenientes de diversos bancos de dados, sendo utilizada a opção trabalho em equipe, o que permitiu a análise simultânea de dois pesquisadores.

Considerando que para iniciar a análise de documentos é necessária a compreensão interpretativa dos textos, o percurso analítico desta pesquisa seguiu a Análise Textual Discursiva (ATD), que permite a produção de novas compreensões em relação ao fenômeno estudado. É um processo auto-organizado em que novos entendimentos surgem a partir de uma sequência recursiva de três componentes: a unitarização em que ocorre a desconstrução do corpus textual; a categorização, com o estabelecimento de relações entre as unidades de sentido; e os metatextos que captam a nova compreensão que é comunicada (Moraes; Galiuzzi, 2007).

Assim, por meio do *software MAXQDA*, foi iniciado o processo de unitarização e codificação, com o desenvolvimento de 208 códigos, fruto da fragmentação do corpus textual investigado. A partir destes foram realizadas a sua união combinando-os, e originando unidades de significados que permitiram o desenvolvimento de 11 categorias intermediárias, que foram classificadas e resultaram em três sistemas de categorias. No Quadro 1 observa-se o desenvolvimento destes processos analíticos.

Quadro 1 – Categorias Iniciais, Intermediárias e Finais obtidas

| UNIDADES DE SIGNIFICADO | CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS | CATEGORIAS FINAIS |
|--|---|--|
| Expansão e instituição dos CAPS | Articulação da RAPS | Integralidade da atenção à saúde mental com a RAPS |
| Desinstitucionalização | Fluxo assistencial em SM | |
| Pontos da RAPS | | |
| Valorização dos serviços baseados na comunidade | Articulação intersetorial da RAPS | |
| Matriciamento em Saúde Mental | Capacitação das equipes para atendimento | |
| Ampliação do número de leitos psiquiátricos | Redução na implantação de novos serviços que compõem a RAPS | Comprometimento da liberdade, cidadania e saúde das pessoas em sofrimento mental |
| Hospitais psiquiátricos | Sucateamento dos serviços de base comunitária | |
| Financiamento da Atenção especializada na RAPS | Redução do financiamento | |
| Redução de danos | Manutenção da abstinência | Retrocessos na Política Nacional de Álcool e outras Drogas |
| Instituição CAPS AD IV | Assistência a urgências e emergências | |
| Aumento considerável de Comunidades Terapêuticas | Hospital psiquiátrico | |
| Hospital dia | Aumento do Serviço de internação parcial | |

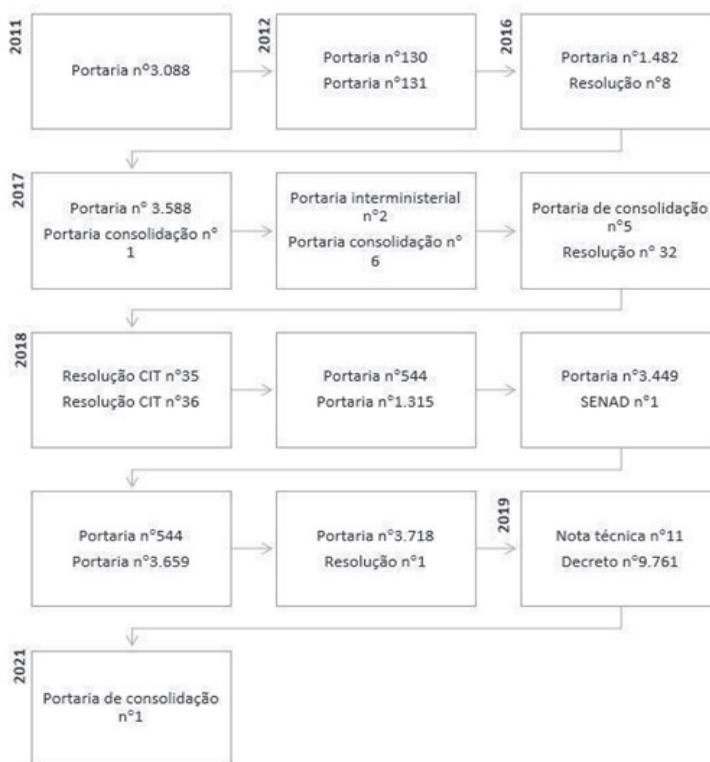
Fonte: Os autores (2022).

Esta pesquisa, por ter como fonte da coleta de dados publicações em banco de dados de registros institucionais de livre acesso, dispensa a aprovação em comitê de ética em pesquisa. Foi garantido o anonimato de todos os autores das publicações selecionadas para a análise.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os documentos normativos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa e que tiveram incidência direta sobre a PNSM, RAPS, Política Nacional de Álcool e outras Drogas, no período estabelecido para coleta de dados, foram apresentados no Fluxograma 1.

Fluxograma 1 – Documentos normativos com incidência sobre a RAPS, Brasil 2011-2021



Fonte: Os autores (2022).

Mediante a análise dos documentos, foram elaborados três eixos temáticos que fundamentam a discussão envolvendo o percurso do cuidado em saúde mental no Brasil : “Integralidade da atenção à saúde mental com a RAPS”; “Comprometimento da liberdade, cidadania e saúde das pessoas em sofrimento mental” e “Retrocessos na Política Nacional de Álcool e outras Drogas”, descritos a seguir.

4 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL COM A RAPS

Com a implementação da PNSM em 1980, o Brasil teve uma grande conquista em escala mundial relacionada a SM, principalmente por ser um país em desenvolvimento e ter estabelecido uma política de saúde voltada às necessidades mentais da população, despertando um grande interesse mundial e reconhecimento pelo seu modelo (Cruz; Gonçalves; Delagado, 2020).

Com o passar dos anos várias portarias importantes foram elaboradas, como por exemplo, a Portaria nº 366/2002 que instituiu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como pontos centrais na articulação de ações de SM (Brasil, 2002). Outras que merecem destaques neste período são a Lei Federal 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e a Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003 e dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas.

Em 2011, com o intuito de construir uma rede baseada no cuidado integral à pessoa com Transtorno Mental (TM), foi criada a RAPS, que propõe uma rede de atendimentos integrada com diferentes serviços substitutivos ao modelo manicomial, com ênfase na reinserção social dos indivíduos. Esta rede, tem como base a integração de serviços comunitários, na articulação e efetivação dos atendimentos à SM, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar (não abrangendo os hospitais psiquiátricos), Serviços de Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa e estratégias de reabilitação social as quais desempenham ações, visando a desinstitucionalização (Brasil, 2011a).

São vários os avanços que a SM brasileira obteve a partir de 2011 com a reestruturação e organização desta rede, como por exemplo, a melhora no acesso ao cuidado em saúde mental, a redução de mais de 60 mil leitos psiquiátricos no país, a reorganização assistencial com foco na comunidade e socialização dos sujeitos, a implementação de serviços substitutivos, desenvolvimento de iniciativas geradoras de emprego e o fortalecimento dos pontos de atenção à SM (Amarante, 2018; Delgado, 2019; Lima; Guimarães, 2019).

Assim, a proposta da PNSM e da RAPS são embasadas por legislações que visam a superação e substituição do antigo modelo manicomial, a fim de compreender o processo saúde-doença como resultado de processos sociais complexos, que necessitam de atendimento multiprofissional e interseccional, na busca pelo cuidado integral às pessoas que necessitam de cuidado (Guimarães; Rosa, 2019).

Contudo, o desenvolvimento de uma rede de atenção à saúde mental implica em uma complexa relação com todos os serviços que compõem a RAS. E apesar dos grandes avanços são inúmeras as fragilidades que apareceram durante os 10 anos de sua implementação como a deficiência estrutural dos serviços comunitários, o déficit em preparo dos profissionais da saúde, a ausência de mecanismos de avaliação da RAPS e da PNSM, a baixa articulação das ações interseccionais, a disparidade entre os serviços da rede e a centralidade do CAPS como ordenador do cuidado (Delgado, 2019).

Assim, percebe-se que apesar dos avanços conquistados pela portaria 3.088/2011, ainda existem fragilidades em sua aplicabilidade em decorrência da realocação inadequada dos recursos financeiros, a qualidade das informações produzidas pelos serviços, à integração da saúde mental na atenção básica e a sustentabilidade das associações dos usuários, que comprometem o cuidado fornecido pelos serviços de saúde instituídos na RAPS.

5 COMPROMETIMENTO DA LIBERDADE, CIDADANIA E SAÚDE DAS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL

A partir de 2015, com crises econômicas, éticas, políticas e alterações na Gestão do Ministério da Saúde ocorrendo no País, a SM brasileira sofreu consideráveis impactos. Em 2016, o governo brasileiro demonstrou apoio ao desmonte da reforma psiquiátrica por meio da portaria 1.482/2016 que inclui as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), passo necessário para que estas fossem financiadas com verbas da saúde. E com a resolução 32/2017 que estabelece novas diretrizes para o funcionamento da rede, reformulando o desenho, financiamento e a metodologia de avaliação dos serviços de saúde mental, apresentando pela primeira vez o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento deste (Brasil, 2016; Brasil, 2017; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Além do hospital psiquiátrico, esta resolução inclui na RAPS os hospitais-dia, que funcionam de modo algo parecido com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas sem a lógica do território, comprometendo alguns dos mais importantes princípios norteadores da clínica da atenção psicossocial. A resolução institui ainda as “equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental”, que são nada menos do que os antigos e pouco resolutivos ambulatorios psiquiátricos (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

E esta compreensão ganhou forças com a implementação da Portaria nº3.588 em 21 de dezembro de 2017, a qual deu continuidade ao desmonte das conquistas obtidas com a reforma psiquiátrica. Ela insere como componentes da RAPS:

Art. 5º II- b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas;

V - A) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; b) Hospital Psiquiátrico Especializado; c) Hospital dia;

Art. 7º VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2017b, on-line).

O CAPS AD IV desvirtua a lógica assistencial dos demais CAPS, apresentando-se como um serviço capaz de prestar “atendimento de urgência e emergência” em detrimento do atendimento de crise baseado em garantias terapêuticas, como antes. Possui a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, pois possui “quartos” (e não “atendimento noturno”, como no CAPS III) que podem acomodar até 30 leitos (Brasil, 2017; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Em 2018 foi instituída a Portaria nº 2.434/2018 (Brasil, 2018a) com a intenção de fortalecimento das ações manicomiais no SUS, reajustando o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 dias do Incentivo para Internação em Hospitais Psiquiátricos. Ainda, por meio da Portaria nº3.659/2018 fica suspenso:

[...] 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 (Brasil, 2018b, on-line).

E ainda por meio da Portaria nº 3.718/2018 é publicada uma lista dos Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos CAPS e serviços residenciais terapêuticos que compõem a RAPS e não executaram o referido recurso. Assim, em 22 de novembro de 2018, o MS editou a portaria nº 3.718, exigindo “a devolução imediata dos recursos financeiros” de implantação de serviços que supostamente descumpriram os requisitos (Brasil, 2018c).

Em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 11, onde esclarece as alterações realizadas na saúde mental, apontando que não existem serviços substitutivos na nova Rede de Atenção Psicossocial, pois todos os equipamentos, inclusive o Hospital Psiquiátrico, possuem a mesma importância. E ainda destaca que, “não há mais possibilidade de continuar o fechamento de leitos psiquiátricos no país” (Brasil, 2019, on-line).

Assim, considera-se preocupantes as modificações das políticas de SM no Brasil a partir de 2015, com as alterações significativas na PNSM e RAPS como um todo. Tais medidas favoreceram o modelo manicomial, por meio dos repasses financeiros do Ministério da Saúde, pois estimulou o aumento de leitos psiquiátricos e a implementação de outros serviços de caráter hospitalocêntrico.

Nesse contexto, foram inúmeras as alterações que ocorreram e ainda estão em processo de desenvolvimento contrárias ao que era estabelecido pela PNSM e RAPS em 2011, ameaçando a proteção e a dignidade das pessoas com TM, asseguradas pela legislação brasileira. Um estudo com gestores municipais evidenciou a existência de fatores que impedem o avanço do cuidado em saúde mental à nível municipal, como déficit de profissionais e educação permanente a fim de capacitá-los para o cuidado, bem como fatores estruturais como a ausência de espaços adequados para prover a atenção, associado ao baixo suporte financeiro viabilizado atualmente (Harmuch *et al.*, 2022).

6 RETROCESSOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

As Comunidades Terapêuticas são serviços de saúde destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Conforme preconiza a portaria 3.088/2011, o local ideal para atendimento das pessoas usuárias de álcool e outras drogas é preferencialmente no CAPS AD e nas UBS, fornecendo um atendimento baseado nos princípios do SUS e nas necessidades atuais de saúde da população e as intervenções não devem ser baseadas no recolhimento compulsório destas pessoas, por meio das internações compulsórias nestas comunidades (Brasil, 2011a).

Em 2012, inicia-se uma crítica contra o apoio e financiamento as Comunidades Terapêuticas (CT) instituídas pelas Portarias nº130/2012 e 131/2012 na RAPS, destaca-se:

Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2012a, on-line).

As CT não atendem as exigências necessárias para ser consideradas um serviço de saúde, que são alinhadas às práticas asilares, estabelecendo a privação da liberdade, a abstinência e por vezes violam os direitos humanos (Brasil, 2012a). Estas se reafirmaram como estabelecimentos de saúde em 2016, por meio da Portaria nº 1.482, o que as capacita a receberem recursos do SUS. Em 2018 elas se constituíam em importantes ferramentas da RAPS, com incentivo financeiro do Ministério da saúde de mais de 100 milhões de reais, e apoio da Resolução nº1 de 09 de março de 2018. “§2º - A União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em comunidades terapêuticas [...]” (Brasil, 2012b; Brasília, 2017).

De 1990 a 2010, as políticas públicas em saúde mental avançaram na construção e consolidação de medidas para garantia dos direitos das pessoas em sofrimento por transtorno mental, visualizados no modo de cuidado libertário proposto, instrumentalizado e comandado pelos CAPS, além de outras estratégias de desinstitucionalização que englobam serviços residenciais terapêuticos e centros de convivência. Contudo, percebe-se que a partir de 2010, surgem novas perspectivas, concomitantemente ao período de eleição para presidência da República (Guimarães; Rosa, 2019; Brasil, 2018d).

Apesar das evidências científicas identificarem que o uso e abuso do álcool configura-se no principal enfrentamento ao problema das drogas no Brasil, é outra substância psicoativa que, por meio de visibilidade midiática, projeta-se e estrutura-se por meio de investimentos de recursos financeiros da União: a “epidemia do crack”. Nessa perspectiva, ocorre uma difusão entre a saúde mental e a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), constantemente marcadas por disputas pelo orçamento público em distintos setores e esferas governamentais (Guimarães; Rosa, 2019; Brasil, 2018e).

Em 2018, a partir da Resolução CONAD nº 1 (Brasil, 2004), a PNAD revela-se embasada numa tendência essencialmente proibicionista. Para o Ministro do Desenvolvimento Social daquele ano, a PNAD vigente até então, estaria causando prejuízos à sociedade. Nesse ínterim, estabeleceu-se as diretrizes para “realinhar e fortalecer” a PNAD, bem como os programas, projetos e ações dela provenientes, os quais de responsabilidade e gerenciamento por parte da União².

Esse documento compõem o arsenal legal da RAPS, e apresenta relevância negativa para a rede de cuidados, no âmbito do enfrentamento ao uso e abuso de drogas, conquistadas até aqui, principalmente no que tange à invalidação da estratégia de Redução de Danos (RD), a suposta “posição contrária” da população em relação à legalização das drogas, a promoção da abstinência às drogas e a inclusão e incentivo ao tratamento realizado pelas CT.

Sobre esses achados, é perceptível que a prioridade do realinhamento na PNAD privilegia a abstinência em detrimento das práticas de RD. Os autores se contrapõem à ideia de que esse método possibilitaria um impacto passível de mensuração no que tange à proteção desse grupo, no sentido de

multiplicação dos corpos “limpos”, por meio do confinamento e longas internações nas CT, o que desqualifica as estratégias de RD, os múltiplos e complexos fatores que envolvem a adicção, bem como a utilização de algumas substâncias até então consideradas ilegais, que são utilizadas medicinalmente. O governo atual reeditou e resgatou a utopia de um mundo sem drogas, atendo-se a promover e generalizar uma “guerra às drogas» (Brasil, 2018d; Guimarães; Rosa, 2019).

Reitera-se que ao se referir à CT estamos lidando com a Comunidade Terapêutica Acolhedora (CTA), as quais utilizam a terapêutica da convivência entre os pares, e que dispensam terapêuticas dependentes de profissionais de saúde. Justifica-se que o trabalho realizado na CTA é de importância social e à saúde, porém não é um centro de saúde, sendo regulado pela RDC Anvisa nº 29/2011, sob a perspectiva meramente sanitária (Guljor *et al.*, 2019). Essa justificativa desconsidera as evidências científicas sobre a importância do acompanhamento das pessoas em sofrimento decorrente do uso e abuso de álcool e outras drogas, por equipe multiprofissional adequada e capacitada, como já preconizado desde a instituição do CAPS como principal ferramenta da RAPS (Brasil, 2018).

É visível que a institucionalização por uso de SPA em CT, de ordem manicomial, é a estratégia prioritária de cuidado, visualizado no financiamento crescente de ferramentas antirreformistas em saúde mental, haja visto a fresta para a mercantilização da indústria da doença e da pessoa em sofrimento psíquico. Essas mudanças representam uma camuflagem dos reais interesses apresentados pelo empresariado dos hospitais psiquiátricos e grandes indústrias farmacêuticas, em defasagem da perda de aproximadamente 60 mil leitos no Brasil, para os serviços substitutivos e outras estratégias de desinstitucionalização propostas pela RAPS (Amarante, 2018).

Sobre o financiamento crescente por parte do Governo Federal, para disseminação das CT no Brasil, destaca-se dois documentos importantes: a Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017 e o Edital nº 01/2018 SENAD (Brasil, 2011b). O primeiro deles trata-se de uma Portaria do Ministério de Justiça e Segurança Pública, a qual instituiu o Comitê Gestor Interministerial para atuar nas questões sobre drogas. Esse comitê destinou 120 milhões para o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), cujos investimentos foram direcionados para a criação de 12.000 vagas em comunidades terapêuticas. Contudo, houve um novo repasse de recursos para a FUNAD em fevereiro de 2018, dos quais retirou-se 40 milhões de reais de recursos que deveriam ser destinados à RAPS (Brasil, 2018c).

O segundo documento em destaque é o Edital nº 01/2018 do credenciamento da SENAD, que ao decorrer do ano de 2018 viabilizou mais de R\$87 milhões ao pacto federal de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA, em CT (Brasil, 2004). Percebe-se um aumento exacerbado do valor dos recursos iniciais previstos para este edital, que contabilizava R\$37 milhões. Atualmente, o valor do repasse mensal por vaga nas comunidades é de R\$ 1.172,88 por adulto; R\$ 1.596,44 por adolescente e R\$1.528,00 por mãe nutriz, acompanhada do lactente (Brasil, 2017c).

Esses investimentos se contradizem, pois segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que atualmente está desenvolvendo um estudo sobre o Perfil das Comunidades Terapêuticas no Brasil, por meio de solicitação da SENAD, existem atualmente mais de 1800 Comunidades Terapêuticas no território brasileiro, porém apenas 300 delas mantêm o pacto com o Governo Federal, no enfrentamento do uso e abuso de álcool e outras drogas, por meio do programa “Crack: é possível vencer”, do Ministério da Saúde (Brasil, 2018e).

Destaca-se que estes são serviços que em sua grande parte não dispõem de registro sistemático e regular de documentação institucional, bem como dos prontuários dos usuários institucionalizados, elas são divididas em religiosas e leigas, ambas considerando o consumo abusivo de álcool e outras drogas como desordens de ordem moral, espiritual e religiosa; poucas comunidades oferecem um ambiente com condições sanitárias adequadas e assistência multiprofissional em atenção psicossocial.

Ademais, as CT em sua maioria estão localizadas em territórios distantes e segregados do convívio na comunidade, tornando dificultoso o acesso aos serviços de saúde ou outros quadros emergentes apresentados pelos usuários do serviço. Além disso, priorizam e impõem a abstinência como única forma de tratamento da adicção, descartando estratégias importantes como a RD, reproduzindo atos de violência e violação de direitos humanos básicos, já denunciados no modelo manicomial anteriormente, associado ao longo tempo de internação, que pode chegar a dois anos, os quais podem gerar efeitos das institucionalização de caráter manicomial; além de o retorno a vida em sociedade não estar apoiado na RAPS para construção conjunta do Projeto Terapêutico Individual e efetiva ressocialização (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Reforça-se a aliança junto a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Conselhos de Classes (Psicologia, Enfermagem) entre outras organizações apoiadoras da luta antimanicomial, as quais divulgaram notas em que repudiam o retrocesso da manicomialização do cuidado em saúde mental (Guimarães; Rosa, 2019).

Em tempos obscuros de negacionismo científico, retrocessos ao modelo biomédico meramente curativista e valorização do capital em defasagem de condições dignas de vida, é de suma importância que os profissionais das múltiplas classes envolvidas com a atenção psicossocial se unam em defesa dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais ou uso nocivo de SPA, com destaque para a Enfermagem, que representa a maior porcentagem do total das profissões de saúde e é protagonista no cuidado nos diversos níveis e polos de atenção à saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de uma década desde a implementação da RAPS, foram evidentes os avanços no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Ressalta-se a acessibilidade no cuidado em saúde mental por meio dos serviços substitutivos implementados, a desativação de milhares de leitos psiquiátricos em todo território brasileiro, fluxo assistencial em saúde mental com orientação familiar e comunitária, a inserção social de um público anteriormente estigmatizado e segregado, o que inclui acesso digno ao trabalho e renda, e a diversidade de pontos da rede de atenção à SM, como os serviços de urgência e emergência.

Entretanto, observa-se que no contexto sócio-político atual, foram inúmeras as alterações nos documentos legais promulgados relacionados à RAPS na sociedade brasileira, corroborando com o desmonte dos direitos sociais relacionados às conquistas presentes na Constituição Federal. Houve prejuízos quanto à reinserção das pessoas com TM na sociedade, à inclusão e participação familiar no tratamento, à multiplicação de instituições não manicomiais, como os serviços residenciais terapêuticos, programa de volta para casa e outras estratégias de reabilitação social substitutivas.

Percebe-se que a hospitalização dos usuários da RAPS passou a ser vista sob a ótica capitalista predominante no Brasil e no mundo, desconsiderando todos os desafios e vitórias adquiridos no decorrer dos anos, os quais sustentavam a Reforma Psiquiátrica. A nova configuração de cuidado em saúde mental, seja em quadros clínicos de TM ou de indivíduos em uso e abuso de SPA, ameaçam a garantia de proteção, dignidade e liberdade às pessoas, devido ao aumento do repasse financeiro e incentivo aos hospitais psiquiátricos e CT, serviços que preconizam a abstinência em detrimento da redução de danos e cuidado compartilhado/participativo, bem como ferem os direitos dos usuários ao privá-los de liberdade, reconstruindo estigmas e preconceitos obsoletos. A reformulação e o resgate das políticas públicas em saúde mental que compõem a RAPS é urgente, para que assim os serviços substitutivos de atenção comunitária sejam refortalecidos, de modo intersetorial e integral, fazendo-se o uso adequado dos diversos pontos de atenção existentes na rede.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Mudanças na política nacional de saúde mental: participação social atropelada, de novo. **Boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV)**, n. 15, p. 5-6, 2018. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019**-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.434**, 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2108c. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51521189/do1-2018-11-23-portaria-n-3-718-de-22-de-novembro-de-2018-51521040. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Conselho nacional de políticas sobre drogas. **Resolução nº 01/2018**. Define as diretrizes para realinhamento e fortalecimento da PNAD. Brasília, 2018d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Editais de Credenciamento SENAD nº 01/2018**. Dispõe sobre o processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário. Brasília: Ministério da Justiça, 2018e. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/11797737. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASÍLIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/lancamento-do-relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 32**, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, dá outras providências e inclui procedimentos de Tratamento em Psiquiatria na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 2**, de 21 de dezembro de 2017. Institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas

e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade. Brasília: Ministério da Justiça, 2017c. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090 Acesso em 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.482**, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Pólo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131**, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde: 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html#:~:text=1%C2%BA%20Fica%20institui%C3%ADdo%20incentivo%20financeiro,outas%20drogas%2C%20no%20%C3%A2mbito%20da: Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 29**, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 366** de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento do CAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso em 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Perfil das comunidades terapêuticas no Brasil**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/sites/en-GB/comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 12 jun. 2022.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Regress of the psychiatric reform: the dismantling of the national Brazilian mental health policy from 2016 to 2019. **Trab. educ. saúde**, v. 18, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. educ. saúde**, v. 17, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

EDQUIST, K. E. U. mental health governance and citizen participation: a global governmentality perspective. *Health Economics, Policy and Law*. **Cambridge University Press**, v. 16, n. 1, p. 38-50, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343698776_EU_mental_health_governance_and_citizen_participation_a_global_governmentality_perspective. Acesso em: 12 jun. de 2022.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2017.

GUIMARÃES, T. A. A; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão**, n. 44, p. 11-148, 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf. Acesso em: 12 jun. 2022.

GULJOR, A. P.; VASCONCELOS, E. M.; COUTO, M. C. V.; BATISTAE SILVA, M. B.; DELGADO, P. G. G.; CAVALCANTE, R.; LIMA, R. C. **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019** - Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2019. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2022.

HARMUCH, C.; JERONYMO, D. V. Z; PINI, J.; PAIANO, M.; GARCIA, G. D. V.; NAKAMURA, P. A. B.; FILHO, M. B. P. Percepção de gestores municipais diante da implementação da política de saúde mental. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 22, 2022. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v20i0.59472.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da rede de atenção psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>.

MORAES, R; GALIAZZI, M. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Unijuí, 2011.

1 Enfermeiro; Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Maringá. ORCID iD: 0000-0002-0643-5545. E-mail: m.vinicius2264@gmail.com

2 Enfermeira; Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Maringá. ORCID iD: 0000-0002-1609-1037. E-mail: camila.harmuch@gmail.com

3 Doutora em Enfermagem; Enfermeira; Professora do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. ORCID iD: 000-0002-7597-784x. E-mail: marcellepaiano@hotmail.com

4 Doutora em Enfermagem; Enfermeira; Professora do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. ORCID iD: 0000-0002-6386-1962. E-mail: masalci@uem.br

5 Doutor em Enfermagem; Enfermeiro; Professor do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. ORCID iD: 0000-0002-6071-692X. E-mail: hlfgoes@uem.br

6 Enfermeiro; Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Londrina. ORCID ID: 0000-0003-4987-625X. E-mail: thiagofranca07@gmail.com

7 Enfermeiro; Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Londrina. ORCID iD: 0000-0003-4987-625X. E-mail: reh.netto@gmail.com

Recebido em: 6 de Março de 2023

Avaliado em: 22 de Abril de 2023

Aceito em: 9 de Julho de 2023



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

Copyright (c) 2023 Revista Interfaces Científicas - Humanas e Sociais



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.