

# O manicômio contra-ataca:

efeitos do golpe de 2016 e do governo de  
extrema direita na política nacional de  
saúde mental (2016-2022)

Nelson Falcão de Oliveira Cruz  
Pedro Gabriel Godinho Delgado

# O manicômio contra-ataca:

efeitos do golpe de 2016 e do governo de  
extrema direita na política nacional de  
saúde mental (2016-2022)

Nelson Falcão de Oliveira Cruz  
Pedro Gabriel Godinho Delgado

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

**Imagens da capa**

“A storm off the Normandy Coast”

By Eugène Isabey

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial**

**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
 Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes  
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza  
 Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
 Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
 Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
 Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
 Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
 Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia  
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia Profª Drª Lara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr  
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
 Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal  
 Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá  
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
 Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio  
 Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
 Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
 Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
 Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
 Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
 Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria  
 Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
 Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
 Profª Drª Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

## O manicômio contra-ataca: Efeitos do golpe de 2016 e do governo de extrema direita na política nacional de saúde mental (2016-2022)

**Diagramação:** Natália Sandrini de Azevedo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Autores:** Nelson Falcão de Oliveira Cruz  
 Pedro Gabriel Godinho Delgado

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C957 Cruz, Nelson Falcão de Oliveira  
 O manicômio contra-ataca: Efeitos do golpe de 2016 e do governo de extrema direita na política nacional de saúde mental (2016-2022) / Nelson Falcão de Oliveira Cruz, Pedro Gabriel Godinho Delgado. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

Formato: PDF  
 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
 Modo de acesso: World Wide Web  
 Inclui bibliografia  
 ISBN 978-65-258-1314-1  
 DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.141230905>

1. Serviços de saúde mental - Brasil. I. Cruz, Nelson Falcão de Oliveira. II. Delgado, Pedro Gabriel Godinho. III. Título.

CDD 362.20981

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**  
 Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
 Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Manicômio Nunca Mais<sup>1</sup>

(samba do bloco De Perto Ninguém é Normal 2018  
criação coletiva dos usuários do CAPS Betinho – Macaé)

O enredo da alegria vem apresentar

Um sonho popular

Trazer dignidade pra saúde mental

Um jeito novo de cuidar

Que não seja preciso nos internar

Apenas nos amar

Agora querem tirar nossa autonomia

Privando nosso ir e vir

Cerceando nossa liberdade de expressão

Enchendo de agonia o nosso coração

Será que os malucos somos nós?

Por querer libertar a voz

Não, não, não, não, não

Manicômio é uma prisão!

---

1. Canção composta pelos usuários do CAPS Betinho (Macaé-RJ) a partir da impressão deles sobre primeiros atos normativos da contrarreforma psiquiátrica. Trata-se de um movimento espontâneo, sendo tradição no serviço a composição de sambas-enredo para os carnavais este tema foi a escolha do grupo naquele ano. O musicoterapeuta deu suporte à criação propondo caminhos para o desenvolvimento do tema, ajudando a fixar o que era produzido, corrigindo métrica e prosódia e adicionando harmonia, sendo a autoria de toda a letra e melodia do grupo.

O período de 2016 a 2022 foi marcado pelo desmonte das políticas sociais desenvolvidas no país, atingindo especialmente a área da saúde pública, e nesta a saúde mental. Este livro apresenta uma pesquisa de mestrado sobre os retrocessos na política de saúde mental, com base em análise de documentos normativos, revisão da literatura e escuta das percepções de atores-chave implicados no processo.

Após o período inicialmente estudado na pesquisa (até 2020), novas medidas contrárias à política de saúde mental foram adotadas, somando-se às outras áreas marcadas pela devastação social e política do governo que se encerrou agora. Desta forma, os dados e análise sobre os retrocessos na reforma psiquiátrica foram atualizados até 2022.

Apresenta-se, assim, um retrato de uma devastação, marcada entretanto por notável resistência por parte de trabalhadores, usuários e familiares. O extenso registro documental e análise deste período poderão ser úteis para a retomada dos rumos da reforma psiquiátrica brasileira no governo democrático-popular que se inicia em 2023, servindo igualmente para a proposição dos necessários avanços conceituais e programáticos no campo da atenção psicossocial.

Rio de Janeiro, janeiro de 2023

Referência da pesquisa original: CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira. **Retrocessos na política nacional de saúde mental e seus efeitos na rede de atenção psicossocial, no período de 2016 a 2020**. 2022. 272f. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial – MEPPSO) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Esta pesquisa examina as sérias alterações realizadas na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no período de 2016 a 2020. A análise foi realizada em três eixos, sendo o primeiro o estudo das normativas emanadas pelo governo federal e documentos públicos, incluindo os que compõem a série de modificações que constituem o objeto e os que a ela se opõem, emitidos por instâncias dos poderes executivo, legislativo e judiciário; o segundo, o estudo de percepção dos atores-chave afetados pelo conjunto de alterações na PNSM e o terceiro, o estudo de dados do Ministério da Saúde relativos à constituição da rede de saúde mental do Sistema Único de Saúde e seu financiamento. Os documentos normativos que compõem o conjunto de 'reorientações' da Política foram avaliados sob o referencial da Reforma Psiquiátrica Brasileira e de seus fundamentos, apontando que as mudanças implementadas seguem na direção oposta à mesma, pois incentivam a internação psiquiátrica e o financiamento de comunidades terapêuticas, além de excluírem o debate democrático necessário para se constituírem. Desta forma, o processo estudado se caracteriza enquanto tentativa de desmonte da PNSM, embora esta seja amparada pelas quatro Conferências de Saúde Mental já realizadas, pela legislação nacional e internacional, e pelo posicionamento público de usuários, profissionais, gestores e pesquisadores da saúde mental. Os resultados apontam retrocessos ao cuidado no campo da atenção psicossocial, incluindo diminuição de recursos para assistência em saúde mental de base comunitária. Observou-se de forma ainda mais contundente efeitos subjetivos capazes de determinar atitudes defensivas entre os afetados pelo processo. Este estudo intenta contribuir para a compreensão de como tais mudanças vêm sendo executadas e seus conteúdos. Assim, pretende ampliar o debate sobre as formas de resistência à desconstrução da Política Nacional de Saúde Mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política de Saúde; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde; Financiamento dos Sistemas de Saúde; Serviços de Saúde Mental.

This research examines the serious changes made in the Brazilian National Mental Health Policy in the period between 2016 and 2020. The analysis was carried out in three axes: the first, study of the norms issued by the federal government and documents of a public nature, including those that integrate the series of modifications that constitute the research object and those which make opposition to that, issued by the executive, legislative and judicial branches; the second one, a perception study with the stakeholders affected by the Mental Health Policy alterations; and the third one consists of a study of data from the Brazilian Ministry of Health regarding the mental health network of the Unified Health System and its financing. The normative documents that make up a set of 'reorientations' of the Policy were evaluated from the perspective of the Brazilian Psychiatric Reform and its grounds, indicating that the implemented alterations lead to an opposite direction, considering it encourages psychiatric hospitalization and the financing of therapeutic communities in addition to excluding the democratic debate which is necessary to its own constitution. Thus, the studied process characterizes as an attempt of crumbling the National Mental Health Policy, although it is supported by the four held Mental Health Conferences, by national and international legislation, and by the public stance of mental health users, professionals, managers and researchers. The results indicate setbacks in the psychosocial attention field, including decrease of resources for community-based mental health care. Subjective effects capable of determining defensive attitudes among those affected by the process were even more strikingly observed. This study aims to contribute to a better understanding of how these changes are being executed and their contents. Therefore, it intends to broaden the debate on the forms of resistance to the dismantling of the National Mental Health Policy.

**KEYWORDS:** Health Policy; Mental Health; Unified Health System; Health Financing; Mental Health Facilities.

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO .....</b>	<b>5</b>
FASES DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA.....	7
FASE LATENTE-IDEOLÓGICA .....	7
FASE OPERACIONAL-DISSIMULADA.....	11
FASE DA RUPTURA ABERTA.....	14
<b>3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>17</b>
BUSCA NAS BASES CIENTÍFICAS .....	17
DEMAIS FONTES .....	19
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO E JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>21</b>
ESTUDO DOCUMENTAL DE DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS.....	22
LEVANTAMENTO DE DADOS DE GESTÃO .....	22
ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO DOS ATORES-CHAVE .....	23
<b>5. ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>26</b>
O DESMONTE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	26
O DESMONTE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL EM 2019 E 2020 .....	43
ANÁLISE DOCUMENTAL REFERENTE AO PERÍODO DE 2021 A 2022 .....	49
ESTUDO DE PERCEPÇÃO DOS ATORES-CHAVE (SWOT-ANALYSIS).....	58
ESTUDO DE DADOS DE GESTÃO .....	106
<b>6. CADASTRO NACIONAL DE ASSOCIAÇÕES E COLETIVOS DE USUÁRIOS E OU FAMILIARES – PRODUTO TÉCNICO .....</b>	<b>123</b>
PROTAGONISMO DOS USUÁRIOS.....	123
ASSEMBLEIAS DE USUÁRIOS .....	125
CONTROLE SOCIAL .....	127
ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS E FAMILIARES .....	131
IMPLEMENTAÇÃO E ESTRUTURA .....	132
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>135</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>137</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>154</b>
CADASTRO NACIONAL DE ASSOCIAÇÕES E COLETIVOS DE USUÁRIOS E/OU FAMILIARES DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL - VERSÃO DEZEMBRO DE 2022 .....	154
<b>ANEXOS.....</b>	<b>170</b>
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE .....	170
ANEXO B - QUADROS CONSOLIDADOS COM AS RESPOSTAS DOS ESTADOS .....	171
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	175
ANEXO D – IMAGENS CITADAS DOS RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE .....	178
ANEXO E - LISTA DE SIGLAS .....	180
<b>SOBRE OS AUTORES .....</b>	<b>184</b>
<b>POSFÁCIO .....</b>	<b>185</b>

# 1. INTRODUÇÃO

Kabum! Corre que lá vem tempestade! Protejam as crianças, fechem as janelas e coloquem barreiras de proteção! O tempo fechou e temos todos os sinais de uma grande tormenta! Sabemos a sua direção, mas não o seu tamanho, a velocidade de seus ventos, se o volume de água será suficiente para inundar as ruas, onde exatamente cairão seus raios, quais serão os estragos materiais... Haverá vítimas? Quantas? Onde? Na verdade, não temos nem certeza absoluta de que vai mesmo chover, mas a previsão oficial é cataclísmica!

A abertura deste livro de modo metafórico tem funções específicas, que começam por buscar arrefecer a dureza do texto necessária ao tema. Ela também funciona como um lembrete das consequências humanas das decisões políticas, legislativas e administrativas, além de começar a apontar o caráter da metodologia adotada, centrada naqueles que são atingidos pelos atos governamentais. Neste sentido, faz-se necessário apontar a relação dos autores com o tema da pesquisa e com o objeto do estudo, enquanto profissionais, pesquisadores e gestores no campo da atenção psicossocial implicados com os referenciais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da Atenção Psicossocial.

Trata-se de pesquisa desenvolvida no Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), da UFRJ, como dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, aqui adaptada em formato de livro.

Em janeiro de 2018, em uma assembleia com usuários e familiares do CAPS Betinho, em Macaé-RJ, a equipe técnica da unidade decidiu, em conjunto, abordar o tema das mudanças que acabavam de ocorrer na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)<sup>1</sup>. Afinal, compreendiam que tal processo apontava para possíveis consequências diretas no cotidiano, seja o dos usuários, familiares ou dos profissionais da rede de saúde mental.

Diante das informações trazidas pela equipe surgiram então, especificamente pelos usuários, diversos questionamentos como: O CAPS vai acabar? Seremos internados de novo? Não teremos mais nenhum material de oficina? Como fica o processo de mudança de tipologia para CAPS III que está acontecendo agora? Quem está realizando estas mudanças? Por quê? A lei 10.216 foi revogada? Ela será revogada? O ministro da saúde tem este poder? Como um governo consegue fazer mudanças tão radicais tão rapidamente?

Naquela ocasião estas perguntas foram respondidas conforme o possível com as informações disponíveis. No entanto estas respostas eram um tanto limitadas, assim como certezas. Estava claro que a postura do Ministério da Saúde (MS) apontava para um aumento do investimento em estruturas asilares e diminuição do financiamento de serviços

---

1. Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14 de dezembro de 2017 e Portaria MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017.

de saúde mental de base territorial. Mas de que ordem? De que forma? Utilizando-se de quais mecanismos legais? Qual a extensão das mudanças? A verdade é que ainda não se sabia.

Então, outros profissionais da rede foram contatados a fim de compreender melhor o que estava acontecendo. Esta primeira exploração foi realizada entre os profissionais de Macaé, além de profissionais, professores e universitários, usuários e familiares do Núcleo Regional da Luta Antimanicomial, formado pelos municípios de Macaé, de Rio das Ostras e de Casimiro de Abreu, todos no estado do Rio de Janeiro. Ficou evidente a lacuna de informação acerca das mudanças em curso, pois embora houvesse conhecimento e preocupação geral, as dúvidas dos usuários do CAPS Betinho eram as dúvidas de todos!

No período de dezembro de 2017 a agosto de 2023 foram editados cerca<sup>2</sup> de vinte e três documentos normativos dentre portarias, resoluções, decretos e editais que formam o que a Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, publicada em 4 de fevereiro de 2019, veio chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”<sup>3</sup>, caracterizada pelo incentivo à internação psiquiátrica e pela separação da saúde mental da agora denominada “Política Nacional Sobre Drogas”, com grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista/punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (SAS, 2019, p.6).

Conforme apontado pela Defensoria Pública da União (DPU, 2019), este conjunto de mudanças na PNSM contraria as leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (promulgado no Brasil pelo Decreto n. 592/1992), além de recomendações específicas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (CNS, 2018) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) (CNDH, 2019), que indicam a revogação destes atos contrários às diretrizes da reforma psiquiátrica e à legislação brasileira. Esta “nova” política vem sendo contundentemente questionada por diversas entidades – conselhos profissionais de Psicologia (2017) e Enfermagem (2017), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (ABRASCO, 2017) Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) (ABRASME, 2019), dentre outras, e pesquisadores do campo da saúde mental (GULJOR *et al*, 2019), assim como pela Defensoria Pública da União (DPU), o Ministério Público (MP) (MNPCT; MPF; PFDC; CNDH, 2017) e parlamentares (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019a, 2019b, 2020a, 2020b). Lima (2019), em editorial para a revista **Physis**, chega a utilizar o termo “Contra-reforma psiquiátrica” ao abordar este processo.

---

2. Não há um conjunto oficial destes atos. Estes 23 foram os documentos considerados e avaliados nesta pesquisa, de forma que a concepção do que seria o total deles pode variar de acordo com a fonte.

3. Este termo não será utilizado aqui, por entender que não há novidade no que está sendo implementado, e que a legitimidade deste conjunto de alterações na PNSM vem sendo amplamente questionada, conforme descrito ao longo do livro.

Dada a seriedade dos possíveis impactos desta mudança na PNSM na assistência das Redes de Atenção Psicossocial em todo o Brasil, foi importante realizar e publicar as análises da mesma o mais rápido possível, a fim de instrumentalizar os debates sobre o tema. Destarte, questionou-se: como se pode avaliar o impacto deste conjunto de alterações na PNSM na qualidade do cuidado ofertado pela rede? Como as mudanças na política nacional de saúde mental afetam a assistência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)? Ainda além, considerando o posicionamento dos profissionais, órgãos de classe, conselhos e pesquisadores, contrários às mudanças, estaria a rede em desacordo com as atuais diretrizes do governo federal? Se assim for, como se dará o funcionamento da rede nestas condições? Como todos os afetados irão reagir ao que os atores aqui citados consideram um retrocesso ímpar ao processo de Reforma Psiquiátrica?

A partir destas indagações, formulou-se a seguinte questão de pesquisa:

**Quais efeitos das alterações na PNSM nas Redes de Atenção Psicossocial podem ser observados até o momento?**

Era imperioso refletir sobre o alcance dessas modificações e os impasses que serão produzidos a partir das mesmas, considerando que tais mudanças na PNSM rompem com a orientação ética, clínica e política que tem sido mais aceita no campo da saúde mental no Brasil, pautada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Assim, o objetivo geral desta pesquisa é analisar, junto aos atores das RAPS e em documentos governamentais, efeitos produzidos nestas redes pelas mudanças implementadas pelas recentes alterações na Política Nacional de Saúde Mental.

Os objetivos específicos são:

- Analisar a estrutura documental normativa do conjunto de mudanças na PNSM;
- Relacionar dados de gestão possivelmente afetados pelas mudanças na PNSM nas RAPS;
- Realizar um estudo da percepção (*SWOT<sup>4</sup>Analysis*) dos atores que compõem as RAPS, em todo o território nacional, acerca das mudanças na PNSM;

O trabalho de busca ativa pelas associações de usuários e familiares do campo da saúde mental, realizado para o estudo de percepção, desdobrou-se em um cadastro público das mesmas, apresentado aqui como produto técnico desta pesquisa. Este processo é descrito no capítulo 5 e a versão de dezembro de 2022 do cadastro está disponível nos apêndices.

---

4. Acrônimo para “*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*”, ou seja: Pontos Fortes, Fragilidades, Oportunidades e Ameaças. (DELGADO *et al.* 2015)

O presente estudo visa avaliar tais mudanças não apenas no campo teórico, mas buscando compreender como elas afetarão a assistência das RAPS, pesquisando junto aos usuários, familiares e profissionais da rede e gerando acesso à informação para todos os envolvidos.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO

O campo da saúde mental no Brasil é marcado por um grande divisor de águas: a Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>1</sup>. A partir da constatação de inúmeras situações de maus tratos e de tortura nos hospitais psiquiátricos, e da percepção de que o tratamento de características manicomial em nada contribuía para a vida dos pacientes, os profissionais de saúde mental e, em seguida, usuários e familiares se organizaram para produzir uma mudança radical na forma de lidar com a loucura. Houve resistência, mas com a implantação do SUS e uma intensa participação social, aos poucos os ideais de transformação da assistência foram, de fato, se instituindo enquanto política pública.

Em 2015, Delgado afirmava que:

O processo de substituição do modelo asilar pela atenção comunitária em saúde mental no Brasil vem sendo reconhecido como uma experiência exemplar, tanto pelos avanços alcançados, como pelos complexos desafios que o próprio processo de mudança de modelo vem impondo ao país (...) Este processo, calcado na defesa dos direitos humanos, tem como eixo organizador a desinstitucionalização, compreendida como uma ação complexa, que envolve não apenas a retirada dos usuários dos hospitais, mas, fundamentalmente, a construção de um cuidado comunitário efetivo, contínuo e qualificado para todos os que necessitem de atenção e tratamento em saúde mental. (SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2015, p.6-7).

A partir da promulgação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica, assim como da Lei nº 10.708/2003, que instituiu o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa de Volta Para Casa), tivemos um período de estabelecimento do processo de Reforma Psiquiátrica enquanto política pública de saúde mental, como podemos observar também nas portarias ministeriais nº 336 (BRASIL, 2002b), que estabelece as modalidades, normas e diretrizes dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; na portaria 189 (BRASIL, 2002a), que vem estabelecer os procedimentos para financiamento dos CAPS pelo Sistema Único de Saúde (SUS); e na Portaria MS/GM 3088 (BRASIL, 2011a), que desenha o modelo da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, dentre outras. Todo este processo é fruto de muita construção coletiva, com amplo debate democrático em quatro conferências de saúde mental, realizadas em 1987 (BRASIL, 1988), 1992 (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, 1994), 2001 (CNS, 2002) e 2010 (CNS, 2010), em acordo com as Leis nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142 (BRASIL, 1990b).

Assim, podemos dizer que houve, de fato, uma reorientação do modelo assistencial de saúde mental no Brasil. Um bom indicador para demonstrar isso é o dado de que em

1. Outros países tiveram processos similares com nomes, características e períodos diferentes, mas sempre na lógica de acabar como a hegemonia dos tratamentos de características mais asilares.

20 anos o “orçamento destinado aos aparatos asilares diminuiu de 95% do total de gastos com saúde mental para menos de 30%, ao passo que o financiamento da rede substitutiva alcançou um patamar 15 vezes maior” (SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2015, p. 8).

Vasconcelos (2016, p.39-42) sistematiza a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira em 4 fases:

- a 1º, 1978 a 1992 com as denúncias relativas aos manicômios e a emergência dos primeiros movimentos em oposição aos mesmos;
- a 2º, de 1992 a 2001, que representa a “mobilização e conquista da hegemonia política do modelo de desinstitucionalização”;
- a 3º, de 2001 a 2010, marcada pela aprovação da legislação da reforma psiquiátrica e pela expansão da rede substitutiva;
- a 4º, a partir de 2010, caracterizada por uma escalada de retrocessos gerados pelas políticas neoliberais com desinvestimento nas políticas sociais, particularmente do SUS, com efeitos nocivos para a reforma psiquiátrica.

No Brasil, só vislumbramos tais políticas sociais muito tardiamente, no fim da década de 1980. Elas ficaram profundamente prejudicadas com a crise econômica mundial iniciada em 2008. Neste último período, no campo da saúde mental no Brasil, houve avanços significativos no campo legal, na diversificação da agenda e na ampliação da rede, mas com notáveis prejuízos nas relações trabalhistas, que se refletiram nos serviços, além de uma onda de internações em comunidades terapêuticas. (VASCONCELOS, 2016, p. 59-61) Vasconcelos escreveu texto citado acima em março de 2016, bem no início do período estudado nesta pesquisa. O processo que ocorreu a partir de então, objeto de nosso estudo, representa uma ruptura de tal ordem que podemos conjecturar que estes fatos podem vir a constituir uma 5º fase nas próximas publicações do autor.

Os conceitos de Política de Governo e de Política de Estado também são importantes para a compreensão do campo da Atenção Psicossocial e das mudanças estudadas.

Considera-se que políticas de governo são aquelas que o Executivo decide num processo elementar de formulação e implementação de determinadas medidas e programas, visando responder às demandas da agenda política interna, ainda que envolvam escolhas complexas. Já as políticas de Estado são aquelas que envolvem mais de uma agência do Estado, passando em geral pelo Parlamento ou por instâncias diversas de discussão, resultando em mudanças de outras normas ou disposições preexistentes, com incidência em setores mais amplos da sociedade. (OLIVEIRA, 2011, p. 329).

Fleury (2003, p.154) situa especificamente o campo da saúde nestes conceitos, colocando que “a política de saúde tem atravessado governos de diferentes partidos e

ideologias e se mantido incólume na busca da construção de um sistema universal e democrático de saúde. Ela já não é mais uma política de governo, é uma política de Estado”.

Partindo do histórico apresentado acima e da conceituação pautada nas obras de Dalila de Oliveira e de Sônia Fleury, podemos considerar que as políticas de saúde mental se encontram amparadas pelo conceito de Política de Estado, embora venham sendo tratadas como se fossem Políticas de Governo no recente processo de mudanças.

## FASES DA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao analisar os atos normativos observamos que este período de mudanças pode ser dividido em três fases, marcadas por eventos determinantes. Com isso podemos nos referir ao período considerando a totalidade dos acontecimentos ou parte deles, facilitando descrevê-los conforme a necessidade, mas sem perder a noção de todo o processo. Assim, propomos a seguinte divisão e nomeação das mesmas:

1. Fase latente-ideológica. A partir de 11 de dezembro de 2015, com a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para exercer o cargo de Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Ministério da Saúde. Esta fase, iniciada com um rompimento simbólico com a orientação clínica e política da PNSM, é caracterizada por se constituir como um conjunto de movimentações e negociações que apontam para uma intenção do que estava por vir, mas ainda sem nenhuma mudança prática na PNSM.
2. Fase operacional-dissimulada. A partir de 14 de dezembro de 2017, com a resolução 32 da CIT e as outras normativas publicadas em seguida. Esta fase se caracteriza pela implantação das portarias, resoluções, editais e afins que, objetivamente, alteram a PNSM, descaracterizando-a. No entanto, mesmo sendo este o objetivo das mudanças, durante esta fase o governo sempre se utilizou de um discurso que buscava dar a impressão de continuidade com o modelo vigente, ou de aprimoramento do mesmo.
3. Fase da ruptura aberta. A partir de 4 de fevereiro de 2019, com a publicação da Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que rompe abertamente com o modelo do cuidado em liberdade, separa a política sobre drogas da saúde mental e continua a implementar normativas de alterações profundas da PNSM, incluindo um decreto presidencial e a aprovação de uma lei.

## FASE LATENTE-IDEOLÓGICA

Marcada pela aproximação de um grupo de psiquiatras antirreformistas com o governo federal, planejando e começando a anunciar uma mudança radical na PNSM. Neste período ocorreram discursos e atos simbólicos que prepararam o terreno para os atos normativos que se iniciam na próxima fase da contrarreforma psiquiátrica.

Em razão do período das mudanças apontado se iniciar ainda no último governo que mantinha a orientação da PNSM estabelecida no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é necessário contextualizar como se deram as nomeações dos gestores que engendraram tais alterações, assim como a relação destes acontecimentos com o golpe de 2016. Em 2015, a presidente em exercício ainda era Dilma Rouseff. No entanto, o processo de *impeachment* que sofreu foi recebido pela Câmara dos Deputados em 17 de setembro de 2015 (NOBRE, 2015). Assim, em outubro do mesmo ano, a presidenta já enfrentava as negociações necessárias para tentar permanecer no cargo, o que a levou a nomear em 2 de outubro de 2015 o então deputado federal pelo PMDB, Marcelo Castro, para o cargo de Ministro da Saúde, “indicado pela bancada do PMDB na Câmara para assumir a pasta, chefiada anteriormente pelo petista Arthur Chioro (...) [para] assegurar apoio do PMDB às matérias de interesse do governo nas votações no Congresso Nacional”. (G1, 2015) No dia 2 de dezembro do mesmo ano foi aceito pela presidência da câmara dos deputados o processo de *impeachment* (CUNHA, 2015). E assim Castro nomeou, através da portaria MS nº 2.043 de 11 de dezembro de 2015, Valencius Wurch Duarte Filho para exercer o cargo de Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2015).

Esta nomeação foi recebida com revolta por parcela significativa dos profissionais, usuários e pesquisadores de saúde mental, gerando uma grande mobilização que ocupou o gabinete da coordenação nacional de saúde mental no período de 15 de dezembro de 2015 a 15 de abril de 2016. Os motivos para tal reação foram seu posicionamento contrário ao projeto de lei da reforma psiquiátrica e o fato de Valencius ter sido diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, apontado como o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina e considerado manicomial, com graves violações a direitos humanos constatadas em fiscalizações. Ele foi exonerado do cargo menos de um mês após o término da ocupação (ABRASCO, 2015; CHAVES, 2018).

Este evento pode ser considerado como uma abertura simbólica do período de mudanças na PNSM. O caráter ideológico caracteriza esta fase, que produziu poucas mudanças práticas, mas deixou clara a disposição do governo que se instalava em se contrapor ao referencial técnico e ético construído a partir da reforma psiquiátrica.

Todo este período foi marcado pela instabilidade política que culminou no afastamento da presidenta Dilma Rouseff, aqui compreendido como um golpe de Estado. Este foi amparado por ampla campanha midiática alimentada pelo *lawfare*, que mobilizou apoio popular para depor a presidenta. O motivo apresentado como crime de responsabilidade constituía prática corrente na administração pública, nunca antes criminalizada, e oficialmente legalizada em seguida ao *impeachment* através da Lei nº 13.332/2016. O governo provisório que se seguiu imediatamente implementou uma agenda governamental

oposta à plataforma vencedora no pleito eleitoral. Desta forma, este processo deve ser caracterizando como golpe de Estado. (SOUSA, 2021; OLIVEIRA, 2017).

Desta nova agenda, merece destaque a Emenda Constitucional n. 95 (BRASIL, 2016a), melhor descrita adiante, que trouxe importantes efeitos deletérios para todas as políticas sociais, inclusive para a saúde.

Ainda nesta fase, em outubro de 2016, o MS publicou a Portaria nº 1.482, que inclui as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), abrindo caminho para o financiamento dessas instituições com o orçamento da saúde (BRASIL, 2016b). Em contraposição, o CNS publicou em setembro de 2017 a Recomendação 043, no sentido de revisar a Portaria MS nº 1.482/2016, retirando as menções às comunidades terapêuticas pois estas “não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde e nem tampouco incluídas no cadastro do CNES” (BRASIL, 2017g).

Entre os dois eventos lembrados no parágrafo anterior, em abril de 2017 a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM), emitiu o Ofício nº 068/17/ABP/SEC, que traz muitas das ideias que fundamentaram as alterações na PNSM, afirmando que:

Desde 2001, o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Nacional de Saúde Mental, vem induzindo e fomentando o descumprimento da Lei Federal 10.216/2001, através de distorções da “letra da Lei”, de forma propositada, por meio de: documentos oficiais do Ministério da Saúde (portarias); de incursões a todos os gestores de saúde; de informações inverídicas passadas às autoridades judiciais, operadores do direito e principalmente à mídia; por meio de palestras, cursos e publicitando em seu site que a Lei Federal 10.216/2001 proibiria internações psiquiátricas e determinaria o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos Especializados, o que não é verdade, subtraindo o direito à melhor assistência garantida por Lei ao portador de transtorno mental em seu momento mais delicado, que é o do surto. (...) que todo cidadão tem de ser internado, sempre que necessário, em Serviços Psiquiátricos Especializados (...) O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e demais instituições que assinam este documento recomendam: (...) “Que todas as Portarias do Ministério da Saúde irregulares, no que tange à inobservância e/ou supressão das garantias e direitos elencados e assegurados pela Lei Federal 10.216/2001, sejam corrigidas e complementadas. (...) Que a Política Nacional de Saúde Mental seja revista e direcionada para um modelo estruturado com base em uma Rede Integral de Tratamento, nos mais diversos níveis de complexidade (...) Que seja revisto o financiamento de toda área da Saúde Mental (ABP, 2017, p.2-6).

Toda a argumentação da ABP/CFM parte da premissa inverossímil de que o arcabouço normativo implementado pelo Ministério da Saúde para colocar em prática a Reforma Psiquiátrica Brasileira seria ilegal por ferir justamente a Lei n.10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou ainda Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001). Cabe

lembrar que, conforme nos aponta Vasconcelos, a ABP costumava apoiar a Reforma Psiquiátrica até os anos 2000, quando muda de posição impulsionada pela psiquiatria mais biomédica, seguindo uma tendência mundial de valorização dos fármacos, novos exames e da neuroquímica (VASCONCELOS, 2016, p. 211).

Martins (2020, p.222) faz uma descrição detalhada do processo de tramitação da Lei nº 10.216 que aponta que, em sua proposição original, o Projeto de Lei nº 3.657/89, tinha por “diretriz inicial ‘a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos, em todo o território nacional, bem como a contratação ou financiamento, pelo setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico”. O autor descreve como esta proposta inicial foi sendo menos radicalizada ao longo da tramitação no Congresso Nacional – embora já fosse de início, cuidadosa e até conservadora – muito em decorrência do *lobby* dos donos de hospitais psiquiátricos, representados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que lucravam diretamente com a banalização das internações psiquiátricas (*ibid*).

Ao examinar a Lei nº 10.216 quanto a esta discussão, vemos que ela estabelece, no artigo 4º, como direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; (...) ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (artigo 2º) A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. (...) É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (BRASIL, 2001).

Embora os termos da lei não determinem o fechamento dos leitos em si, fica clara a intenção de limitar a utilização dos mesmos. Nas palavras de Martins, sobre a Lei nº 10.216: “Pode-se inferir, a partir da interpretação jurídica da Lei da Reforma Psiquiátrica que seu objetivo precípua foi o desejo de eliminar o sistema hospitalocêntrico do tratamento psiquiátrico, em razão da utilização de recursos dos Centros de Atenção Psicossocial” (MARTINS, 2020, p. 364).

Em agosto de 2017, em apresentação disponível no site do Ministério da Saúde, o então coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Quirino Cordeiro Jr., fez uma série de afirmações que são um verdadeiro preâmbulo das normativas que seriam publicadas em dezembro, anunciando a “Suspensão da Expansão dos Programas” e a “Constituição de um grupo de pesquisadores externos para avaliação dos Programas e proposição de ações futuras” (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E

OUTRAS DROGAS, 2017, p. 46). Este é exatamente o direcionamento das normativas que começaram a ser publicadas pelo MS em dezembro do mesmo ano.

## **FASE OPERACIONAL-DISSIMULADA**

Caracterizada pela realização dos primeiros e principais atos normativos que buscavam desmontar a PNSM. O discurso durante este período era de continuidade com a política estabelecida, apesar das ações concretas demonstrarem o contrário.

No dia 14 de dezembro de 2017, sob o governo de Michel Temer, a CIT, formada por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, reuniu-se para aprovar a Resolução MS/CIT n. 32 (CIT, 2017). Ela traz uma composição diferente para a RAPS, inclusive em sua orientação clínica, incluindo, dentre outros dispositivos questionáveis, o hospital psiquiátrico como parte da mesma. Esta e as demais normativas serão analisadas no capítulo 5, mas aqui já devemos assinalar que a Resolução n. 32 afirma se pautar pela lei da reforma psiquiátrica quando, na realidade, aponta na direção contrária dela, incentivando os tratamentos de caráter asilar.

Esta referência à Lei nº 10.216 coaduna com a orientação dada pela ABP (ABP, 2017), embora não a cite diretamente. A afirmação de que estas alterações atendem à citada lei é amplamente refutada, afirmando-se, na verdade, que a resolução 32, e as demais normativas que derivam dela, ferem diretamente a Lei nº 10.216 (CNS, 2018, 2019, 2020; CNDH, 2019, 2020; DPU, 2019)

Da mesma forma que a tentativa de fundamentar as alterações implementadas pela Resolução nº 32 da CIT na Lei nº 10.216, devemos observar seu artigo 5º, que diz: “Vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária” (CIT, 2017, n.p.). No mesmo dia da reunião da CIT em que foi discutida e elaborada a Resolução nº 32, precisamente às 9:28 da manhã<sup>2</sup>, o site do Ministério da Saúde publicou notícia sobre a mesma com a manchete: “Saúde Mental Veta Ampliação de Leitos Psiquiátricos em Hospitais Especializados e Amplia Rede de Atenção” (BRASIL, 2017f), conforme imagem abaixo.

---

2. A referência ao horário da notícia pode inferir que não houve tempo suficiente para debater a matéria antes de decidir sobre a aprovação do texto.



Figura 1: Site do Ministério da Saúde em 14 de dezembro de 2017

Fonte: Brasil, 2017.

É preciso esclarecer o conceito de “capacidade instalada” aqui empregado, que diz respeito à “capacidade dos leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão” (SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2002, p. 23). Assim, os leitos desativados no processo de avaliação realizado pelo MS, nos últimos anos, poderiam ser reativados, caso ainda existam fisicamente e estivessem cadastrados no CNES em dezembro de 2017. Consultando o CNES, utilizando o sistema TABNET/DATASUS, é possível verificar que, no mês de referência para a Resolução nº 32, havia 34.249 leitos psiquiátricos em todo o Brasil, que constavam como “recursos físicos / leitos de internação”. No mesmo mês, o Painel Saúde Mental aponta que haviam 17.559 leitos psiquiátricos ativos financiados pelo SUS, hoje são 13.929 leitos (WEBER, 2021, p. 41). Assim, a normativa que é noticiada como um “veto à ampliação de leitos psiquiátricos”, na verdade permitia a reativação de 16.690 leitos quando foi editada, hoje permite que 20.320 leitos desativados por falta de qualidade assistencial voltem a ser utilizados. Se todos estes forem reativados, teremos mais do que o dobro da capacidade atual de leitos psiquiátricos e não um “veto à ampliação” dos mesmos.

Com isso, fica claro que o discurso utilizado pelo MS para implementar e divulgar as mudanças na PNSM buscava dar uma intenção de continuidade com a política estabelecida, pautada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, embora um olhar

mais atento torne patente a incongruência deste posicionamento com o caráter real das mudanças implementadas.

Em 2011, a Portaria GM/MS nº 3088, em seu artigo 2º havia instituído o desenho da RAPS e estabelecia diretrizes específicas para o seu funcionamento, pautadas no

(...) Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas (...) na atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas (...); na diversificação das estratégias de cuidado; (...) no desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; (...) na ênfase em serviços de base territorial e comunitária (...); na organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (...) e no desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011a, n.p.).

A Resolução n. 32 da CIT vem justamente “Pactuar diretrizes clínicas para linhas de cuidado na RAPS” (CIT, 2017 p.1), mas sem definir exatamente quais seriam estas novas diretrizes nem como elas seriam diferentes do que a PNSM já estabelecia.

Outros aspectos da Resolução nº 32 dizem respeito ao aumento do valor pago às internações psiquiátricas em hospitais especializados e o apoio declarado às Comunidades Terapêuticas. (idem, art. 11º, p. 2).

Segundo a ABRASCO (2017), o orçamento previsto para financiar comunidades terapêuticas em 2017 é da ordem de 240 milhões de reais por ano, enquanto os recursos destinados à expansão de todos os demais dispositivos da rede somam apenas 32 milhões de reais por ano – o que parece apontar para um resgate das práticas em saúde mental baseadas no modelo asilar, centradas nas internações como principal forma de tratar estas pessoas. O financiamento que aponta um volume muito maior para tratamentos em reclusão, como os hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, do que para todos os outros serviços da RAPS, é incompatível com as diretrizes da portaria 3088, listadas acima, e entra em conflito com a Lei nº 10.216, que estabelece, em seu artigo 2º, de forma similar à portaria, que:

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: “(...) VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. Em seu artigo 4º “Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001, n.p.).

Muitos profissionais de saúde, organizados por seus conselhos de classe, associações e outras formas de representação, se opuseram com veemência a estas mudanças, conforme pode ser observado a partir dos posicionamentos publicados pela

ABRASCO (2017), pelo Sistema de Conselhos de Psicologia (2018), pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2018) e em nota conjunta da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), do CNDH e do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) (MNPCT; MPF; PFDC; CNDH, 2017).

Uma semana depois da Resolução n. 32 da CIT, foi publicada a Portaria MS nº 3588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017c), estabelecendo alguns dos parâmetros que a resolução 32 mencionava mudar, mas não definia. Em seguida, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Recomendação nº 001, de 31 de janeiro de 2018, indicando a revogação da portaria apontando que a mesma

(...) Apresenta retrocessos à Política Nacional de Saúde Mental e propõe a desestruturação da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial, alterando, entre outros pontos: a) A inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de atenção Psicossocial (RAPS); b) O aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos; c) O não fechamento do leito com a desinstitucionalização do paciente crônico ferindo o disposto nas portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014; d) O aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%; e) O aumento do número mínimo de 4 para 8 leitos de saúde mental em hospital geral para recebimento de custeio; f) Exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral, como condicionante para recebimento de recursos de custeio; g) O retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais especializadas, quando as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda (CNS, 2018, p. 1-2).

## **FASE DA RUPTURA ABERTA**

Caracterizada pela mudança no discurso, que passa a assumir claramente a oposição à PNSM reformista, além de continuar implementando novos atos normativos do desmonte.

No dia 4 de fevereiro de 2019 foi publicada a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que imediatamente gerou uma grande repercussão, com notas de repúdio e posicionamentos em contrário à mesma sendo divulgados em todo o país, inclusive com cobertura da mídia, pois ela deixava clara a intenção de transformar o modelo assistencial vigente, apresentando-se como uma “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. (SAS, 2019, p. 6). Em seguida seu autor, Quirino Cordeiro, deixa a CGMAD para ser indicado como novo Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (GULJOR *et al* 2019, p.1).

Entretanto, é preciso lembrar que as mudanças na PNSM não foram feitas por esta nota técnica, e sim pelas portarias, resoluções e editais as quais a embasam. É relevante apontar que entre dezembro de 2017 até a publicação da nota, seus componentes

normativos foram publicados sob a argumentação de que estariam “fortalecendo a RAPS” e pautada na lei 10.216, por mais que o conteúdo dos mesmos apontasse para o contrário. A nota técnica 11 marca então uma mudança de discurso, na qual o governo assume, de fato, que se trata de um outro modelo, no qual “O Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (SAS, 2019, p.4). O texto questiona frontalmente a efetividade do modelo em vigor até 2017 e a direção de uma política pautada no cuidado comunitário, afirma a necessidade de aumento do número de leitos psiquiátricos e repudia a ideia de fechar hospitais.

Trata-se, portanto, de uma mudança radical no discurso do MS acerca da PNSM, que inaugura uma nova fase deste processo, inclusive dada a visibilidade que teve.

A nota “vai na direção contrária das recomendações de entidades internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS)”. E confirma o desmembramento da PNSM que deixa de incluir a recém denominada “Política Nacional Sobre Drogas”, de forma a “impedir que os princípios que regem a atenção psicossocial, especialmente o cuidado realizado em liberdade (...) sejam igualmente aplicados aos usuários de álcool e outras drogas” (GULJOR *et al* 2019, p.1).

A partir disso, a DPU ajuizou a Ação Civil Pública de Ilegalidade, pelo Procedimento de Assistência Jurídica nº: 2017/001-08250 (DPU, 2019). Nela, a DPU aponta a ilegalidade deste processo de desmonte da PNSM:

A Resolução nº 32/2017 e a Portaria nº 3588/2017, implementadas pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, padecem de nulidade por não observarem os procedimentos previstos no art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142/90 e art. 14-A, I, da Lei nº 8.080/90, no que concerne à prévia aprovação pelos Conselhos de Saúde (DPU, 2019, p 10).

A ação ainda aponta outras falhas e mostra que a partir destes dois documentos normativos, todos os seguintes, pautados nos mesmos, também seriam “evados de nulidades” (*idem*, p. 3). Assim, a ação requer a tutela de urgência para suspender a eficácia de todas as normativas (as mesmas citadas pela recomendação 03 do CNDH).

A nota 11 reproduz o discurso do ofício 68 da ABP, já citado aqui ao descrever a primeira fase do processo de mudanças. Alguns trechos foram quase literalmente copiados – como exemplo, temos o trecho da nota 11: “o preconizado pelo próprio Ministério da Saúde seria de 0,45 por 1.000 habitantes (Portaria GM/ nº 3088/2011, usando como referência o postulado pela Portaria GM/MS nº 1101/2002) (SAS, 2019, p. 5.). Praticamente igual a “o próprio Ministério da Saúde preconiza 0,45 Leitos Psiquiátricos para cada 1.000 habitantes” (ABP, 2017, p. 3), demonstrando as origens do conteúdo apresentado na nota 11.

Acerca do parâmetro de leitos psiquiátricos citado nos dois documentos, cabe esclarecer que também não correspondem à realidade, pois a citada portaria 3.088 aponta como parâmetro de referência a necessidade de manter 1 leito psiquiátrico para cada 23 mil habitantes, e não 0,45 por 1.000 habitantes. (BRASIL, 2011a, n.p.). Existe uma referência à Portaria n. 1101, de 2002, na qual havia, de fato, o parâmetro de 0,45 leitos por 1000 habitantes, entretanto esta portaria já havia sido revogada e substituída pela portaria 1.631, de 1 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015a), que, por sua vez, aprova os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde - “Parâmetros SUS”. Neste documento, não há mais indicação de parâmetros de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, mas apenas o parâmetro de 1 leito para cada 23 mil habitantes em “LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL como Serviço Hospitalar de Referência (SHR)” (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2015 p. 119). Ainda que estivéssemos falando de leitos em hospitais psiquiátricos em hospitais especializados – o que seria muito diferente – ao converter este parâmetro para “leitos para cada 1000 habitantes”, temos a indicação de 0,043 leitos por 1000 habitantes, ou seja, dez vezes menos do que o que os dois documentos citados sustentam. A própria nota 11 informa que temos cerca de 0,1 leitos psiquiátricos por 1000 habitantes (SAS, 2019, p. 5). Portanto, ao adotar os parâmetros citados, ainda há indicação de fechar mais da metade destes leitos, e não déficit deles como defendem.

Foi neste campo de batalha entre visões tão diferentes sobre a saúde mental que se deu esta pesquisa, entendendo que a política estabelecida como fruto da luta antimanicomial estava sob um ataque frontal. Quais serão as repercussões disso para o cuidado das pessoas com transtornos mentais no Brasil?

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A produção de textos sobre os retrocessos na PNSM ainda é muito escassa, e tal esforço de reflexão é um processo vivo, que ainda está em curso. Novos documentos normativos dos que compõem o objeto deste estudo ainda podiam ser publicados ao longo de todo o período de realização da pesquisa. O material a ser analisado (portarias, resoluções, recomendações, leis, projetos, etc.) não se constitui, primordialmente, de literatura científica *strictu sensu*. Assim, o propósito da revisão de literatura desta pesquisa foi o de organizar e expor o que se tinha publicado sobre o tema, sem nenhuma pretensão de esgotá-lo e nem de trabalhar com buscas sistemáticas em bases específicas. As fontes a serem utilizadas foram coletadas de diversos modos, que serão descritos aqui, entendendo que não há como padronizar as buscas neste momento e que buscar fazê-lo poderia ter o efeito de deixar materiais importantes de fora. O objetivo deste levantamento é tentar reunir as primeiras produções acadêmicas sobre o assunto.

Deste modo, foi utilizada como referência a revisão narrativa de literatura, tal como descrita por Rother (2007), de caráter amplo, com foco no contexto e pautada na análise crítica pessoal do autor.

A revisão bibliográfica está dividida em 2 seções: busca nas bases científicas e demais fontes. As fontes que compõem o conjunto de documentos governamentais a serem analisados serão descritas no capítulo 3, enquanto objeto da pesquisa.

#### **BUSCA NAS BASES CIENTÍFICAS**

Conforme assinalado acima, era esperado encontrar pouco material científico sobre o tema. Para confirmar esta hipótese foram realizadas buscas de forma mais ampla possível, tentando encontrar pesquisas que abordassem o tema mesmo que tangencialmente. As buscas foram realizadas na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por sua abrangência em bases de dados referentes ao campo da saúde e por ser construída e coordenada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – BIREME (Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS / Organização Mundial de Saúde – OMS), o que a torna pertinente à temática pesquisada. Seu motor de pesquisa já inclui outras bases como LILACS, SCIELO e MEDLINE.

Como não havia quase nada publicado especificamente sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, a busca foi realizada pelo termo exato “Política Nacional de Saúde Mental” aplicado ao título, resumo e assunto, encontrando 63 resultados. Ao restringir a busca para textos completos disponíveis obtive 47. Ao restringir o período para a partir de 2015, quando as mudanças começaram a ser ensaiadas com a indicação

de Valencius Wurch Duarte Filho para exercer o cargo de Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2015b), restaram 15 textos. Destes, apenas 3 realmente versavam sobre a constituição da Política Nacional de Saúde Mental e nenhum deles abordava as mudanças ocorridas, que foram explicitadas pela nota técnica 11. Os demais artigos citavam a política Nacional de Saúde Mental como embasamento para as discussões específicas que abordavam. Um deles discutia a política de saúde mental da Colômbia. Dois deles apareciam repetidos por comporem mais de uma base de dados.

Este processo mostra que, de fato, uma busca sistemática não parece ser a melhor forma de abordar o assunto neste momento. Parte-se do princípio de que isso se deve ao fato do tema ser muito recente, a ponto de não haver pesquisas mais aprofundadas publicadas sobre o mesmo.

Os artigos levantados neste processo encontram-se listados e classificados no quadro analítico abaixo, ordenados por ordem alfabética do nome do primeiro autor.

	Título	Ano	Autores	Versa sobre a política de saúde mental ou apenas cita	Observação
1	Impacto do contexto de trabalho e da resiliência sobre o bem-estar no trabalho de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial	2016	Alves, Haiana Maria de Carvalho	Apenas cita	Dissertação de mestrado
2	Políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e de criança e adolescente no Legislativo	2017	Assis, Daniel Adolpho Daltin	Versa	
3	O desvelar de violações dos direitos humanos em serviços residenciais terapêuticos	2016	Bressan, Vania Regina	Apenas cita	Se repete na busca
4	Avaliação da estrutura física e de recursos humanos de um serviço de emergência psiquiátrica	2017	Buriola, Aline Aparecida	Apenas cita	Se repete na busca
5	Uncoordinated psychosocial network compromising the integrality of care	2017	Carvalho, Maria de Fátima Alves Aguiar	Apenas cita	
6	A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira	2017	Macedo, João Paulo	Versa	
7	<i>La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colômbia: reflexiones a propósito de lapropuesta de ajuste en 2014</i>	2018	Parales-Quenza, Carlos José	Apenas cita	Sobre outro país
8	(In)visibilidade da saúde mental no Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem	2018	Queiroz, Aline Macêdo de	Apenas cita	

9	Proposta intervencionista: o desafio da governança em saúde mental em uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte (MG)	2017	Ribeiro, Márcia Maria Rodrigues	Apenas cita	
10	Internações por transtornos do uso do álcool e outras drogas no estado de São Paulo	2017	Rosa, Tereza Etsuko da Costa	Apenas cita	
11	Concepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a Saúde Mental na Atenção Básica	2017	Silva, Denílson Gomes	Apenas cita	
12	Perfil dos usuários dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa	2018	Trevisan, Erika Renata	Apenas cita	
13	Influência dos modelos inovadores paulistas na Política Brasileira de Saúde Mental	2016	Vieira, Márcia do Nascimento	Versa	

Quadro 1- Artigos Levantados na Busca

Fonte: Dados da pesquisa

## DEMAIS FONTES

Considerando a escassez de material encontrado nas buscas descritas acima, foi preciso considerar outras formas de inclusão de bibliografia sobre o tema, provavelmente os primeiros que estão sendo publicados. Tais fontes foram sendo levantadas através de contatos diretos seja pela via acadêmica seja por profissionais das RAPS, além do acompanhamento direto e sistemático das notícias veiculadas pelo Ministério da Saúde, pela mídia, por órgãos de classe e por grupos que se mobilizaram a partir desta situação, assim como os congressos organizados pela ABRASME e pela ABRASCO.

Nesta perspectiva, foram levantados os seguintes textos que versavam de fato sobre as alterações na PNSM e não apareciam nas buscas realizadas a princípio. É muito provável que sejam as primeiras publicações científicas sobre o assunto. Estes serão apresentados a seguir na ordem em que foram submetidos para publicação.

Sousa e Jorge (2019) publicaram o artigo intitulado O Retorno da Centralidade do Hospital Psiquiátrico: Retrocessos Recentes na Política de Saúde Mental na revista Trabalho, Educação e Saúde, tendo submetido o mesmo em 12/02/2018. Trata-se de estudo sobre a contradição de existirem hospitais psiquiátricos operando ao mesmo tempo que uma rede substitutiva conforme definido pela Portaria MS nº 3.088 (BRASIL, 2011a). Para isso, os autores colheram dados com profissionais de um CAPS e de um hospital psiquiátrico entre agosto e outubro de 2017 – ou seja, antes da implementação das primeiras normativas que integram o conjunto de alterações na PNSM objeto deste estudo, que se iniciaram em dezembro de 2017. Ao analisar os dados, porém, os autores incluíram

a resolução 32 da CIT (CIT, 2017) inserindo seus achados de pesquisa no contexto que estava se colocando com as mudanças na PNSM.

Guimarães e Rosa (2019) publicaram o artigo intitulado *A Remanicomialização do Cuidado em Saúde Mental no Brasil no Período de 2010-2019: Análise de uma Conjuntura Antirreformista*, tendo submetido o texto em novembro de 2018 à revista *O Social em Questão*. Neste, os autores fizeram uma análise de todo o período mencionado, apontando o Decreto n. 7.179 de 2010 como início de uma fase de retrocessos da reforma psiquiátrica, que teria culminado com as mudanças na política do cenário atual. Importante registrar nossa discordância desta análise, uma vez que os eventos ocorridos entre 2010 e 2015, mesmo quando apontavam algum atrito para o processo de reforma, não representavam uma ruptura do mesmo, como colocada claramente em dezembro de 2017 com a resolução 32 da CIT (CIT, 2017), a Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017b) e a Portaria Interministerial nº 2 (BRASIL, 2017a).

Correia, Martins e Requião (2019) publicaram o artigo intitulado *À Beira Do Abismo e ao Encontro do Absurdo: Considerações Sociojurídicas Sobre a Nota Técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde*, submetido em 27/2/2019 à *Revista Jurídica (FURB)*. Este artigo se debruçou sobre os aspectos legais das mudanças na PNSM, apontando inclusive suas inconstitucionalidades.

Além desses artigos, foram publicados editoriais especificamente sobre o tema na revista *Physis* (LIMA 2019) e na *Trabalho, Educação e Saúde* (DELGADO, 2019a), respectivamente em abril e maio de 2019. Ambos chamavam atenção para o tema e apontavam a necessidade de organização de resistência ao retrocesso na política de saúde mental.

## 4. PERCURSO METODOLÓGICO E JUSTIFICATIVA

As mudanças na PNSM afetam diretamente a vida de usuários, seus familiares e profissionais do campo da atenção psicossocial. A falta de informação sobre suas implicações gera ansiedade e incertezas para essas pessoas – a extensão destas ações ainda não é conhecida, mas pode ter proporções catastróficas na vida de alguém que terá um tratamento asilar ao invés de ter um acompanhamento comunitário. Assim, compreender a natureza, as motivações e, principalmente, o impacto de tais mudanças na assistência é essencial para quem é cuidado, para quem cuida e para quem pesquisa sobre esta clínica.

Este estudo encontra-se em consonância com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, pois se relaciona diretamente com seus itens “2.2.1 Indicadores de saúde mental; (...) 2.3.1, Estudos sobre as políticas públicas de saúde mental; (...) e 2.3.15 Estudos para identificação de políticas e programas que favoreçam a desospitalização dos doentes mentais” (SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS, 2015, p. 11).

Esta pesquisa, de abrangência nacional, foi realizada tomando por base uma abordagem qualitativa, pois mesmo se utilizando de um conjunto considerável de dados objetivos e quantificados, sua questão, seus objetivos, a maleabilidade de procedimentos metodológicos, sua amostra (perfil, tamanho e seleção), bem como a relação do pesquisador com o tema, a caracterizam como tal, conforme os critérios apontados por Turato (2005).

O método de pesquisa foi elaborado visando atender à resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do CNS (CNS, 2013) no que tange aos aspectos éticos para pesquisas com seres humanos em todas as suas fases. O material a ser analisado compõe-se essencialmente, de documentos e informações de caráter público. Os sujeitos convidados a responder um questionário também exercem função que de alguma forma podem ser caracterizados como públicos (gestores, representantes de associações e pesquisadores), e o sigilo de suas identidades está resguardado. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as diretrizes contidas na Resolução CNS nº 466/2012, MS (CNS, 2013), disponível nos apêndices.

O projeto de pesquisa foi aprovado no parecer Osubstanciado do CEP nº 4.296.394 em 24 de setembro de 2020, vide anexos.

O processo de coleta dos dados foi realizado a partir de três componentes: estudo dos documentos governamentais, levantamento de dados de gestão sobre a constituição das RAPS antes e durante o período de mudanças na PNSM e um estudo da percepção de pessoas representativas no campo da atenção psicossocial. Estes componentes serão descritos adiante:

## ESTUDO DOCUMENTAL DE DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS

Análise documental a partir dos elementos legais e normativos que compõem o conjunto de alterações na PNSM ou que o afetam diretamente, buscando examinar suas possíveis repercussões para a assistência em saúde mental à luz do referencial da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Inclui também posicionamentos contrários às mudanças na PNSM emitidos por instâncias governamentais dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, de forma que os documentos foram classificados como sendo parte integrante das alterações, como complementares a estas, e os que caracterizam oposição às mesmas.

Esta etapa já foi publicada sob a forma de artigo, na revista Trabalho Educação e Saúde (CRUZ *et al*, 2020) e integra o capítulo 5 do livro.

## LEVANTAMENTO DE DADOS DE GESTÃO

Levantamento de dados de gestão que poderiam apontar para as consequências deste processo. Estes dados foram levantados nos arquivos públicos do SUS. Adicionalmente, os gestores estaduais e o atual coordenador nacional de saúde mental foram contatados a fim de ratificar, corrigir ou complementá-los. Foram levantadas as séries históricas entre os anos de 2016 e 2020, do quantitativo de:

- CAPS (de cada tipologia);
- Residências terapêuticas;
- NASF/equipes de saúde mental da Atenção Básica;
- Consultórios de/na rua;
- Unidades de Acolhimento Adulto /Unidades de Acolhimento Infantil;
- Leitos em Hospitais psiquiátricos públicos (rede própria e rede conveniada);
- Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais;

É preciso lembrar que tais informações eram publicadas frequentemente nos documentos do Ministério da Saúde denominados “Saúde Mental em Dados”, cuja última versão, de número 12, foi realizada em outubro de 2015 (COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2015), dois meses antes do início das mudanças na PNSM. Estes dados não foram mais publicados com o detalhamento que tínhamos até então pelo MS, mas em setembro de 2021 um levantamento semelhante foi feito de forma independente do governo e tornou-se a principal referência utilizada nesta pesquisa em relação aos dados de gestão (WEBER, 2021).

A coleta destes dados para a dissertação se deu até abril de 2021, recebendo uma atualização com os documentos emitidos em 2021 e 2022 para a publicação do livro.

## ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO DOS ATORES-CHAVE

Trata-se de um estudo da percepção dos efeitos das alterações na PNSM na assistência. Este estudo foi conduzido utilizando a ferramenta *SWOT Analysis*, com um questionário enviado por meio eletrônico, que “compõe-se de perguntas simples e diretas, onde o respondente atribui uma nota, em escala Likert, aos Avanços, Barreiras e Estratégias Úteis que ele identifica diante das situações apresentadas” (SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2015, p. 52). A intenção era buscar compreender como aqueles que são atingidos pelas mudanças estavam percebendo e compreendendo o processo. Assim, o questionário foi enviado a atores representativos das RAPS, ou seja, pessoas envolvidas no processo do cuidado em saúde mental que, de forma organizada, representem seus pares. Estas pessoas estão aqui divididas entre os seguintes grupos, que foram convidados a participar desta etapa da pesquisa:

1 - Gestores estaduais de todas as unidades federativas. O questionário foi referido ao coordenador estadual de saúde mental (ou cargo que mais se aproxime desta função) ou seu representante direto por este indicado;

2 - Gestores municipais de saúde mental dos 17 municípios com mais de um milhão de habitantes de acordo com a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2019;

3 - Representantes de associações de usuários. Presidente (ou equivalente) de associações de familiares/usuários do Brasil, limitado a um representante por associação;

4 - Pesquisadores que trabalham com a temática da PNSM. Foram convidados a participar os que realizaram publicações científicas no período de 2001 (ano da Lei nº 10.216) a 2020. Para isso foi tomada por base a busca na BVS utilizando o descritor “Política Nacional de Saúde Mental” aplicado ao título, resumo e assunto neste período, considerando apenas publicações em português, por tratar-se de cenário nacional. Esta busca, realizada em 16/7/2020 retornou 54 publicações. Destas, excluindo as que citam a PNSM apenas como contextualização e não como foco de seus estudos e entradas repetidas, restaram 18 estudos. Foram considerados apenas os primeiros e últimos autores de cada publicação, somando 34 autores, considerando que um deles fica excluído por ser o orientador desta pesquisa. Além destes, como complementação, foram incluídas pessoas com notória contribuição para a discussão que reconhecidamente interferem no debate sobre a PNSM, com base nos critérios:

- Autores de referência no debate nacional sobre a política de saúde mental;
- Autores com publicações relevantes, conhecidas e regulares sobre política de saúde mental que não estão presentes na Lista A (busca na BVS)

- Autores com publicações relevantes em campos específicos da política de saúde mental (álcool e outras drogas e crianças e adolescentes)

Com estas inclusões, esperava-se chegar a cerca de 60 nomes para a categoria dos pesquisadores.

Além dos grupos acima, pensados como atores-chave dentre os afetados pelas alterações na PNSM, também foi considerado importante incluir profissionais das RAPS, pela relevância deles na construção coletiva da PNSM e em como as alterações na mesma repercutem entre eles, sob o risco de não ter um retrato adequado da percepção do processo caso eles não fossem ouvidos. Assim, estes se constituíram em um quinto grupo de participantes. Foram buscados profissionais de todo o território nacional, distribuídos da forma mais equânime possível. Estes foram selecionados, com base nas informações disponíveis e sem critérios de estratificação, tomando como critério de inclusão estarem atualmente trabalhando em algum CAPS de qualquer tipologia. Foi considerado o tamanho da rede de cada estado para determinar a quantidade de profissionais convidados por unidade federativa, buscando selecionar cerca de 100 participantes, podendo alterar este número para que este grupo fique paritário com os demais, considerando a taxa de adesão dos demais grupos e o fato dos profissionais terem sido convidados posteriormente.

Assim, havia uma previsão de que o estudo de percepção fosse realizado com cerca de 250 participantes, considerando o número de pessoas convidadas, de todos os grupos, a responder o questionário. Na prática, foram convidadas 136 pessoas dos quatro primeiros grupos de acordo com os critérios acima, dos quais 26 responderam ao questionário. Posteriormente, o convite aos profissionais foi feito de forma aberta, sendo aceitas as respostas de 34 profissionais a fim de que este grupo fique proporcional aos demais, admitindo alguma margem.

Todos os questionários foram respondidos on-line, em formulário utilizando a ferramenta “Google Forms”. Eles foram enviados por e-mail ou Whatsapp para os participantes com um link que dava acesso ao mesmo durante o período de coleta de dados. O TCLE foi respondido no próprio formulário do questionário, tendo por condição sua aceitação para que o participante tivesse acesso às questões.

A análise foi realizada utilizando adaptação desta ferramenta à realidade brasileira e especificamente ao campo da atenção psicossocial realizada por Delgado como parte do documento técnico produzido no seminário internacional de saúde mental “Desinstitucionalização e Atenção Comunitária: Inovações e Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira - FIOCRUZ / Fundação Calouste Gulbenkian”. O objetivo desta análise é obter um panorama da percepção do assunto por quem é diretamente afetado por ele. A *SWOT Analysis* é uma ferramenta com limitações, que “não pode ser tomada como

levantamento de opinião com validade estatística, porém como um subsídio de ampliação da ausculta do problema para um grupo maior de atores” (SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2015). O estudo de percepção está descrito em detalhes no capítulo 5.

## 5. ANÁLISE DOS DADOS

### O DESMONTE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

A análise documental da pesquisa foi publicada, como resultado preliminar, na revista Trabalho, Educação e Saúde<sup>1</sup>. Assim, o texto do artigo será reproduzido aqui na íntegra, conforme a publicação, com exceção de um quadro analítico, que será substituído por uma versão ampliada que não integrou a publicação original e foi inserido na página 57 (Quadro 2). Cabe informar que a autoria do artigo se deu da seguinte forma: Nelson Falcão de Oliveira Cruz participou de todas as etapas da elaboração do mesmo, a saber: concepção da pesquisa, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica e aprovação da versão final. Pedro Gabriel Godinho Delgado, que orientou a dissertação, participou da concepção da pesquisa, da análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito, da revisão crítica e da aprovação da versão final. Ainda houve a contribuição de Renata Weber Gonçalves nas etapas da concepção da pesquisa, da coleta de dados, da análise e interpretação dos dados, realização dos cálculos sobre taxa de incremento médio anual, elaboração dos gráficos e aprovação da versão final.

As referências bibliográficas citadas no artigo estão incorporadas às demais referências do livro.

Segue a reprodução do texto do artigo:

#### **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: O Desmonte da Política Nacional de Saúde Mental Brasileira de 2016 a 2019**

Nelson Falcão de Oliveira Cruz<sup>2</sup> Renata Weber Gonçalves<sup>3</sup> Pedro Gabriel Godinho Delgado<sup>4</sup>

#### **Introdução**

O campo da atenção psicossocial no Brasil vive atualmente uma crise sem precedentes na história da reforma psiquiátrica. Por mais de trinta anos, o modelo de cuidado em saúde mental, pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos mentais, avançou lenta, porém ininterruptamente. A rede de serviços de base comunitária, o orçamento para estes serviços e sua proporção com o custo dos hospitais

1. Disponível em <https://www.scielo.br/fj/tes/aj6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/abstract/?lang=pt>

2. Centro de Atenção Psicossocial Betinho, Macaé; mestrado profissional em atenção psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (em curso), Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), Rio de Janeiro, Brasil. [nelson.falcao@yahoo.com](mailto:nelson.falcao@yahoo.com)

3. Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. [renata.weber@gmail.com](mailto:renata.weber@gmail.com)

4. Instituto de Psiquiatria e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, coordenador do NUPPSAM, Rio de Janeiro, Brasil. [pedrogabrieldegado@ipub.ufrj.br](mailto:pedrogabrieldegado@ipub.ufrj.br)

psiquiátricos, cresceram em cada um destes anos. Desde 2016, no entanto, pela primeira vez, vemos um “processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica” (Delgado, 2019a).

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (SAS, 2019, p. 4). Essa ‘nova política’ se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “Política Nacional sobre Drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (SAS, 2019).

Conforme apontado pela Defensoria Pública da União (DPU, 2019), a ‘nova’ política nacional de saúde mental - PNSM contraria as Leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (promulgado pelo Decreto n. 592/1992), além de posicionamentos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2018f; 2019c) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) (CNDH, 2019), que recomendam a revogação desta nova orientação governamental. Correia, Martins e Requião (2019) publicaram artigo no qual se debruçaram sobre os aspectos ilegais das mudanças materializadas pela Nota Técnica 11/2019. Essa ‘nova’ política vem sendo contundentemente questionada por diversas entidades – conselhos profissionais de Psicologia (Posicionamento, 2017) e de Enfermagem (COFEN, 2017), Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO (2017), Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME (2019), dentre outras, e pesquisadores (GULJOR *et al.*, 2019) do campo da saúde mental, assim como pela Defensoria Pública da União (DPU, 2019), Ministério Público (MNPCT; MPF; PFDC; CNDH, 2017) e parlamentares (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019b). Lima (2019), em editorial para a revista *Physis*, chega a empregar o termo “contrarreforma psiquiátrica” ao abordar este processo.

As mudanças propostas configuram um retrocesso na política de saúde mental sustentada de acordo com a Lei nº10.216/2001 (BRASIL, 2001).

Este artigo pretende realizar uma análise deste retrocesso com base em seus componentes. Para isso, elencamos e analisamos cada um dos elementos legais e normativos que compõem o conjunto de mudanças propostas ou que o afetam diretamente, buscando examinar suas possíveis repercussões para a assistência em saúde mental, à luz do referencial da Reforma Psiquiátrica brasileira. Incluímos na análise também os posicionamentos contrários à ‘nova’ PNSM emitidos por instâncias governamentais dos poderes executivo, legislativo e judiciário. Apresentaremos os documentos analisados em

sua ordem cronológica. Também analisamos os dados disponíveis sobre serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo documental de análise de política, realizado com dados de caráter público e de bases de dados quantitativos.

### **Antecedentes imediatos das mudanças na saúde mental**

A deposição da presidenta Dilma Rousseff, em maio de 2016, significou uma interrupção do processo democrático no país, acarretando uma reorientação radical das políticas sociais. No mesmo ano de 2016, o novo governo do presidente Michel Temer, instituiu uma medida provisória, que posteriormente tornou-se a Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016), determinando o congelamento por 20 anos dos recursos destinados a diversas políticas sociais, entre as quais o SUS. Iniciou-se um período, agravado nos anos seguintes, de redução dramática do já insuficiente financiamento do sistema público de saúde.

Para contextualizar o período estudado (2016-2019) é necessário remontar a um fato relevante, ocorrido no semestre imediatamente anterior à deposição da presidenta: a Portaria nº 2.043, de 11 de dezembro de 2015, que nomeia Valencius Wurch Duarte Filho para exercer o cargo de coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015b). A mudança na gestão da saúde mental foi decorrente da nomeação de um parlamentar do partido à época denominado PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) para o Ministério da Saúde (MS), no contexto de rearranjo da base de apoio do governo para enfrentar a crise política. Este parece ter sido o primeiro sinal de uma mudança de direção do MS em relação à PNSM, apontando um retorno do modelo manicomial, uma vez que o indicado para a coordenação nacional de saúde mental foi diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, RJ – instituição que, durante os anos 2000, havia passado por uma intervenção do MS com indicação de que fosse posteriormente fechada, devido à constatação de gravíssimas irregularidades em auditoria especializada do MS, ratificadas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, em 2006 (RIO DE JANEIRO, 2000; CARNEIRO, 2018). Houve protestos em todo o Brasil por conta desta nomeação, e o gabinete da Coordenação Nacional de Saúde Mental foi ocupado por 121 dias. Valencius Wurch foi exonerado do cargo em 9 de maio de (DIAS, 2016).

Retomando o tema da Emenda Constitucional n. 95, promulgada em 15 de dezembro de 2016, ela estabelece um:

Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros [...] Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias. As despesas ficam limitadas ao valor do limite referente ao exercício

imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo (BRASIL, 2016a).

Ainda em fase anterior ao início mais formal das alterações na saúde mental, foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b). Nesta nova PNAB,

é retirada a palavra “democrática” do texto na PNAB 2017 no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão. (...) O número mínimo de ACS/ equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual (...). Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF (Melo *et al.*, 2018, p. 43-44).

Uma Estratégia Saúde da Família (ESF) funcionando praticamente sem agentes comunitários de saúde (ACSs) e sem a lógica do matriciamento prejudica diretamente a possibilidade de um cuidado de base comunitária. Os fluxos, tanto de atendimentos como de formação continuada, entre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e a ESF são fundamentais para a integralidade do cuidado. Uma RAPS sem apoio da ESF corre o risco de ser muito pouco presente nas ações territoriais e de se aproximar mais do modelo pautado em ambulatórios especializados.

### **Análise dos documentos que apontam o redirecionamento da PNSM**

Analisaremos em seguida os documentos normativos<sup>5</sup>:

Em 25 de outubro de 2016 foi publicada pelo MS a Portaria nº 1.482, que inclui as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), passo necessário para que estas fossem financiadas com verbas da saúde (BRASIL, 2016b).

No dia 15 de setembro de 2017, o CNS publicou sua Recomendação nº 043, de revisão da Portaria MS nº 1.482/2016, de retirar as menções às comunidades terapêuticas, pois estas “não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde e nem tampouco incluídas no cadastro do CNES” (BRASIL, 2017g).

### **A resolução 32 da CIT (dezembro de 2017)**

---

5. O artigo publicado trazia um quadro mais sintético, denominado “Quadro 1 – Documentos normativos com incidência sobre a Política Nacional de Saúde Mental, 2016 – 2019. Este quadro foi substituído na dissertação por sua versão atualizada acrescida de uma categoria de análise, denominado “Quadro 2: Documentos Governamentais Estudados, Organizados em Ordem Cronológica com Categoria de Análise”, apresentado no item 4.1.1.

Podemos afirmar que o marco inicial da ‘nova’ política foi a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017, que estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS. Ela veio reformular o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS. O texto afirma que leva em conta a lei Federal nº10.216/2001 (BRASIL, 2011); no entanto, traz pela primeira vez, desde que a Reforma Psiquiátrica passou a pautar as políticas de saúde mental, o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento deste. Em seu artigo 3º, vem “Pactuar diretrizes clínicas para linhas de cuidado na RAPS” (CIT, 2017), sem definir exatamente quais seriam estas novas diretrizes e como elas se diferem do que a PNMS já estabelecia pela Lei nº 10.216 e pela Portaria nº 3.088, de 2011, que definia a RAPS até então (BRASIL, 2011a). Também vem “reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados” (art. 9º) e “Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT [Ministério da Saúde (MS); Ministério da Justiça (MJ); Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Ministério do Trabalho (MT)] em relação às Comunidades Terapêuticas” (CIT, 2017, art. 11º).

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 restauração do hospital-dia, um dispositivo não territorial, usualmente anexo a um hospital psiquiátrico, só é compreensível como estratégia de fortalecimento da centralidade do modelo hospitalar.

A resolução institui ainda as “equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental”, que são nada menos do que os antigos e pouco resolutivos ambulatórios psiquiátricos. É importante apontar que estas equipes nascem com um orçamento previsto de 12 a 30 mil reais por mês, de verba de custeio, dependendo de seu porte, de acordo com a portaria de consolidação n. 3, art. 1062 A do título II-B do anexo V (BRASIL, 2017e). Estas equipes não têm estrutura física própria, nem parâmetros populacionais de referência. Para efeito de comparação, as equipes maiores, com cinco profissionais, recebem 30 mil reais/mês de custeio, enquanto um CAPS I, com estrutura própria e uma equipe mínima de nove profissionais, atendendo diariamente em dois turnos, responsável pelos casos mais graves de uma população de até 70.000 habitantes, recebe 28.305 reais/mês de custeio (BRASIL, 2002b, 2011b).

Juntamente com a Portaria nº 3.588, a Resolução nº 32 da CIT constitui a base de toda a mudança na PNSM, pois, ao definir um novo modelo de RAPS, estabelece uma ‘nova’ orientação do modelo assistencial, que, na verdade, é um retorno ao paradigma

anterior à Reforma Psiquiátrica, com diversos elementos que apontam para um cuidado de característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária.

Para a compreensão deste processo, chamamos atenção para seu Art. 5º, que determina “Vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária”. Aqui vemos uma contradição importante: o que parece ser uma afirmação direta de compromisso com um modelo assistencial de base comunitária, que seria reafirmado ao não se ampliar mais a “capacidade instalada” de leitos psiquiátricos, torna-se determinação ambígua, já que o conceito de ‘capacidade instalada’ pode incluir boa parte dos leitos que vêm sendo desativados desde a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) – o que seria, de fato, o retorno do modelo manicomial. É relevante apontar que o discurso empregado para apresentar as ideias de mudança na PNSM, a princípio, tenta negar que pretende cancelar a reorientação do modelo assistencial instituída no processo da Reforma Psiquiátrica e ratificada principalmente pela Lei nº10.216/2001 (BRASIL, 2001). Quando noticiou a publicação da resolução, no dia de seu lançamento, o site do Ministério da Saúde exibia a seguinte manchete: “Saúde Mental veta ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais especializados e amplia rede de atenção”. Também foram empregadas expressões como “fortalecer o atendimento com base comunitária” ou “fortalecer a RAPS” (BRASIL, 2017f). Este modelo de discurso irá se modificar radicalmente na Nota Técnica nº 11, de fevereiro de 2019, conforme veremos adiante.

### **Qual a intencionalidade presente na proposta de ‘CAPSad IV’?**

Uma semana após a resolução 32 da CIT, foi publicada a portaria MS 3.588, de 21/12/2017, que institui o CAPSad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), aumenta o tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral, além de aumentar os recursos hospitalares (BRASIL, 2017c).

O CAPSad IV desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPSs ao se apresentar como um serviço capaz de prestar “assistência a urgências e emergências” em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, como até então. Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem “enfermarias” (e não “acolhimento noturno”, como nos CAPSs III) de até 30 leitos. Uma estrutura com estas características não condiz com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados. A indicação de construção dessas unidades “junto a cenas de uso” afronta o princípio do território, apontando que o sujeito seria cuidado (ou receberia

uma intervenção) no local onde faz uso das substâncias, ignorando o local de moradia, trabalho, lazer, vínculos familiares etc., como se o território, e, portanto, a própria existência do usuário de álcool e outras drogas, só se desse no local de uso. Ainda, como se estas pessoas não fossem mais nada na vida além de usuários de drogas. Esta indicação, ainda pode apontar para um projeto de intervenção por meio do recolhimento compulsório dessas pessoas, capaz de servir como grande porta de entrada para internações compulsórias em comunidades terapêuticas. Trata-se de uma estrutura vocacionada para internações contra a vontade, implantada nas cenas de uso: por que designar tal dispositivo como “centro de atenção psicossocial”, se ele é o oposto do paradigma psicossocial?

É importante observar que a portaria MS 3.588 aumenta o valor da diária de internações em hospitais psiquiátricos em mais de 60% e muda as regras para o estabelecimento de leitos de saúde mental em hospitais gerais, de tal forma que apenas hospitais com um número maior destes leitos (oito) possam ser credenciados – mas, como este número deve ser proporcional ao tamanho do hospital e este deve estar de acordo com a população do município, as cidades menores não poderão ter este recurso, necessitando enviar seus pacientes a hospitais psiquiátricos centralizados nos municípios maiores. Além disso, onde estes leitos funcionarão haverá um incentivo financeiro para aqueles que se mantiverem com taxa de ocupação de ao menos 80%, podendo incentivar a indicação de internações e levar ao prolongamento do tempo de internação.

Ainda no mesmo dia da Portaria n. 3.588, foi publicada a Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017 (MJSP, MS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e Ministério do Trabalho – MT), instituindo o Comitê Gestor Interministerial, que passa a ser um “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” (BRASIL, 2017a). É composto por representantes do MJSP, que o coordena, MS, MDS e MT. Suas funções incluem desenvolver ações conjuntas nas áreas social e da saúde, voltadas à prevenção, formação, pesquisa, cuidado e à reinserção social de acordo com a política nacional sobre álcool e política nacional sobre drogas, incluindo a elaboração de editais para o financiamento público, definindo, coordenando e dimensionando tais ações. A desvinculação da política sobre álcool e outras drogas da pasta da Saúde parece se iniciar com esta portaria, embora se deva ressaltar que a dupla orientação na política de drogas, com o MS dividindo a formulação e gestão com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), já se constitui como um problema desde os anos 1990.

Outra normativa que dispõe sobre todo o SUS e afeta diretamente a PNSM, mesmo não estando a ela vinculada, é a Portaria GM nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que

altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Esta portaria acaba com a destinação de financiamento do MS para fins específicos, resumindo todo orçamento em “Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde” e “Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde” (BRASIL, 2017d) permitindo aos gestores locais alocar as verbas da forma que considerarem mais convenientes. Assim, recursos originalmente destinados aos serviços de base comunitária poderiam migrar para hospitais psiquiátricos ou para comunidades terapêuticas, por exemplo. Mesmo recursos destinados à saúde mental podem ser realocados em outras áreas da saúde. Em conjunto, essas mudanças nos fazem apontar um risco considerável de desfinanciamento de serviços como os CAPSs.

No dia 25 de janeiro de 2018, a CIT publicou duas Resoluções, a nº 35 e a nº 36, dispondo sobre a devolução (recursos de implantação, resolução 35) ou bloqueio (custeio, Resolução nº36) de recursos destinados a unidades que não estavam apresentando faturamento corretamente (CIT, 2018a, 2018b). Ambas as resoluções justificaram posteriormente um corte de verbas para CAPSs e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) com dificuldades de apresentar a produção (ver Portarias n. 3.659 e 3.718, de novembro de 2018, adiante).

Importa recordar que, em 22 de agosto de 2012, com a Portaria nº 854, o sistema de faturamento dos CAPS havia deixado de ser feito por Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade, de preenchimento mais simples, para ser realizado por Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (BRASIL, 2012), que conta com a quantificação dos procedimentos realizados de forma mais minuciosa, porém de preenchimento mais complexo e trabalhoso. Muitos CAPS de todo o Brasil tiveram grandes dificuldades para se adaptar. O sistema exige um computador com maior capacidade e, não raro, necessita de um funcionário exclusivamente para cuidar deste preenchimento – o que nem sempre encontramos nas unidades. Em setembro de 2017, em apresentação na CIT, a coordenação de saúde mental (através de seu coordenador desde o início do governo Temer) já havia apontado que 385 CAPS não haviam apresentado produção nos últimos 3 meses e, destes, 284 não o haviam feito nos últimos seis meses, e que o total de recursos financeiros sem comprovação de execução na saúde mental foi de R\$ 185.298.959,06, como se o fato de não faturarem (isto é, não terem apresentado o registro no sistema) implicasse diretamente em serviços não prestados, sem qualquer outra forma de fiscalização da aplicação dos recursos federais em tais serviços e sem tentativa de avaliar as causas do não faturamento. As Resoluções nº 35 e 36 da CIT foram aparentemente criadas para se aproveitar desta fragilidade dos serviços e, em vez de buscar aprimorar o sistema de informações e de fiscalização da aplicação

dos recursos, cortam diretamente os recursos na esfera federal, asfixiando financeiramente os serviços comunitários. Por um lado, a ‘nova’ PNSM traz componentes que aumentam sistematicamente o financiamento de estruturas hospitalares/asilares e, por outro, exerce o contingenciamento de recursos da atenção de base territorial, pautando-se nas restrições postas por essas resoluções.

Tão rápido quanto possível, o CNS publicou sua Recomendação nº.001, em 31 de janeiro de 2018, de revogação da Portaria nº 3588, considerando, entre outros fatores, que ela fere a Lei nº 8.142, sendo publicada “sem consulta ou debate com a sociedade civil ou com o Conselho Nacional de Saúde”, e a Lei nº 10.216, pois

Apresenta retrocessos à PNSM e propõe a desestruturação da lógica organizativa da RAPS, alterando, entre outros pontos: a inclusão do hospital psiquiátrico na RAP; o aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos; o não fechamento do leito com a desinstitucionalização do paciente crônico ferindo o disposto nas portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014; o aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%; o aumento do número mínimo de quatro para oito leitos de saúde mental em hospital geral para recebimento de custeio; exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral, como condicionante para recebimento de recursos de custeio; o retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais especializadas, quando as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda. (CNS, 2018, p. 1-2)

Em 9 de março de 2018, o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) edita sua Resolução nº 1 (CONAD, 2018), definindo diretrizes para o “realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas”, aprovada, até então, pelo Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 (que em 2019 veio a ser substituído pelo Decreto Presidencial nº 9.761), no qual afirma o “realinhamento da política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde em 2017” pela Resolução nº 32/2017 da CIT e pela Portaria nº. 3.588/201. Este talvez seja o primeiro registro formal de que existe um “realinhamento” da política nacional de saúde mental, e não apenas “diretrizes para o fortalecimento da RAPS”, como o texto da Resolução nº 32 da CIT expressava.

Esta resolução se manifesta contra as “iniciativas de legalização de drogas”; aponta a “imediate reorientação dos mecanismos de apoio e fomento à produção científica e formação, garantindo a participação equânime de pesquisadores e instituições atuantes em diversas correntes de pensamento no campo das políticas sobre drogas”; define a “imediate integração institucional e legal da gestão de programas entre os Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Trabalho, Justiça, Extraordinário da Segurança Pública e Direitos Humanos”; e defende o fomento de comunidades terapêuticas (CONAD, 2018).

Inicia-se aqui a transição da assistência a usuários de álcool e outras drogas do MS para o MDS. A resolução adota uma argumentação da mensurabilidade dos resultados e da necessidade de se adequar a pesquisa e a assistência a correntes teóricas que representem os grupos sociais que eles ‘reconhecem’. Estes argumentos são empregados para fundamentar o amplo financiamento público das comunidades terapêuticas e também constitui o mesmo tipo de discurso que será adotado para o aumento do financiamento dos hospitais psiquiátricos e para justificar o retorno do incentivo à eletroconvulsoterapia.

Em 25 de abril de 2018, foi publicado o Edital 1/18 pela SENAD/MJ (MS, MT e MDS), que realiza o cadastramento de comunidades terapêuticas para receberem financiamento da União. As despesas decorrentes da contratação correrão à conta dos recursos consignados no Orçamento Geral da União e do Fundo Nacional Antidrogas. O edital define que os “acolhimentos nestas comunidades podem chegar a 12 meses” (SENAD, 2018). Os valores são vultosos e preveem a prestação contínua dos serviços e o valor pago a cada ação de “acolhimento”, mas o edital não traz o montante dos recursos disponibilizados e executados nestas ações.

Este edital foi realizado pelo Comitê Gestor Interministerial, instituído pela Portaria Interministerial nº 2, já citada, e celebrou novos contratos com 216 comunidades terapêuticas. Ao todo, o custo do governo federal com o tratamento de dependentes químicos passa a ser de R\$ 153,7 milhões por ano, para 10.883 vagas em 496 entidades (BRASIL, 2019). Tal iniciativa se articula com a criação dos CAPSad IV, cuja proposta é de atuação em locais de cena de uso de crack em grandes centros urbanos, que serviriam de porta de entrada para tais comunidades terapêuticas.

Ou seja, temos aqui, concretamente, um amplo financiamento para um modelo de tratamento pautado na reclusão prolongada, com possibilidade de institucionalização contínua da população que, embora inclua um mecanismo de controle sobre tal procedimento, este se mostra muito frágil, já que em seis meses é permitida nova internação de mais um ano, e antes deste período basta uma justificativa da própria equipe da instituição, conforme definido pelo edital, para a renovação da internação. Digno de nota perceber que se trata de um aporte considerável de recursos num momento em que todo o restante do SUS se encontra em contingenciamento de grande intensidade, a ponto de colocar o próprio sistema em risco.

É algo paradoxal que, mesmo em face de uma diminuição de recursos drástica como a determinada pela EC nº 95, que ameaça a própria existência do SUS, existam recursos para financiar amplamente as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos. Seria importante mapear a origem destes recursos e a provável desassistência que esta

reorientação acarreta. Em 7 de maio de 2018, o CAPSad IV foi inserido no CNES pela Portaria MS nº 544 (BRASIL, 2018b).

Em 15 de agosto de 2018, a Portaria MS nº 2.434 aumentou o financiamento justamente das internações psiquiátricas de mais de 90 dias (BRASIL, 2018c). O aumento do valor para internações de longa permanência é uma clara tentativa de legitimar a função da longa permanência hospitalar, amplamente questionada pela Reforma Psiquiátrica. Havia um consenso de que internações tão longas não têm função terapêutica, devendo ser transformadas em outras formas de cuidado e moradia, como o retorno à família com o suporte do CAPS, Residência Terapêutica, Programa de Volta para Casa, ou mesmo o abrigamento com apoio da RAPS. O financiamento com valor mais baixo para estas internações incentivava as equipes a procurarem outras formas de lidar com os casos, buscando outras saídas que não a institucionalização.

Em 14 de novembro de 2018, a Portaria nº 3.659 suspendeu, com base na Resolução nº 36 da CIT, o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de 72 CAPSs, 194 SRTs, 31 Unidades de Acolhimento e de 22 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS em todo o Brasil, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS nestes serviços específicos (BRASIL, 2018d). No mesmo molde, em 22 de novembro de 2018, o MS editou a Portaria n. 3.718, amparada pela resolução 35 da CIT, exigindo “a devolução imediata dos recursos financeiros” de implantação de serviços que supostamente descumpriram requisitos (BRASIL, 2018e).

Em 23 de novembro de 2018, as deputadas Margarida Salomão, do PT-MG e Erika Kokay, do PT-DF, apresentaram o Projeto de Decreto Legislativo (PDL) nº 1.090, que, caso aprovado, tinha o objetivo de sustar os efeitos da Portaria n. 3.659, apontando que o bloqueio do financiamento produz “impacto abrupto e sem precedentes na manutenção e continuidade do cuidado aos usuários e seus familiares, o que demonstra a total falta de comprometimento com a política pública e, sobretudo, desrespeito aos direitos humanos” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018).

As Portarias nº3.659 e nº 3.718 também ensejaram, em 6 de dezembro de 2018, a recomendação n. 04/2018, da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal, que questiona a legalidade de ambas e a veracidade da informação de que tais serviços não estavam em funcionamento, recomendando ao ministro da Saúde a revogação destas Portarias. Este documento aponta que

Muitos dos serviços suspensos, a exemplo dos Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral do Hospital Regional do Gama (HRG), do Hospital Regional da Ceilândia (HRC), do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), do Hospital Regional de Sobradinho (HRS), o CAPS de Sorocaba e as residências terapêuticas de Salto de Pirapora existem e estão em pleno funcionamento,

o que enseja dúvida sobre a veracidade dos motivos que fundamentam o ato administrativo (BRASIL, 2018a, p. 2).

### **A Nota Técnica 11/2019**

No dia 4 de fevereiro de 2019, foi publicada a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que imediatamente gerou grande repercussão, com notas de repúdio e posicionamentos em contrário, divulgados em todo o país, inclusive com cobertura da mídia, pois ela deixava clara a intenção de transformar o modelo assistencial vigente, apresentando-se como uma “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (SAS, 2019).

Entretanto, é preciso deixar claro que as mudanças na PNSM não foram feitas por esta Nota Técnica, e sim pelas Portarias, Resoluções e editais que a embasam, listados e comentados neste artigo. Importante lembrar que, entre dezembro de 2017 até a publicação da nota, seus componentes normativos foram publicados sob a argumentação mencionada no início deste artigo, de que estariam ‘fortalecendo a RAPS’, por mais que seu conteúdo apontasse para o contrário. A NT nº 11 marca, então, a mudança de discurso, na qual o governo recém-empossado assume, de fato, que se trata de outro modelo, no qual “o Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (Nota Técnica 11). O texto questiona frontalmente a efetividade do modelo em vigor até 2017 e a direção de uma política pautada no cuidado comunitário, afirma a necessidade de aumento do número de leitos psiquiátricos e repudia a ideia de fechar hospitais. Também afirma ser democrática ao se apoiar em discussões realizadas com mais de 70 entidades “conhecedoras da realidade da saúde mental no país” – o que é facilmente contestável, pois não cita quais seriam estas entidades e nem com qual critério foram escolhidas para participar da construção das mudanças, sendo que as instâncias oficiais do controle social, como o CNS e o CNDH, além dos conselhos profissionais (de psicologia, enfermagem, serviço social etc.), entidades como a ABRASCO e a ABRASME e pesquisadores do campo foram completamente alijados de participar das discussões e tiveram seus posicionamentos (amplamente divulgados e/ou registrados em meios oficiais) ignorados.

Um aspecto da nota que não havia sido estabelecido em normativas anteriores foi a apresentação da eletroconvulsoterapia como se fosse um exemplo de “disponibilização do melhor aparato terapêutico” (SAS, 2019, p. 6), ignorando os registros históricos de que esta fora empregada corriqueiramente enquanto instrumento de tortura e punição nas instituições manicomiais anteriormente à Reforma Psiquiátrica. Ainda que existam indicações técnicas para o uso da eletroconvulsoterapia, estas se aplicam a uma parcela

extremamente pequena dos casos de transtorno mental grave e estão longe de ser uma solução em larga escala, conforme a nota proclama.

Também chama atenção o modo como é mencionada a atenção a crianças e adolescentes, com ênfase descabida na internação psiquiátrica. A Nota Técnica cita que “não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade (sic) em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência” (SAS, 2019, p. 24).

A nota “vai na direção contrária das recomendações de entidades internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS)”. Além disso, oficializa a separação da, agora, “Política Nacional Sobre Drogas” da Política Nacional de Saúde Mental. “Esta separação entre as duas políticas tem também a clara intenção de impedir que os princípios que regem a atenção psicossocial, especialmente o cuidado realizado em liberdade (...) sejam igualmente aplicados aos usuários de álcool e outras drogas” (GULJOR *et al.* 2019).

No dia 14 de fevereiro de 2019, dez dias após a nota técnica 11, o deputado federal Ivan Valente, do PSOL SP, e sua bancada apresentaram no plenário da Câmara dos Deputados o Requerimento de Informação (RIC) n. 103 de 2019, solicitando ao ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, informações acerca da nota técnica nº 11/2019. O documento traz dezesseis questionamentos a pontos específicos da nota e afirma que suas diretrizes “seguem na contramão da política de desinstitucionalização instituída pela Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216 de 2001), e há fortes indícios de que tenha sido produzida de forma alheia ao acúmulo do corpo técnico de servidores do Ministério”. Também aponta que o financiamento das comunidades terapêuticas fere o princípio da laicidade do estado, que a nota técnica fere o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e contrapõe a PNSM com a “nova” política que está sendo instalada, afirmando que a primeira foi fruto de “anos de debate, com a participação de usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, além dos trabalhadores e trabalhadoras nesse campo”. Solicita alguns dados de gestão, como o “efetivo custeio empenhado aos serviços que compõem a RAPS no período de 2014 a 2018”, que não vêm sendo publicizados como vinha acontecendo desde 2002, além das atas do Comitê Gestor Interministerial estabelecido pela Portaria Interministerial nº 2 (de 21/12/2017, MJSP/MS/MDS/MT, já citada). Questiona as referências científicas adotadas, a autoria da nota, suas motivações, a legitimidade de quem define os parâmetros apresentados nela e o processo de debate desse documento normativo (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019b).

Na mesma direção que o ocorrido na Câmara dos Deputados, o CNDH publicou, em 14 de março de 2019, sua Recomendação n. 03, de “Suspender a execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiaram a “Nova Política”, citando os mesmos documentos aqui comentados (CNDH, 2019). Esta Recomendação ratifica e amplia a Recomendação n. 001 do CNS (CNS, 2018).

Em seguida, no âmbito do judiciário, a Defensoria Pública da União (DPU) ajuizou a Ação Civil Pública de Ilegalidade, pelo Procedimento de Assistência Jurídica n. 2017/001-08250 (DPU, 2019). Nela, a DPU aponta a ilegalidade da Nova Política de Saúde Mental – “a Resolução n. 32/2017 e a Portaria n. 3588/2017, implementadas pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, padecem de nulidade por não observarem os procedimentos previstos no art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990b) e art. 14-A, I, da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a), no que concerne à prévia aprovação pelos Conselhos de Saúde”. A ação ainda aponta outras falhas e mostra que com base nestas duas normativas, todas as seguintes pautadas nas mesmas normas também seriam “eivadas de nulidades”. Assim, a ação requer tutela de urgência para suspender a eficácia de todas as normativas (as mesmas citadas pela recomendação 03 do CNDH).

No dia 14 de abril de 2019, o atual presidente da república publicou o Decreto nº 9.761, aprovando a nova Política Nacional Sobre Drogas. Ela coloca o CONAD nos campos das “políticas de educação, assistência social, saúde, trabalho, esportes, habitação, cultura, trânsito e segurança pública”, no que tange à questão das drogas. Prevê apoio financeiro não apenas ao trabalho das comunidades terapêuticas, mas às “entidades que as congreguem ou as representem” (...) e ao seu “aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional” (BRASIL, 2019d). Tem potencial de ampliar o estigma ao propor campanhas afirmando que o usuário de drogas financia grupos criminosos. Esta política fere claramente a laicidade do estado ao propor o reconhecimento da “espiritualidade” (aqui mencionada especificamente no contexto das comunidades terapêuticas religiosas) no tratamento e prevenção. Também pretende “Incluir processo de avaliação permanente dos programas, projetos, ações e iniciativas de prevenção realizadas pelos Governos federal, estaduais, distrital e municipais”, fiscalizando assim qualquer ação relativa às questões com álcool e outras drogas, incluindo as da saúde, com possibilidade de bloquear ou conceder recursos financeiros para continuidade ou implementação das mesmas.

Por ser um decreto presidencial, traz a esta política uma institucionalidade maior do que as Resoluções e Portarias que o precedem. Pretende se estabelecer enquanto política de Estado, e não apenas de governo. Coloca, definitivamente, a gestão dos recursos e administração destas ações sob os Ministérios da Cidadania e da Justiça e Segurança Pública. Tem potencial de interferir em pesquisas, formação, prevenção e cuidado

relacionados ao uso de drogas. Deixa clara a concepção de tratamento sob confinamento como prioritário. Sobre a política sobre drogas, um dos autores deste artigo afirmou:

O retrocesso na política sobre drogas é o ponto mais sensível dessa catástrofe. O paradigma dos direitos humanos, tolerância, combate ao estigma e redução de danos, na política de drogas, tornou-se, desde 2003, o desafio constante e cotidiano para todos os trabalhadores do campo da Reforma Psiquiátrica. (...) Esta aposta foi estrepitosamente derrotada, pela ideia quase delirante de confinamento de todos os “drogados”. O golpe de 2016 rompeu o equilíbrio instável entre as visões de controle/confinamento e de acolhimento/inclusão social no âmbito da política de drogas (...) É aqui, no front da política de drogas, nessa terra sem lei pelo excesso da lei, que temos o mais difícil enfrentamento na resistência ao desmonte da Reforma Psiquiátrica (Delgado, 2019b).

Em 17 de maio de 2019, o CNS veio se colocar novamente sobre o tema das mudanças, através da Recomendação 23 (CNS, 2019c), propondo que o Ministério Público “atue no sentido de propor a suspensão da execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida na Política Nacional de Saúde Mental”.

### **Consequências sobre a implantação de serviços comunitários de saúde mental**

Desde 2016, as mudanças normativas tiveram consequências práticas sobre o ritmo da implantação de serviços de atenção psicossocial no país.

No Gráfico 1, observa-se a evolução anual da implantação de CAPS. Ela constitui uma forma clara de se ilustrar a implementação do modelo da atenção psicossocial. Apesar de ter se mantido uma curva ascendente de crescimento, observa-se que os anos 2017 e 2018 já apresentam um incremento muito menor de novos serviços.

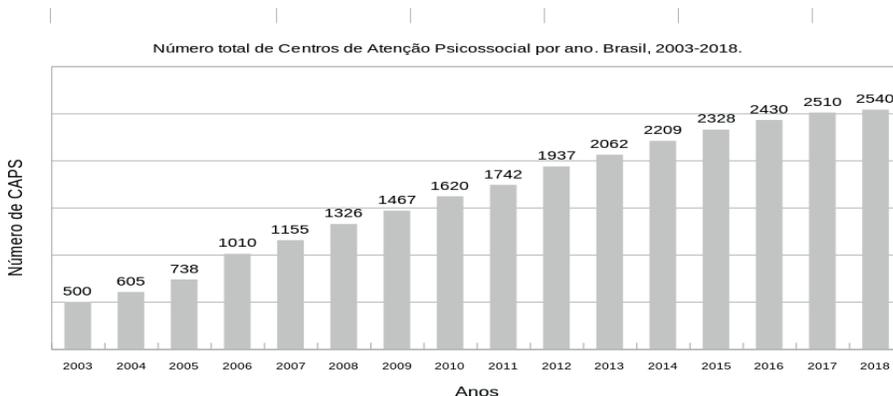


Gráfico 1 - Número total de centros de atenção psicossocial por ano, de 2003 a 2018.

Fonte: Ministério da Saúde.

O Gráfico 2 ilustra de modo expressivo a queda no incremento anual dos CAPS. Entre 2004 a 2015, o incremento de CAPS situava-se em média em torno de 130 novos serviços anuais. O ano de 2016 apresenta incremento que se equipara ao de 2004, já apresentando declínio expressivo. Os anos de 2017 e 2018 expressam a queda dramática do ritmo de implantação, que praticamente se estagnou em 2018, com a implantação de apenas 30 serviços.



Gráfico 2 - Incremento anual de centros de atenção psicossocial no Brasil, de 2004 a 2018.

Fonte: os autores, com base em dados do Ministério da Saúde.

Desde 2016, o incremento anual de CAPS vem decaindo de forma expressiva. O país ainda não havia atingido a cobertura necessária nesse tipo de serviço comunitário, cuja efetividade depende de: cobertura suficiente de CAPS + cobertura de ESF acima de 90% + articulação intersectorial competente e adensada + rede de suporte para situações de crise. Os dados de 2015 apontam para uma cobertura média de CAPS (segundo os parâmetros adotados pelo MS) em torno de 70% das necessidades. Assim, o incremento anual de novos serviços é decisivo para que a PNSM se consolide e cumpra as diretrizes da reforma psiquiátrica e atenda às necessidades da oferta de atenção psicossocial adequada.

Consideremos os dados do Gráfico 3, a redução drástica do ritmo de implantação de CAPS aponta para um cenário de desassistência e estagnação do processo de reforma. Para uma estimativa exploratória dessa tendência de estagnação, empregamos o cálculo da taxa de crescimento médio anual composta.

A taxa de crescimento médio anual composta é um número calculado para descrever o quanto o número de CAPS teria crescido por ano de cada triênio, se o ritmo desse crescimento fosse constante nesse mesmo triênio. Esse cálculo permite comparar as velocidades de crescimento por cada triênio analisado.

O gráfico abaixo demonstra que o incremento anual de CAPS (dispositivo estratégico da atenção psicossocial) aproxima-se rapidamente da estagnação (tendo passado de 6,3% no triênio 2013 -2015 para apenas 2,2% no triênio estudado – 2016-2019).

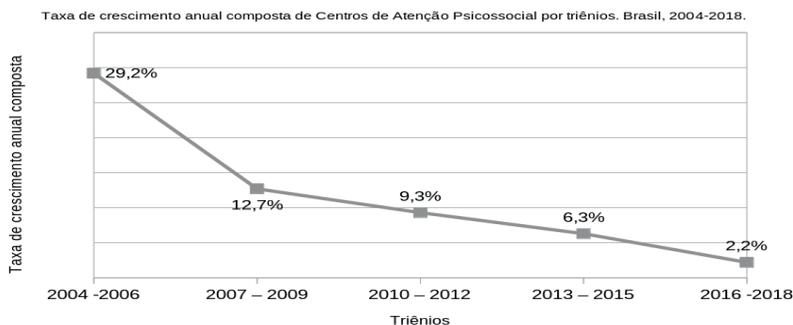


Gráfico 3- Taxa de crescimento médio anual composta de centros de atenção psicossocial no Brasil por triênios, de 2003 a 2018.

Fonte: os autores, com base em dados do Ministério da Saúde, 2019.

### **Considerações finais: o desmonte em marcha, tendências**

Podemos avaliar as mudanças na PNSM por seu conteúdo e pela forma que estão sendo implementadas. Em termos de conteúdo, ela representa a antítese do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica brasileira, sedimentado em seus 35 anos de existência (sua formalização como manifesto de um movimento nacional está expressa na Carta de Bauru, em 1987). Tomando a questão da forma de implementação, sem qualquer debate com os profissionais e pesquisadores do campo da atenção psicossocial, ignorando instâncias legais como o CNS, as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas (Brasil, 1988, 1992, 2002b, 2010), e toda a legislação nacional e internacional que ampara o modelo da reforma, entendemos que o que vem sendo designado pelo governo como 'nova' PNSM está sendo imposto sem nenhuma legitimidade social e política nem qualquer sustentação legal.

O debate sobre o modelo assistencial é legítimo, e deve ser realizado em busca dos melhores caminhos para enfrentar os enormes desafios da atenção psicossocial em um país de 210 milhões de habitantes, com as iniquidades socioeconômicas que o caracterizam. Mas a imposição pela força do retorno ao paradigma manicomial só pode ser entendida como efeito da situação política anômala que o país vive desde a ruptura institucional de 2016.

## **As mudanças propostas não se sustentam em fundamentação e argumentação teórico-científica.**

O longo e exitoso percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira deve fornecer orientação para as estratégias de resistência ao desmonte da rede de atenção psicossocial, que está em andamento no período estudado.

### **(Publicado na revista Trabalho, Educação e Saúde)**

Como citar: CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. *Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFz6hgQqBH/abstract/?lang=pt>

## **O DESMONTA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL EM 2019 E 2020**

A publicação dos resultados preliminares considerou a análise dos documentos governamentais até o primeiro semestre de 2019. Entretanto, alguns acontecimentos que ocorreram em seguida e ao longo do ano de 2020 não podiam ser postos de lado e foram incluídos posteriormente, apenas no texto da dissertação. A saber: o PDL que visa cancelar todas as alterações na PNSM realizadas a partir de dezembro de 2017; a tentativa de extinguir a atenção em saúde mental a pessoas no sistema prisional; e a tentativa do governo de revogar, de uma vez só, todas as normativas que compunham a PNSM antes do período aqui estudado, assim como a massiva reação a esta iniciativa. Neste contexto, houve recuos do governo por três vezes nas alterações desta política, que serão analisados neste capítulo.

Em abril de 2019 a deputada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), Erika Kokay apresentou à Câmara dos Deputados o PDL 208/2019, que, caso seja aprovado, susta a Portaria MS nº. 3588 e, em efeito cascata, todas as normativas que foram elaboradas a partir dela, ou seja, todo o conjunto de mudanças na PNSM objeto desta pesquisa (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019a).

A proposição de um projeto de decreto legislativo para cancelar as alterações na PNSM é importante pois proporciona justamente a possibilidade de um debate plural acerca do tema, o que não ocorreu quando o MS alterou a PNSM com base apenas na ABP e parceiros diretos desta. O acompanhamento deste PDL é necessário e deveria ser parte da agenda de todos os interessados em reverter todo este processo.

Por outro lado, justamente no Dia Nacional da Luta Antimanicomial de 2020, o 18 de maio, o MS, representado por seu então ministro interino Eduardo Pazuello, publicou

a Portaria n. 1.325, que simplesmente extinguiu as equipes que articulam a assistência aos portadores de transtorno mental quando cumprem pena no sistema prisional e ao receberem a liberdade. (BRASIL, 2020c) O serviço, denominado Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), é considerado essencial para a desinstitucionalização de quem passou décadas em manicômios judiciais devido às antigas concepções da loucura. Sua suspensão justamente na data simbólica da RPB foi percebida como uma indicação do empenho do governo atual em destruir o cuidado em saúde mental tal como concebido democraticamente nas últimas décadas. Mais uma vez houve uma onda de notas de repúdio e posicionamentos contrários e visibilidade na grande mídia (SOBREIRA, 2020; SASSINE, 2020).

Em continuidade à análise via documentos governamentais, também chamam atenção os posicionamentos de órgãos públicos, portanto da própria estrutura do Estado, que se opõem ao poder executivo atual. Neste sentido, ainda dentro da estrutura do poder executivo, houve manifestação oficial do CNS e do CNDH, que, por meio da publicação de atos oficiais recomendam ao MS que revogue a Portaria n° 1325 (BRASIL, 2020f, CNDH, 2020). No âmbito do poder legislativo, a deputada Fernanda Melchionna, do PSOL-RS, em nome da bancada de seu partido, apresentou o PDL 249/20 ao Congresso Nacional, também com o objetivo de sustar a Portaria MS n°1325 (CAMARA DOS DEPUTADOS, 2020a).

Em seguida a estas manifestações, inclusive citando diretamente a resolução n°26 do CNDH, o MS voltou atrás e revogou a portaria 1325 através da portaria n° 1.754, de 14 de julho de 2020 (BRASIL, 2020d). Trata-se do primeiro recuo do governo diante das resistências apresentadas às modificações da PNSM.

O segundo recuo do governo neste processo se deu através da Portaria MS n° 2.387, de 13 de setembro de 2019 (BRASIL, 2019a), que revoga as Portarias n° 3.659/2018/GM/MS e n° 3.718/2018/GM/MS, de corte do financiamento de alguns serviços da RAPS. Desta vez não há qualquer contexto ou justificativa para a revogação, pois o documento não aponta o que considerou para a tomada da decisão. Resta-nos pensar que o ato se deu a partir da repercussão e pressão da sociedade ou mais especificamente em decorrência do PDL n° 1.090, de 23 de novembro de 2018 e/ou da Recomendação n° 04/2018 da PFDC/MPF, de 6 de dezembro de 2018, já comentados no capítulo anterior, que buscavam esta revogação (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018; MPF, 2018).

O que aconteceu em seguida poderia ter resultado na destruição total do conjunto normativo da PNSM. Foi divulgado pelo jornal Folha de São Paulo que no dia 3 de dezembro de 2020, em reunião do CONASS, foi discutida a revogação de cerca de 100

portarias que compunham PNSM antes do conjunto de alterações iniciado em dezembro de 2017. (COLLUCCI, 2020) O MS confirma em nota publicada em seu site, que “atualmente, existem mais de 100 portarias relativas à saúde mental que estabelecem diretrizes para o tratamento e a assistência dos pacientes” e que está propondo uma “nova atualização” construída com representantes do Ministério da Cidadania, do CFM, da ABP, do CONASS e do CONASEMS, em um grupo “encarregado de analisar, discutir, aprimorar, revogar e criar novos instrumentos para a garantia do cumprimento da nova Política Nacional de Saúde Mental” (SAPS, 2020 NP) As propostas tiveram repercussão na grande mídia (COLLUCCI, 2020; AMADO 2020a; AMADO, 2020b).

Esta proposta do MS é embasada pelo documento da ABP denominado Diretrizes Para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil, no qual afirma que “Desde 1995, a política de saúde mental dominante no Brasil adota como premissa do seu modelo assistencial a desvalorização do saber psiquiátrico e a redução do papel do psiquiatra. O psiquiatra vem sendo colocado como profissional secundário e prescindível à psiquiatria”. (ABP, 2020, p. 5) O documento claramente reduz todo o campo da atenção psicossocial à “psiquiatria”, de forma que qualquer papel que não seja o de único detentor de saber sobre a saúde mental seja considerado “secundário” e “prescindível” pelo órgão – isso não reflete uma posição consensual nem mesmo entre os psiquiatras, conforme será demonstrado a seguir. A ABP também defende que a assistência em psiquiatria deve contar com uma rede de ambulatorios, de hospitais psiquiátricos e que os leitos de saúde mental em hospitais gerais devem se transformar em unidades psiquiátricas em hospitais gerais “que devem funcionar como enfermarias especializadas, contando com toda a infraestrutura física, espacial e de pessoal de um hospital especializado” (ABP, 2020, p. 12), tal qual estabelecido pela Portaria MS n. 3588 (ABP, 2020; BRASIL, 2017). A descaracterização dos Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais justamente para que eles existam apenas em estruturas maiores, de enfermarias de até 30 leitos, vai na contramão do cuidado humanizado e integral preconizado pela RPB, sendo propícia ao retorno de uma assistência de características manicomialis.

Entretanto, desta vez a reação foi muito maior e mais organizada. Os usuários dos serviços de saúde mental, familiares, trabalhadores e gestores da rede substitutiva bem como professores e estudantes da comunidade acadêmica se uniram e formaram a Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (FASM), que reuniu mais de 3.400 pessoas em Grupos de Trabalho. Seu manifesto de lançamento contava com mais de 68 mil assinaturas. A FASM produziu um dossiê<sup>6</sup> reunindo os “manifestos, notas e abaixo-assinados recebidos ou mapeados das instituições que se

---

6. Disponível em <https://drive.google.com/file/d/1CyNcGJA1NaC83hGx20aZEtu7XAB9EHJh/view>

posicionaram contra essa tentativa de revogação do marco legal que ampara a Política de Saúde Mental”. (FASM, 2020, p.10), com 253 páginas e cerca de 80 documentos neste sentido feitos por movimentos de usuários e/ou profissionais de saúde mental, grupos de pesquisa, conselhos profissionais e autoridades internacionais em saúde pública. O dossiê também chama atenção para o fato de tais mudanças estarem sendo implementadas justamente no contexto trágico da pandemia de COVID-19, causando maior sofrimento mental no momento em que as pessoas estão mais fragilizadas. Além dos documentos mapeados, a própria FASM produziu outros três manifestos com enfoques diferentes: o Manifesto dos Grupos de Pesquisa de Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Reforma Psiquiátrica e Temas Afins, Pela Defesa da Política de Saúde Mental, com a assinatura de 218 grupos de pesquisa; o Manifesto dos Programas de Residência Médica em Psiquiatria na Rede de Atenção Psicossocial e Outros PRM Afins, Pela Defesa da Política de Saúde Mental Antimanicomial, com assinatura de 7 programas de residência e o Manifesto dos Movimentos, Coletivos(as) e Organizações Sociais Pela Defesa da Política de Saúde Mental, com assinatura de 70 entidades. Os três com representatividade em diversos estados e regiões do Brasil (FASM, 2020).

Outra reação importante de se destacar veio de um grupo de cerca de mil psiquiatras, que assinaram, com seus devidos registros profissionais, um documento no qual afirmam:

Repudiar enfaticamente as propostas do documento intitulado DIRETRIZES PARA UM MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL, da Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP. É de longa data o distanciamento dessa Associação dos interesses em um cuidado amplo e democrático para a população. (...) Entre os múltiplos e graves equívocos do referido documento, destacam-se uma concepção extremamente limitada da função da atenção básica na atenção à saúde mental; o investimento maciço na criação de ambulatórios especializados, sem laços com o território; uma burocrática estruturação da atenção à crise, cujo alicerce continua a ser o hospital psiquiátrico especializado; a redução do CAPS a um equipamento de reabilitação social para doentes graves e crônicos, impedindo-os tanto de atender emergências quanto de realizar intervenções ambulatoriais; na esfera do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, defesa intransigente da abstinência, contrária à perspectiva da redução de danos; a atribuição da gestão e do financiamento dos atuais serviços residenciais terapêuticos à assistência social; a criação de hospitais de retaguarda para moradores, que remetem às fatídicas instituições para internações de longa permanência. Longe de propor uma atenção integral em saúde mental, o modelo proposto, rígido, hierarquizado, psiquiatrizante, opõe-se frontalmente à estruturação territorializada e flexível das redes de atenção psicossocial, assim como à sua busca pela liberdade, autonomia e cidadania das pessoas em sofrimento mental. Já em manifestações anteriores, a ABP vem sustentando posições que atacam os princípios e a direção da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ao fazê-lo, critica de forma superficial e infundada este modelo, cuja lógica não compreende, assim como desconhece a função de seus múltiplos serviços e dispositivos; questiona de forma imprecisa e vaga sua eficácia, denuncia

uma desassistência generalizada, sem apresentar argumentos ou dados que justifiquem e comprovem suas alegações. Da mesma forma, embora haja menções frequentes à importância das evidências científicas, elas se mostram estranhamente ausentes do documento. A proposição de um outro modelo não se faz acompanhar da necessária fundamentação teórica; pesquisas, conceitos, referências bibliográficas, não são citados. Alegando falar em nome da ciência, a ABP o faz de forma tão precária que mal disfarça os interesses corporativos e mercadológicos que a movem. Ao mesmo tempo, coloca-se em posição insustentável por seu autoritarismo: atribui-se o direito de formular por si só toda uma política pública de saúde mental, desdenhando o diálogo com os múltiplos segmentos envolvidos, que exigem e merecem voto e voz. Ainda, a constante reafirmação de que as diretrizes do documento validam a Lei 10216/2001 é uma falácia, distorcendo o significado genuíno da lei, e omitindo, curiosamente, o fato de que a ABP sempre se opôs ferrenhamente à sua aprovação. (...) Psiquiatras que somos, ciosos do exercício digno de nossa profissão, e da construção de dignas políticas públicas de saúde, declaramos nossa divergência face a intervenções de uma associação que não honra a disciplina psiquiátrica e sua prática. Com orgulho, somamos nossas vozes àquelas de outros atores - trabalhadores e usuários da saúde mental, instâncias de controle social, movimentos sociais, entidades de defesa dos direitos humanos, e tantos outros - na defesa das preciosas conquistas da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde brasileiros (LOBOSQUE *et al*, 2021).

Esta manifestação é especialmente relevante ao demonstrar que a ABP está longe de falar por todos os psiquiatras, além de compreender que políticas públicas tão abrangentes não podem ser implementadas a partir do interesse específico de um único grupo e demonstra a fragilidade técnica das diretrizes que tentam impor. Assim, evidencia que não há oposição entre “os psiquiatras” e os demais profissionais da saúde mental, mas uma oposição entre um grupo específico de psiquiatras, que detêm a representação de seu órgão de classe, e todos os outros profissionais da saúde mental incluindo os psiquiatras que trabalham de forma interdisciplinar.

Um grupo de 120 entidades, organizações, movimentos sociais e órgãos públicos, representados pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM) acionou a PFDC/MPF solicitando que o órgão peça esclarecimentos ao Governo Federal sobre as propostas de alteração na política nacional de atenção à saúde mental. (SÃO PAULO, 2020) O procurador federal dos Direitos do Cidadão, Carlos Alberto Vilhena, acatou o pedido e solicitou, em ofício encaminhado no dia 15 de dezembro de 2020 ao ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, que encaminhe, no prazo de cinco dias as informações sobre as medidas de alteração das políticas públicas de saúde mental e de drogas no Brasil. (BRASIL, 2020b). Não foi encontrado registro de resposta do MS a este ofício.

A deputada Sâmia Bomfim, do PSOL-SP, em nome da bancada de seu partido, também entrou com o Requerimento de Informação, RIC 1617/2020, apresentado em 8 de dezembro de 2020, questionando o ministro da saúde sobre o “revogaço”, como

ficou conhecida a proposta de cancelamento em massa do aparato normativo da PNSM (CAMARA DOS DEPUTADOS, 2020b). Este requerimento recebeu como resposta o Ofício nº141/2021/ASPAR/GM/MS, no qual o MS afirma que todas as Portarias da RAPS “estão sob análise de técnicos e especialistas da área apenas com intuito de simplificação burocrática, atualização das normas que regem o Sistema e, sobretudo, de tornar a assistência à saúde mental no Brasil mais acessível e resolutive” (BRASIL, 2021a, p. 60) Neste documento, o MS também assume que em outubro e novembro de 2020 ocorreram três reuniões sobre este assunto, com a participação de representantes do MDS, do CFM, do CONASEMS, do CONASS, da ABP, da AMB, e que não produziram ata de registro destas reuniões. Também afirma que, “a princípio não há previsão de encerramento de ações ou serviços de assistência à saúde mental” (*ibid*, p. 59) e deixa claro que “caso seja necessário revogar, atualiza ou retificar Portarias e outros Regulamentos administrativos no âmbito da competência deste ministério”, eles estão legalmente amparados para fazê-lo. (*ibid*, p. 60) e “por fim, não há propósito de dismantelar os serviços da RAPS, mas de modernizá-los” (*ibid*, p. 61). O MS não deixa claro o que seria esta modernização da RAPS, mas temos elementos suficientes para entender que seriam na direção de priorizar o tratamento em estruturas hospitalares com incentivo à internação em instituições fechadas.

Fica evidente que a discussão de toda a PNSM está sendo realizada por um grupo restrito, formado pelos mesmos representantes das correntes que se opõem frontalmente à RPB, que se encontram com os representantes dos órgãos governamentais em espaços extra-oficiais, na medida que estes não compõem agenda pública e não registram atas. Desta forma, excluem da discussão todas as profissões da saúde, reduzindo-a apenas à medicina, assim como o controle social, que é oficialmente representado pelo CNS, e os pesquisadores da saúde mental. Este modelo de encontro também impossibilita o acompanhamento das discussões sobre a implementação de políticas públicas pela sociedade. Desta forma, não é exagero afirmar que se trata de uso da máquina governamental para impor uma transformação radical de uma política de estado em benefício privado de um grupo específico sem o devido debate democrático e burlando o sistema de pesos e contrapesos inerentes ao funcionamento correto das instituições da República.

É preciso considerar o tamanho da reação e a visibilidade que o assunto tomou. Diante de tudo disso, nada aconteceu concretamente. Havia um temor e uma análise de que o MS iria realizar o conjunto dos atos de revogação na reunião ordinária da CIT de 17 de dezembro de 2020, (DELGADO, 2021), tal como ocorreu na reunião de 14 de dezembro de 2017, quando foram implementadas as primeiras normativas que alteram a PNSM. Embora não se tenha garantia nenhuma da desistência deste golpe final na política de saúde mental, podemos entender que o fato de não ter ocorrido em dezembro de 2020 e

nem até agora (dezembro de 2022), foi mais um recuo do MS em relação à implantação do modelo assistencial pautado pela ABP. Com o fim do governo Bolsonaro pode-se considerar que atualmente não há mais o risco que isto venha a acontecer.

Os três recuos do MS aqui descritos podem ser entendidos como respostas às reações contrárias às mudanças na PNSM, que são cada vez mais intensas. Apenas no primeiro deles, sobre as EAPs, é possível estabelecer com clareza uma relação causal, embora seja razoável considerar que os dois recuos seguintes também foram afetados pelas manifestações da sociedade e dos órgãos públicos contrários à modificação da política de saúde mental.

## **ANÁLISE DOCUMENTAL REFERENTE AO PERÍODO DE 2021 A 2022**

A amostra para o texto final da dissertação foi fechada em dezembro de 2020, com a inclusão dos atos normativos que não haviam entrado no artigo, sendo atualizados os atos de 2019 e 2020. No entanto, por se tratar de um fenômeno que estava em curso até o fim de 2022, foi realizada uma nova atualização dos documentos estudados para a publicação do livro, que ocorre cerca de dois anos depois. O momento de corte da amostra é propício devido ao término do governo federal atual, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores, que traz esperanças de retomada da orientação do cuidado em saúde mental pautado na liberdade, na autonomia e no território.

Neste íterim, a ABRASME publicou um memorial (PINHO, 2022) que faz uma sistematização dos documentos normativos que compõem o conjunto de retrocessos da PNSM. Este documento foi utilizado como guia para realizar esta atualização, mas analisando cada uma das medidas listadas em sua fonte primária, da mesma forma que as anteriores.

No dia 24 de julho de 2020 foi publicada a resolução nº 3 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), do Ministério da Justiça e Segurança Pública de 2020, de que regulamenta o acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2020a). Esta resolução foi ratificada pela portaria 690 do Ministério da Cidadania, em 25 de outubro de 2021 (BRASIL, 2021b). Elas determinam como devem ser as internações de adolescentes nas Comunidades Terapêuticas, e o fazem sem debate com a RAPS nem com os órgãos públicos de garantia dos direitos das crianças e adolescentes.

Estas normas permitem que sejam enviados às comunidades terapêuticas os “adolescentes que façam uso, abuso ou estejam dependentes de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2020a. art. 3º), de modo que o simples uso da droga pode justificar a reclusão do jovem! Uma violência desprovida de amparo científico e um contrassenso clínico.

A resolução afirma a necessidade de garantir o “acesso à educação”. No entanto, esta oferta “não precisa acompanhar o plano histórico escolar e seriado” (BRASIL, 2020a, art. 18), de modo que o adolescente pode ficar alijado de educação formal por até 12 meses seguidos, o que pode comprometer até dois anos letivos, considerando o tempo permitido para mantê-los na Comunidade Terapêutica. Eles ainda podem voltar para a instituição depois de um ano em casa.

Fica estabelecida a necessidade de uma “equipe multidisciplinar e multisetorial” que teria função de determinar a admissão, o desligamento e as atividades a serem realizadas pelo adolescente, de justificar a internação por período maior do que o previsto e de avaliar o projeto político-pedagógico-terapêutico da instituição. Esta equipe seria contratada pela própria instituição e pode ser composta por apenas um profissional, com formação [de qualquer nível] **em uma** das seguintes áreas: Saúde, Assistência Social ou Educação. (BRASIL, 2020a, art. 6º) Ou seja: Um professor primário ou um técnico de enfermagem pode responder sozinho como se fosse uma “equipe multidisciplinar e multisetorial”!

Esta equipe, que pode ser de uma só pessoa, estabelece um Plano Individual de atendimento – PIA, junto com o adolescente e um responsável. O adolescente precisa consentir sobre sua estada na comunidade terapêutica e sobre o PIA, mas deve seguir o que estiver estabelecido neste documento, inclusive a participação em atividades religiosas. Ele pode solicitar ver o documento a qualquer momento e pedir para revisá-lo, mas não estabelece um prazo para atender o pedido do adolescente neste sentido. Inclusive o PIA pode ser realizado até 30 dias após o acolhimento, deixando o adolescente exposto a ter que realizar tarefas determinadas unilateralmente durante todo este período.

Não há previsão de garantia ao adolescente de se comunicar com familiares ou órgãos públicos a fim de resguardar seus direitos. No caso dele assinar o PIA sob alguma forma de coação a instituição está regimentalmente respaldada de obrigá-lo a realizar as atividades previstas no documento por até um ano. Ele também tem o direito de pedir seu desligamento a qualquer momento, mas terá que fazê-lo à própria instituição, sem que haja nenhum mecanismo de garantir que seu pedido seja registrado e atendido.

Outra questão grave é a determinação de que “cabe à Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, a fiscalização e a regulamentação suplementar desta Resolução” (BRASIL, 2020a, art. 26º). Deste modo, fica limitada a fiscalização exercida por outros órgãos, como os conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde!

O SUS não é colocado como porta de entrada e não pode avaliar a pertinência das internações. Conforme o modelo do edital da SENAD 1/18, é o MDS o responsável pela regulação. O artigo 24 da resolução aponta que que no caso de financiamento municipal ou

estadual, seja COMAD da região o órgão regulador, e que a fiscalização da qualidade dos serviços seja sempre do órgão financiador. (BRASIL, 2020a, art. 24º)

Outro grande retrocesso foi a publicação da portaria GM/MS nº 596, de 22 de março de 2022, que acaba com o Programa de Desinstitucionalização como integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde, revogando o financiamento do MS para ações de desinstitucionalização (BRASIL, 2022a). Assim, ficam extintas as equipes que apoiam as RAPS nos processos de desinstitucionalização, “que envolve não apenas a retirada dos usuários dos hospitais, mas, fundamentalmente, a construção de um cuidado comunitário efetivo, contínuo e qualificado para todos os que necessitem de atenção e tratamento em saúde mental”. (SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2015, p. 7)

Para tentar evitar isto, logo no dia seguinte da publicação da portaria GM/MS 596, foi apresentado na câmara dos deputados o PDL 66/2022, de autoria do deputado Alexandre Padilha – PT/SP, que tem por objetivo sustar esta portaria, baseando-se na lei 10.216 e apontando que ela é ferida em seu artigo 2º, nos incisos de I a IX, que versam sobre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2022a).

Em 28 de março de 2022 o Ministério da Cidadania, através da Secretaria Especial do Desenvolvimento Social/Secretaria Nacional de Cuidados E Prevenção Às Drogas - SEDS/SENAPRED, publicou o edital de Chamamento Público nº 03/2022. Este edital seleciona hospitais psiquiátricos de propriedade de Organizações da Sociedade Civil para financiar tratamento de “uso e abuso de substâncias psicoativas”. (SEDS/SENAPRED, 2022)

Trata-se de um grande retrocesso, pois retoma a prática condenada da privação da liberdade como forma de tratamento e ainda o faz à revelia dos órgãos da saúde.

Em sua justificativa, o texto do edital afirma que “até o ano de 2017, a atuação do governo federal, com base em vesga interpretação da Lei 10.116, de 06 de abril de 2001, foi responsável pelo fechamento de hospitais psiquiátricos”. (SEDS/SENAPRED, 2022, p. 3) A afirmação parece se referir à lei 10.2016, da mesma data, o que torna irônica a figura de linguagem evocada. Cumpre lembrar que o dito fechamento dos hospitais psiquiátricos foi devidamente desejado e planejado, fruto de muito debate, construção coletiva, e consonante com a produção científica nacional e internacional, com as universidades e com os devidos órgãos do controle social previstos pelo Ministério da Saúde. No capítulo 2 este tema foi abordado, com farta referência bibliográfica.

O projeto candidato no edital não poderá contemplar o financiamento de leitos psiquiátricos, apenas despesas de custeio de projetos de cuidado, tratamento e reinserção social de pessoas com problemas decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias

psicoativas. O valor previsto é de 300 mil reais por entidade (passíveis de aditivo de até 30%), sendo o total de 10 milhões de reais disponibilizados para o edital, a serem pagos durante o ano de 2023. Dentre os candidatos, foram selecionados 19 hospitais psiquiátricos.

É preciso notar que o espaço físico não precisa, necessariamente, existir, bastando a “prever a sua contratação ou aquisição com recursos da parceria” para prover as “instalações e outras condições materiais para o desenvolvimento do objeto da parceria. (p. 5) Apenas a entidade precisa de materialidade, com CNPJ válido e regular, em dia com suas obrigações fiscais, possuir estatuto, endereço, etc.

Diante de tal absurdo houve protestos e cartas de repúdio (ABRASCO, 2022; DESINSTITUTE, 2022; COFEN, 2022), dos quais se destacam duas ações de órgãos de Estado. Primeiro, em 11 de abril de 2022 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASSEMS, emitiram a nota técnica conjunta 01/2022, recomendando o cancelamento do edital 03/2022. No texto, afirmam que o edital “representa interferência nas instâncias de governança e pactuação do SUS, previstas em lei, com eventual financiamento de hospitais psiquiátricos sem a devida interlocução com a rede de atenção à saúde na qual estão inseridos”. Também deixam claro que “os hospitais psiquiátricos não são considerados os ambientes mais adequados para o cuidado e reabilitação de usuários que fazem uso prejudicial e abusivo de álcool e outras drogas” e defendem o modelo de atenção de base territorial. (CONASS; CONASSEMS, 2022) O CNS também se pronunciou subscrevendo esta nota (CNS, 2022).

A segunda tentativa de cancelar o referido edital realizada por entes estatais foi o PDL 111/2022, apresentado em 28/4/2022 pela deputada Érika Kokai – PT/DF (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2022b). No entanto o presidente da Câmara dos Deputados, Arthur Lira, o rejeitou em 6/5/2022 ainda na mesa diretora, sem encaminhá-lo para debate na casa. Lira alegou que o PDL era “evidentemente inconstitucional”, e o recusou segundo o Regimento Interno da Câmara dos deputados.

Em 6 de junho de 2022, seguindo o processo da contrarreforma psiquiátrica o Ministério da Saúde implementou, através de sua portaria 1.365, 83 equipes ambulatoriais distribuídas por 11 estados ao custo anual de 18 milhões trezentos e vinte e quatro mil reais (BRASIL, 2022b). Não se trata de uma mudança na estrutura da PNSM, mas da implementação concreta de um tipo de serviço criado pela portaria MS 3.588, já comentada, que não trabalha na lógica territorial e é desproporcionalmente remunerado, de modo a incentivar os gestores municipais a optarem por estas equipes em detrimento dos serviços territoriais, como os CAPS.

No dia 20 de junho, através do decreto presidencial nº 11.098 (BRASIL, 2022c), o governo acabou com a coordenação Nacional de Saúde Mental, que vinha sendo responsável pelo planejamento e implementação da PNSM nas últimas décadas.

O último ato normativo da contrarreforma registrado foi a Portaria No 375, de 5 de agosto de 2022, que cria na estrutura do CNES, serviços descritos como “clínicas psiquiátricas que ofertam tratamento em regime de internação, nos termos das leis 10.216/2001 e 13.840/2019, para transtornos mentais e dependência química” (SAES, 2022). É absolutamente questionável a adequação destas clínicas nos termos da lei 10.216, pois novamente se trata de direcionar o cuidado para estruturas hospitalares, asilares, ineficientes e potencialmente desumanas.

Segue o quadro analítico atualizado, com todos os documentos governamentais examinados.

Nº	Nome	Data	Tipo de documento normativo	Síntese	Integra, se opõe ou complementa o conjunto de alterações na PNSM
1	Portaria Nº 2.043	11 de dezembro de 2015	Portaria MS	Nomeia Valencius Wurch Duarte Filho para exercer o cargo de Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas	Complementa
2	Portaria MS 1.482	25 de outubro de 2016	Portaria MS	Inclui as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Integra
3	Emenda Constitucional nº 95, em	15 de dezembro de 2016	Emenda Constitucional	Estabelece um novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União por vinte exercícios financeiros, estabelecendo limites individualizados para as despesas primárias.	Complementa
4	Recomendação 043 do CNS	15 de setembro de 2017	Recomendação do CNS	Recomenda revisar a portaria MS 1.482/2016, retirando as menções às comunidades terapêuticas pois estas “não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde e nem tampouco incluídas no cadastro do CNES”	Se opõe
5	Portaria nº 2.436	21 de setembro de 2017	Portaria MS	Estabelece a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Complementa

6	Resolução 32 da CIT	14 de dezembro de 2017	Resolução da CIT/MS	Estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS. Redesenha a RAPS.	Integra
7	Portaria MS 3588	21 de dezembro de 2017	Portaria MS	Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Insitui o CAPSad IV aumenta o tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral, além do aumento dos recursos hospitalares.	Integra
8	Portaria Interministerial nº 2 – MJSP, MS e MDST	21 de dezembro de 2017	Portaria Interministerial	Institui o Comitê Gestor Interministerial, que passa a ser um “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”.	Integra
9	Portaria MS/GM nº 3.992	28 de dezembro de 2017	Portaria MS	Acaba com a destinação de financiamento do MS para fins específicos, resumindo todo orçamento em “Bloco de Custeio” e “Bloco de Investimento” na Rede de Serviços Públicos de Saúde.	Complementa
10	Resolução CIT 35	25 de janeiro de 2018	Resolução CIT	Devolução de recursos de implantação a unidades que não estão apresentando faturamento corretamente	Integra
11	Resolução CIT 36	25 de janeiro de 2018	Resolução CIT	Bloqueio de recursos destinados a unidades que não estão apresentando faturamento corretamente	Integra
12	Recomendação CNS 001	31 de janeiro de 2018	Recomendação CNS	Recomenda revogar a portaria 3588	Se opõe
13	Resolução nº1 do CONAD	9 de março de 2018	Resolução CONAD	Define diretrizes para o “realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas	Integra

14	Edital 1/18 – SENAD/MJ (MS, MT e MDS)	25 de abril de 2018	Edital SENAD	Cadastramento de comunidades terapêuticas para receberem financiamento da união	Integra
15	Portaria MS 544	7 de maio de 2018	Portaria MS	Inserir o CAPSad no CNES	Integra
16	Portaria MS nº 2.434	15 de agosto de 2018	Portaria MS	Aumenta o financiamento das internações psiquiátricas de mais de 90 dias	Integra
17	Portaria MS nº 3.659	14 de novembro de 2018	Portaria MS	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de 72 CAPS, 194 SRT, 31 UA e de 22 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, em todo o Brasil.	Integra
18	Portaria MS nº 3.718	22 de novembro de 2018	Portaria MS	Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos para a RAPS mas descumpriram normas e instaura processo para devolução destes recursos.	Integra
19	Projeto de Decreto Legislativo nº 1.090	23 de novembro de 2018	Projeto de Decreto Legislativo – Câmara dos Deputados	Caso aprovado, susta a portaria nº 3.659	Se opção
20	Recomendação nº 04/2018 da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal	6 de dezembro de 2018	Recomendação MPF	Questiona a legalidade das portarias 3.659 e 3.718 e a veracidade da informação de que tais serviços não estavam em funcionamento.	Se opção
21	Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS	4 de fevereiro de 2019	Nota Técnica	Apresenta a “nova” PNSM	Integra
22	Requerimento de Informação (RIC) nº 103 de 2019 na Câmara dos Deputados	14 de fevereiro de 2019	Requerimento de Informação (RIC) – Câmara dos Deputados	Solicita informações acerca da nota técnica nº 11/2019 ao Ministro da Saúde	Se opção
23	Recomendação nº 03 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH)	14 de março de 2019	Recomendação CNDH	Suspender a execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiaram a “nova política”.	Se opção

24	Ação Civil Pública de Ilegalidade, Procedimento de Assistência Jurídica nº: 2017/001-08250	3 de abril de 2019	ACP da DPU	Aponta a ilegalidade da “nova” PMSM. Requer a tutela de urgência para suspender a eficácia de todas as normativas (as mesmas citadas pela recomendação 03 do CNDH)	Se opção
25	Decreto presidencial nº 9.761	14 de abril de 2019	Decreto presidencial (Bolsonaro)	Nova Política Nacional Sobre Drogas	Integra
26	Projeto de Decreto Legislativo 208/2019	24 de abril de 2019	Projeto de Decreto Legislativo	Se aprovado, susta a portaria MS 3588.	Se opção
27	Recomendação 23 do CNS	17 de maio de 2019	Recomendação CNS	Propõe que o Ministério Público “atue no sentido de propor a suspensão da execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida na Política Nacional de Saúde Mental”.	Se opção
28	Portaria MS nº 1.325	18 de maio de 2020	Portaria MS	Revoga o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP	Integra
29	Lei nº 13.840	5 de junho de 2019	Lei federal	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.	Integra
30	CNDH. resolução nº 26	15 de junho de 2020	Resolução CNDH	Recomenda o MS revogar a Portaria MS nº 1.325, que extinguiu as EAPs	Se opção
31	Recomendação Nº 044	15 de junho de 2020	Recomendação CNS	Recomenda o MS revogar a Portaria MS nº 1.325, que extinguiu as EAPs	Se opção
32	Projeto de Decreto Legislativo 249/20 ao Congresso Nacional	3 de junho de 2020	Projeto de Decreto Legislativo – Câmara dos Deputados	Caso aprovado, susta a portaria MS nº 1.325	Se opção
33	Portaria MS nº 1.754	14 de julho de 2020	Portaria MS	Revoga a portaria MS 1.325	Se opção (o próprio MS recua da alteração)
34	Portaria MS nº 2.387	13 de setembro de 2019	Portaria MS	Revoga as Portarias nº 3.659/2018/GM/MS e nº 3.718/2018/GM/MS, que cortam o financiamento de alguns serviços da RAPS.	Se opção (o próprio MS recua das alterações)

35	Resolução nº 3 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)	24 de julho de 2020	Resolução – CONAD	regulamenta o acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas	Integra
36	Requerimento de Informação (RIC) nº 1617/2020	8 de dezembro de 2020	Requerimento de Informação (RIC) – Câmara dos Deputados	Questiona o ministro da saúde sobre o “revogaço”	Se opõe
37	Portaria 690 do Ministério da Cidadania	25 de outubro de 2021	Portaria MC	Estabelece o Modelo de Plano Individual de Atendimento de Adolescentes – PIA conforme a resolução nº3 do CONAD	Integra
38	Portaria GM/MS nº 596	22 de março de 2022	Portaria MS	Acaba com o Programa de Desinstitucionalização	Integra
39	Projeto de Decreto Legislativo 66/2022	23 de março de 2022	Projeto de Decreto Legislativo – Câmara dos Deputados	Caso aprovado, susta a portaria MS nº596, de 22 de março de 2022	Se opõe
40	Edital de Chamamento Público nº 03/2022 - SEDS/ SENAPRED	28 de março de 2022	Edital de Chamamento Público – MC/ SEDS/ SENAPRED	Seleciona hospitais psiquiátricos de propriedade de Organizações da Sociedade Civil para financiar tratamento de “uso e abuso de substâncias psicoativas”.	Integra
41	Nota técnica conjunta 01/2022 – CONASS/ CONASSEMS	11 de abril de 2022	Nota técnica conjunta – MS/ CONASS/ CONASSEMS	Recomenda o cancelamento do edital 03/2022 SEDS/ SENAPRED	Se opõe
42	Projeto de Decreto Legislativo 111/2022	28 de abril de 2022	Projeto de Decreto Legislativo – Câmara dos Deputados	Se fosse aprovado cancelaria o do edital 03/2022 SEDS/ SENAPRED (já rejeitado)	Se opõe
43	Portaria GM/MS 1.365	6 de junho de 2022	Portaria - MS	Implementa 83 equipes ambulatoriais distribuídas por 11 estados.	Integra
44	Decreto presidencial nº 11.098	20 de junho de 2022	Decreto presidencial (Bolsonaro)	Extingue a coordenação Nacional de Saúde Mental	Integra
45	Portaria SAES/ MS nº375	5 de agosto de 2022		Cria na estrutura do CNES, serviços descritos como clínicas psiquiátricas de internação para transtornos mentais e dependência química	Integra

Quadro 2 - Documentos Governamentais Estudados, Organizados em Ordem Cronológica com Categoria de Análise

Fonte: Dados da pesquisa

Foi realizada a divisão dos documentos entre os que integram o conjunto de alterações na PNSM, objeto desta pesquisa; os que a complementam de alguma forma e os que se opõem a esta, no sentido de questionar ou de cancelar/solicitar o cancelamento destas alterações na totalidade ou em componentes específicos. O quadro também é útil para tornar as referências aos atos normativos e a cronologia das publicações deles mais clara. Em relação à classificação dos documentos, foram analisados 45 documentos governamentais, dos quais 4 foram classificados como complementares ao conjunto de alterações, 23 o integram e 18 constituíram a categoria dos documentos de oposição.

O número maior ou menor de documentos não constitui, per se, prova de apoio ou rejeição às medidas referentes aos mesmos, mas a existência de tantos posicionamentos formais de instituições de Estado em oposição nos dá subsídio para afirmar que as alterações na PNSM não vem sendo implementadas a partir de um consenso do governo, tratam-se de mudanças na estrutura de uma política de estado realizadas por um grupo que vem ocupando o governo desde 2016. Os recuos do MS percebidos neste processo trazem a dimensão da força da resistência organizada a ele.

## **ESTUDO DE PERCEPÇÃO DOS ATORES-CHAVE (SWOT-ANALYSIS)**

Foi realizado um estudo da percepção dos efeitos do conjunto de alterações da PNSM na assistência, utilizando-se a ferramenta *SWOT Analysis*, com um questionário enviado por meio eletrônico, que “compõe-se de perguntas simples e diretas, onde o respondente atribui uma nota, em escala Likert, aos Avanços, Barreiras e Estratégias Úteis que ele identifica diante das situações apresentadas” (SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2015, p. 52). A análise foi efetuada através da adaptação desta ferramenta à realidade brasileira e especificamente ao campo da atenção psicossocial realizada por Delgado como parte do documento técnico produzido no Seminário Internacional de Saúde Mental Desinstitucionalização e Atenção Comunitária: Inovações e Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira - FIOCRUZ / Fundação Calouste Gulbenkian. O objetivo desta análise era obter um panorama da percepção do assunto por quem é diretamente afetado por ele. A *SWOT Analysis* é uma ferramenta com limitações, que “não pode ser tomada como levantamento de opinião com validade estatística, porém como um subsídio de ampliação da ausculta do problema para um grupo maior de atores” (SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2015).

A intenção era buscar compreender como aqueles que serão atingidos pelas mudanças estão percebendo e compreendendo o processo. Assim, o questionário foi enviado a atores representativos das RAPS, ou seja, pessoas envolvidas no processo do cuidado em saúde mental que, de forma organizada, representem seus pares. Estas

pessoas estarão aqui divididas entre os seguintes grupos, aqui chamados de segmentos, que serão convidados a participar desta etapa da pesquisa:

- Gestores estaduais de todas as unidades federativas. O questionário foi referido ao coordenador estadual de saúde mental (ou cargo que mais se aproxime desta função) ou representante direto por este indicado;
- Gestores municipais de saúde mental dos 17 municípios com mais de um milhão de habitantes de acordo com a projeção do IBGE para 2019;
- Representantes de associações de usuários. Presidente (ou equivalente) de associações de familiares/usuários do Brasil;
- Pesquisadores/docentes que trabalham com a temática da PNSM.
- Profissionais das RAPS de todo o território nacional, distribuídas da forma mais equânime possível.

Os questionários foram elaborados e respondidos utilizando a ferramenta “Google Forms”. Os participantes receberam um convite por email ou *whatsapp* com um link que dá acesso ao formulário para ser respondido *on-line* durante o período de 23/11/2020 a 05/03/2021. Os TCLE foram respondidos no próprio formulário do questionário, sendo condição a aceitação do TCLE para que o participante tenha acesso às questões.

Antes de iniciar este estudo de percepção, em outubro de 2020, foi realizada uma aplicação piloto do questionário, à qual responderam uma pessoa de cada segmento, sendo uma pessoa com experiência em funções de liderança como usuário de saúde mental, um ex-coordenador de saúde mental de um grande município, uma profissional de CAPS e um docente/pesquisador do campo da saúde mental. O retorno da aplicação piloto apontou a necessidade de algumas mudanças para tornar a intenção das perguntas mais clara, e uma indicação de haver espaço para comentários espontâneos caso algum participante queira justificar ou contextualizar sua resposta, ainda que o instrumento seja, a princípio, objetivo. Conforme previsto no projeto da pesquisa, as respostas dos participantes da aplicação piloto não integram o conjunto de respostas analisadas pelo estudo, uma vez que o instrumento foi modificado.

A fim de deixar clara a forma como a pesquisa foi apresentada, segue o texto de introdução do questionário conforme colocado para os participantes:

*Olá! Esta é um estudo para entender como você tem percebido as mudanças que ocorreram na Política Nacional de Saúde Mental no período de 2016 a 2019. Não há respostas “corretas” ou “erradas”, é realmente sobre como você sente este processo. Se uma ou mais perguntas forem sobre algo que você não conhece, não acompanha ou não tem opinião formada a respeito é só deixar em branco, não tem problema algum e não*

*impede que você registre as demais respostas. Não se esqueça de clicar em “enviar” ao final de tudo e esperar a confirmação do registro da sua resposta.*

*Importante deixar claro que esta pesquisa entende a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) como baseada na lei 10.216 e caracterizada pela substituição do modelo asilar, pela desinstitucionalização e pela criação de uma rede de atenção em saúde mental de caráter comunitário, com apoio à autonomia de usuários e familiares. O objetivo deste questionário é conhecer a sua percepção sobre a trajetória desta política, assim definida. O projeto da pesquisa foi aprovado pelo parecer 4.296.394 do Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ.*

A análise é centrada em três eixos: Avanços, Dificuldades e Estratégias úteis:

### **a) Avanços**

Este eixo dedica-se à percepção dos atores sociais sobre se as mudanças implementadas na PNSM representaram algum avanço para o campo da atenção psicossocial.

Nesta seção cada pergunta devia ser respondida com uma nota de 1 (nenhum avanço) a 5 (avanço expressivo e muito importante) entendendo a ideia de “avanço” do ponto de vista da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) como baseada na lei 10.216 e caracterizada pela substituição do modelo asilar, pela desinstitucionalização e pela criação de uma rede de atenção em saúde mental de caráter comunitário, com apoio à autonomia de usuários e familiares. Assim, as respostas concebem como “avanço” a aproximação dos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira, da desinstitucionalização e de serviços de saúde mental de caráter comunitário.

O questionário trazia a seguinte observação: “Se você não concorda com este referencial de avanço, sinta-se à vontade para deixar isto claro nos seus comentários”.

### **b) Dificuldades**

Neste eixo, os participantes eram orientados a avaliar cada afirmação considerando o quanto concordam que ela se constitua um obstáculo à política nacional de saúde mental conforme descrita acima. A cada afirmação era atribuída uma nota de 1 (dificuldade inexistente ou pouco relevante) a 5 (dificuldade muito importante) tendo sempre em mente que se trata do período de 2016 a 2019.

### **c) Estratégias Úteis**

Aqui foram avaliadas estratégias utilizadas para buscar discutir, dialogar, aprofundar ou qualificar a PNSM.

Os participantes atribuíram uma nota de 1 (estratégia pouco útil) a 5 (estratégia muito importante) para cada uma das perguntas. O termo 'estratégia útil' aqui se refere à entender a ação apresentada como algo favorável à melhoria do debate em torno da PNSM.

Ao reportar os dados das respostas de cada segmento, é preciso esclarecer que algumas pessoas que foram convidadas devido a suas experiências como gestores ou como pesquisadores, se identificaram como profissionais da rede de saúde mental ao responderem o questionário. Algumas destas situações foram identificadas claramente, não sendo possível, no entanto, calcular o número exato destas. Estima-se que cerca de 20% das respostas do segmento dos profissionais sejam, na verdade, de convites feitos para outros segmentos.

Os convites para participar do estudo foram realizados seguindo os seguintes critérios:

**a) Docentes/pesquisadores:**

Foram convidados a participar aqueles que tenham realizado publicações científicas sobre o tema no período de 2001 (ano da lei 10.216) a 2020. Para isso tomamos como base a busca na BVS utilizando o descritor "Política Nacional de Saúde Mental" aplicado ao título, resumo e assunto neste período, considerando apenas publicações em português (por tratar-se de cenário nacional). Esta busca, realizada em 16/7/2020, retornou 54 publicações. Destas, excluindo as que citam a PNSM como contextualização e não como foco de seus estudos e entradas repetidas, restam 18 estudos. Foram considerados apenas os primeiros e últimos autores de cada publicação, restando 35 autores, considerando que um deles fica excluído por ser o orientador desta pesquisa. Além destes, como complementação, foram incluídas pessoas com notória contribuição para a discussão que reconhecidamente interferem no debate sobre a PNSM, com base nos critérios:

- 1 - Autores de referência no debate nacional sobre a política de saúde mental;
- 2 - Autores com publicações relevantes, conhecidas e regulares sobre política de saúde mental que não estão presentes na lista da busca na BVS;
- 3 - Autores com publicações relevantes em campos específicos da política de saúde mental (álcool e outras drogas e crianças e adolescentes).

Com estas inclusões, foram enviados 35 convites com base nos critérios estabelecidos para busca na BVS e mais 20 convites de docentes/pesquisadores incluídos com base nos critérios complementares acima. Destes, 12, ou seja, 21,81%, responderam à pesquisa.

### **b) Gestores Estaduais**

Todos os 27 gestores estaduais de saúde mental foram convidados a participar do estudo de percepção e também a confirmarem alguns dados de gestão. Alguns responderam às duas demandas, outros apenas os dados de gestão, e dois responderam apenas ao estudo de percepção. Um total de 8 se declararam como gestores estaduais ao responder o estudo de percepção, ou seja, 29,63% dos 27 convites enviados.

### **c) Gestores Municipais**

Foram convidados os gestores municipais de saúde mental dos 17 municípios com mais de um milhão de habitantes segundo o IBGE em 2020. Foram obtidas 7 respostas de pessoas que se declararam gestores municipais ao responder ao questionário. Assim, temos 41,18% de taxa de resposta neste segmento.

### **d) Representantes das Associações de Usuários e/ou Familiares:**

Ao selecionar os participantes representantes de associações de usuários de saúde mental, devemos levar em conta que elas podem ter perfis muito diferentes umas das outras. Elas podem ter caráter e funcionamento diversos, se utilizarem ou não dos espaços físicos de serviços da RAPS (em geral, os CAPS), receberem ou não recursos públicos e terem níveis de formalização diferentes – com ou sem diretoria formalmente constituída, estatuto, registro das atas de eleição em cartório, CNPJ, etc. (VASCONCELOS, 2009).

Foram buscadas, na medida do possível dada a dificuldade em sistematizar informações acerca das associações em todo o território nacional, ouvir tantas quanto possível e tentar abarcar instituições dos perfis mais diversos que existirem, inclusive quanto à matiz ideológica. Para isso, elas foram procuradas utilizando os motores de busca na internet, nas redes sociais e através da rede de contatos diretos e indiretos do pesquisador. Foram encontradas 37 associações ou coletivos de usuários e/ou familiares em todo o território nacional, e enviados convites aos seus representantes para participar do estudo de percepção. Destas, uma é de âmbito nacional, 8 são da região nordeste, 3 da região centro-oeste (incluindo DF), 11 da região sul e 14 da região sudeste. Esta busca pelas associações originou o Cadastro Nacional de Associações e Coletivos de Usuários e ou Familiares, que será descrito no capítulo 6. Dentre as 37 convidadas, foram obtidas 7 respostas, ou seja, 18,92%

### **e) Profissionais da Rede de Saúde Mental:**

A princípio, no projeto da pesquisa, não estava prevista a participação dos profissionais no estudo de percepção, atendo-se à ideia de buscar a impressão dos chamados *stakeholders*, ou seja, pessoas que de alguma forma representem seus pares,

de forma que suas impressões sobre este processo provavelmente representem as impressões dos grupos aos quais pertencem. No entanto, ao longo da pesquisa considerou-se que os profissionais de saúde mental representam um grupo muito significativo para não ser incluído neste estudo. Os profissionais de saúde mental sempre tiveram um papel fundamental no questionamento e construção da PNSM e precisariam ser ouvidos de alguma forma.

Buscou-se então, selecioná-los, com base nas informações disponíveis e sem critérios de estratificação estatística. Foi considerado o tamanho da rede de cada estado para determinar a quantidade de profissionais a serem convidados por unidade federativa, buscando selecionar cerca de 100 participantes. Entretanto houve uma grande dificuldade de acesso em muitos estados e dificuldade logística em selecionar tal amostra. Desta forma, partiu-se deste conceito de buscar convidar os profissionais de forma mais diversificada possível do ponto de vista da distribuição geográfica, mas levando em conta o tamanho da RAPS de cada estado.

Isto foi feito a partir de indicações de profissionais de CAPS de todas as tipologias por parte da rede de pessoas conhecidas do pesquisador que, por sua vez, podiam indicar novos participantes. Foi feito um esforço no sentido de se conseguir uma amostra de profissionais de todo o território nacional. Os participantes deviam se declarar profissionais de CAPS em atividade e manifestar interesse em responder à pesquisa, sabendo que se tratava de um estudo de percepção sobre a PNSM. Os que aceitavam recebiam o convite com o link para o questionário com as demais informações.

Como os convites eram enviados aos profissionais que já haviam dado retorno positivo, o cálculo da taxa de retorno fica comprometido e, por este motivo, será excluído do total geral. Se fosse levado em conta, apresentaria um percentual de resposta próximo aos 100%, inflado também pela questão das respostas de outros grupos declaradas como sendo de profissionais. Ao receber 26 respostas deste segmento considerou-se a amostra suficiente, pois ela não deveria ser maior do que todos os demais segmentos somados. Os profissionais de saúde mental representam 43,3% de todas as respostas recebidas. Pode-se considerar que o objetivo de abrangência geográfica foi atingido, conforme descrito adiante.

O gráfico 4, a seguir, indica a quantidade de respostas recebidas por cada segmento. Os valores estão expressos aqui de forma percentual. Os valores absolutos podem ser consultados na tabela 1 de taxa de retorno, em seguida.

Você é:  
60 respostas

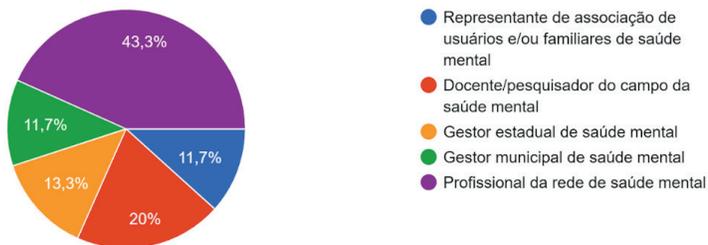


Gráfico 4 - Respostas por segmento

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Segmento	Convites	Respostas	Taxa de retorno
Docentes/pesquisadores	55	12	21,81%
Gestores estaduais	27	8	29,63%
Representantes de associações de usuários e/ou familiares de saúde mental	37	7	18,92%
gestores municipais	17	7	41,18%
Profissionais da rede de saúde mental	Excluído*	26	*
Total	136	34*	25%

Tabela 1 - Taxa de retorno

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

\*Conforme colocado no detalhamento do segmento dos profissionais da rede de saúde mental, a metodologia do convite a estes impede a comparação com os demais. Assim, os totais apresentados neste quadro não consideram este segmento. Além disso, esta taxa está subnotificada devido às respostas de outros segmentos serem contabilizadas junto às 26 respostas dos profissionais.

O gráfico 5, a seguir, mostra o percentual de respostas obtidas por categoria profissional.

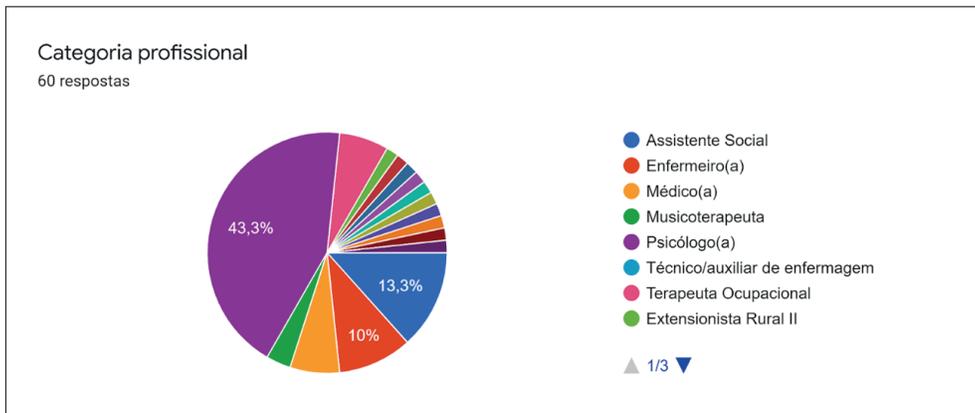


Gráfico 5 - Respostas recebidas por categoria profissional

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quanto à distribuição geográfica, foram recebidas 60 respostas no total, dentre todas as regiões do território nacional, sendo 20 da região Sudeste, 26 da região Nordeste, 6 da região Sul, 5 da região Centro-Oeste, incluídas as respostas do Distrito Federal, e 3 da região Norte. Foram ouvidas pessoas de 19 estados: Rio de Janeiro, São Paulo, e Minas Gerais no Sudeste; Piauí, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Paraíba, Bahia, e Maranhão no Nordeste; Goiás, Mato Grosso e o Distrito Federal no Centro-Oeste; Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná no Sul e Tocantins, Amazonas e Acre na região Norte (Quadro 3).

Nº	Município – UF	Respostas
1	Rio de Janeiro – RJ	6
2	Parnaíba – PI	1
3	Natal – RN	1
4	Teresina PI	5
5	Goiânia GO	1
6	Porto Alegre RS	3
7	Ribeirão preto SP	1
8	Assis SP	1
9	Florianópolis SC	1
10	Belo horizonte MG	2
11	Recife PE	2
12	Distrito federal DF	3
13	São Paulo SP	2
14	Campinas SP	1

15	Cuiabá MT	1
16	Palmas TO	1
17	Curitiba PR	1
18	Maceió AL	3
19	Guarulhos SP	1
20	João pessoa PB	1
21	Pelotas RS	1
22	Salvador BA	4
23	Niterói RJ	1
24	Macaé RJ	1
25	S Pedro da Aldeia RJ	1
26	Jundiaí SP	1
27	Camaçari BA	4
28	Manaus AM	1
29	Santa Luzia PB	1
30	Cruzeiro do Sul AC	1
31	Itaporanga PB	1
32	Timon MA	2
33	Bom jardim RJ	1
34	Campina Grande PB	1
35	Barbacena MG	1
Total de municípios:		35

Quadro 3- Distribuição das Respostas por Município

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Conforme descrito, o questionário era objetivo, mas trazia a possibilidade de que o participante pudesse comentar/completar sua resposta discursivamente caso desejasse. Foram feitos um número considerável de comentários espontâneos pelos participantes, como pode ser visto pela seguinte tabela.

Pergunta nº	Quantidade de respostas discursivas (espontâneas)	Nº de respostas	Percentual de comentadas
1.1	35	59	59,32%
2.1	41	60	68,33%
3.1	37	59	62,71%
4.1	33	60	55%
5.1	29	59	49,15%
6.1	32	59	54,24%
7.1	27	60	45%
8.1	20	59	33,9%
1.2	22	60	36,66%
2.2	18	58	31,03%
3.2	18	60	30%
4.2	12	59	20,34%
5.2	15	58	25,86%
6.2	17	60	28,33%
7.2	15	58	25,86%
1.3	13	53	24,53%
2.3	12	58	20,69%
3.3	13	59	22,03%
4.3	13	60	21,66%
5.3	16	60	26,66%
Comentários gerais	17	60 (total de resp.)	28,33%
Média geral	36,65%		

Tabela 2 - Comentários Espontâneos

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Esta tabela apresenta o número de comentários espontâneos de acordo com os critérios de análise adotados. Existe uma clara tendência a comentar mais as primeiras questões. Isto pode se dever ao crescente cansaço ao responder ao questionário e ao fato de que os assuntos das perguntas se complementam, de forma que os primeiros comentários podem contemplar também outras perguntas. Isto pode ser observado pela utilização recorrente nestes comentários de expressões como “conforme relatado acima”, “já comentado” e “idem”. No entanto, pode-se observar que a pergunta 2.1, sobre a redefinição da RAPS pela resolução 32 da CIT e Portaria n. 3.588 do Ministério da Saúde, que é a base da qual derivam todas as demais, foi a mais comentada de todas.

Ao analisar este material, foram identificados comentários que apenas concordavam, qualificavam ou enfatizavam a afirmação perguntada, sem qualquer informação adicional,

tomando como referência a maioria das respostas objetivas. Ou seja, nas perguntas objetivas em que a maioria dos participantes marcou 1, os comentários discursivos foram considerados concordantes quando se relacionavam ou enfatizavam as afirmações condizentes com as notas 1 e 2. Nas perguntas objetivas em que a maioria marcou 4 ou 5, estas foram a referência das afirmações de concordância.

Os comentários que traziam informações adicionais, que não estavam expressos na pergunta, ou ressalvas à concordância com as mesmas, foram marcados como complementares. Quando o texto do comentário espontâneo não deixava clara sua inclinação, buscou-se complementar a informação com a resposta objetiva do participante em questão, assinalando também o segmento ao qual o participante pertencia. Os comentários considerados complementares sempre estão no campo da concordância ou neutralidade.

Da mesma forma, os comentários que discordavam da maioria, com ou sem informações adicionais, sempre relacionados a uma resposta objetiva também discordantes, foram assim classificados, conforme a tabela 2.

Ainda foram encontrados comentários nos quais não foi possível atribuir nenhuma das classificações acima. Estes compreendem uma quantidade mínima, mas foram assim contabilizados.

A fim de operacionalizar esta análise, foram utilizados grifos coloridos para os comentários espontâneos, sendo azul para os de concordância, verde para os complementares e laranja para os de discordância. Estas marcas não foram mantidas no texto final.

Ao processar estas informações, todos os comentários de concordância de cada pergunta foram resumidos em um único parágrafo, algo possível dado o quanto eram repetitivos. Para facilitar a leitura, os comentários complementares foram citados de forma resumida e em estrutura de tópicos, mas mantendo todas as informações apresentadas. Comentários de mesmo teor foram fundidos em um único. Os trechos que permaneceram com a redação original foram colocados entre aspas.

Os comentários considerados como de discordância foram todos reproduzidos na íntegra, mantendo sua grafia original. Isto foi feito pois o estudo obteve um padrão de respostas muito coeso, com a ampla maioria dos participantes concordando entre suas respostas. Assim, um olhar mais aprofundado para as poucas respostas dissonantes possibilita uma maior compreensão do cenário estudado.

A tabela 3 abaixo apresenta a quantidade de comentários de acordo com sua classificação.

Pergunta	Comentários de concordância <sup>7</sup>	Comentários de discordância <sup>8</sup>	Comentários complementares	Não classificados	Total da pergunta
1.1	22	2	10	1	35
2.1	32	2	7	0	41
3.1	22	1	14	0	37
4.1	30	1	2	0	33
5.1	29	0	0	0	29
6.1	12	0	20	0	32
7.1	8	0	19	0	27
8.1	9	0	10	1	20
1.2	6	3	13	0	22
2.2	8	1	9	0	18
3.2	9	1	8	0	18
4.2	8	0	4	0	12
5.2	6	1	8	0	15
6.2	8	0	9	0	17
7.2	4	0	11	0	15
1.3	8	1	3	0	12
2.3	3	2	7	0	12
3.3	12	0	1	0	13
4.3	8	1	4	0	13
5.3	12	1	3	0	16
Gerais	12	1	3	1	17
Total	268	19	165	3	454

Tabela 3 -: Classificação dos Comentários

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Foi calculado o *Ranking* Médio Geral (RM) para as respostas do questionário conforme a metodologia de cálculo sugerida por Oliveira, baseada em “método de análise de escala do tipo Likert apresentado por Malhotra (2001) e utilizado por Tresca e de Rose Jr (2004) e por Cassiano (2005)” (OLIVEIRA, 2005, p. 1).

Para isso, foi utilizada a Média Ponderada entre o total de respostas para cada grau de intensidade da escala, multiplicando-se este total pelo grau de intensidade, somando estes e dividindo pelo número total de respostas a cada pergunta. Por exemplo: para a pergunta 1.1<sup>9</sup>, obtivemos 59 respostas, sendo 33 delas como 1 (nenhum avanço), 11 como 2, 12 como 3, 1 como quatro e 2 como 5 (avanço expressivo e muito importante). Assim,

7. Em relação à maioria das respostas objetivas.

8. Em relação à maioria das respostas objetivas.

9. Na sua percepção geral, o quanto a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) avançou entre 2016 e 2019?

$(33 \times 1) + (11 \times 2) + (12 \times 3) + (1 \times 4) + (2 \times 5) = 105$ , que dividindo pelas 59 respostas a esta pergunta<sup>10</sup> resulta em um RM de 1,78.

Pergunta	RM
<b>Eixo 1 - Avanços</b>	----
1.1-Na sua percepção geral, o quanto a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) avançou entre 2016 e 2019?	1,78
2.1 -Em dezembro de 2017 o Ministério da saúde redefiniu a Rede da Atenção Psicossocial (RAPS) (Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite e Portaria MS nº 3.588), que passou a incluir os hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia e CAPSad IV, além de aumentar o financiamento dos hospitais psiquiátricos. Em sua opinião quais as consequências destas medidas para o avanço da PNSM?	1,7
3.1 As comunidades terapêuticas já faziam parte da RAPS desde 2011. Entretanto, no período de 2016 a 2019, diversos documentos normativos do Ministério da Saúde, Ministério da justiça, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério do Trabalho e da presidência da república vem fortalecendo o financiamento delas com verba pública. O aumento do financiamento das comunidades terapêuticas representa avanço para a rede de saúde mental?	1,56
4.1 - O aumento do financiamento para internações psiquiátricas representa avanço?	1,43
5.1 – O aumento do financiamento para internações psiquiátricas especificamente de longa duração representa avanço?	1,19
6.1 - Houve avanço da participação da sociedade na discussão da Política Nacional de Saúde Mental entre 2016 e 2019?	1,71
7.1 – Houve melhora na cobertura dos serviços de saúde mental entre 2016 e 2019?	1,58
8.1 – Houve avanço na garantia de direitos aos usuários da RAPS entre 2016 e 2019?	1,56
<b>Eixo 2 - Dificuldades (obstáculos)</b>	----
1.2 – Cobertura do serviços de saúde mental inadequada ou insuficiente.	4,45
2.2 – Retorno de práticas asilares no período aqui indicado.	4,38
3.2 – Aumento no número de internações psiquiátricas.	4,42
4.2 – Aumento na duração das internações psiquiátricas.	4,29
5.2 – Diminuição de recursos para os dispositivos de atenção de base comunitária em saúde mental.	4,81
6.2 – Diminuição ou dificuldade no acesso à informação sobre o funcionamento da rede de serviços de saúde mental.	4,66
7.2 – Contradição entre referencial teórico praticado pelos profissionais dos serviços de saúde mental e as normas técnicas publicadas pelo ministério da saúde no período aqui indicado.	4,33
<b>Eixo 3 – Estratégias úteis</b>	----
1.3 – O posicionamento do Conselho Nacional de Saúde, publicando as recomendações de revogação das mudanças na PNSM (recomendação 043 de 2017, 001 de 2018 e 023 de 2019) constituiu uma estratégia útil?	4,06*
2.3 – A atuação dos órgãos de classe, como o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Federal de Enfermagem, que se posicionaram publicamente de forma contrária às mudanças realizadas na PNSM constitui uma estratégia útil?	4,38
3.3 – A constituição de frentes parlamentares em defesa da reforma psiquiátrica pode ser uma estratégia útil?	4,75

10. Foram 60 respostas ao questionário como um todo, mas como as perguntas não eram obrigatórias considerou-se a quantidade de respostas específica para cada pergunta.

4.3 - A mobilização e organização dos trabalhadores dos serviços comunitários de saúde mental para discutir as mudanças em questão constitui estratégia útil?	4,73
5.3 – O Fortalecimento do protagonismo e mobilização de familiares e usuários dos serviços de saúde mental constitui estratégia útil?	4,8

Quadro 4- *Ranking* Médio geral por pergunta.

\*valor corrigido conforme detalhado a frente. Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Vejamos estes resultados para cada um dos três eixos do questionário.

### 1) Eixo Avanços:

Calculada a média simples entre os RM das 8 perguntas deste eixo, obtivemos 1,56, sendo o maior RM de 1,78 na pergunta 1.1 e o menor de 1,19 para a pergunta 5.1, de forma que todas as perguntas obtiveram RM abaixo dos 2 pontos, na escala onde a nota varia de 1 (nenhum avanço) a 5 (avanço expressivo e muito importante).

Podemos inferir destes resultados que os participantes concordam que a Política Nacional de Saúde Mental esteve muito próxima de não obter nenhum avanço no período pesquisado. Houve pouca variação entre os resultados, mas as perguntas de caráter mais geral pontuaram mais próximas dos dois pontos, enquanto as que abordavam especificamente o aumento do financiamento para os hospitais psiquiátricos tiveram RM abaixo de 1,50, sendo que quando a pergunta foi especificamente quanto ao aumento do financiamento para internações psiquiátricas de longa duração, a concordância de que isso não representa nenhum avanço foi de 1,19, indicando ampla coesão na ideia de que isto não representa avanço. Pelo contrário, os comentários espontâneos foram muito enfáticos em apontar o retrocesso representado pelas mudanças na PNSM.

### 2) Eixo Dificuldades/obstáculos

Calculada a média simples entre os RM das 5 perguntas deste eixo, obtivemos 4,47, sendo o maior RM de 4,81 na pergunta 5.2 e o menor de 4,29 para a pergunta 4.2, de forma que todas as perguntas obtiveram RM acima de 4 pontos na escala onde a nota varia de 1 (dificuldade inexistente ou pouco relevante) a 5 (dificuldade muito importante).

Novamente, podemos inferir que os participantes concordam com as afirmações apresentadas sobre as dificuldades e obstáculos e suas implicações para a PNSM. Neste eixo, o destaque foi a pergunta sobre diminuição de recursos para os serviços de base territorial, com o maior consenso do estudo.

### 3) Eixo Estratégias Úteis

Calculada a média simples entre os RM das 5 perguntas deste eixo, obtivemos 4,54, sendo o maior RM de 4,8 na pergunta 5.3 e o menor de 4,06 para a pergunta 1.3, de forma

que todas as perguntas obtiveram RM acima de 4 pontos na escala onde a nota varia de 1 (estratégia pouco útil) a 5 (estratégia muito importante).

Aqui, o maior consenso se refere ao protagonismo dos usuários na mobilização por melhorias na PNSM, e o menor diz respeito aos órgãos de classe.

Podemos afirmar que houve um grande consenso em apontar que as alterações na PNSM no período indicado foram prejudiciais. No entanto, ao olhar os RM de todas as perguntas, vemos que este consenso não é uniforme, variando um pouco conforme cada aspecto específico do conjunto de alterações. Os maiores consensos foram registrados em relação à crítica ao aumento do financiamento para internação psiquiátrica, e ainda maior para as de longa duração, referenciando tais aumentos como de pouco ou nenhum avanço à PNSM, cujos comentários espontâneos apontaram claramente como um grande retrocesso. A diminuição de recursos para os dispositivos de atenção de base comunitária em saúde mental foi o maior consenso entre as dificuldades à PNSM. Nas Estratégias úteis, a formação de Frentes Parlamentares, a organização dos profissionais e a mobilização de usuários também revelaram um consenso maior entre os participantes.

Seguem os gráficos com as respostas e os comentários espontâneos:

### Eixo 1 - Avanços

1.1-Na sua percepção geral, o quanto a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) avançou entre 2016 e 2019?

59 respostas

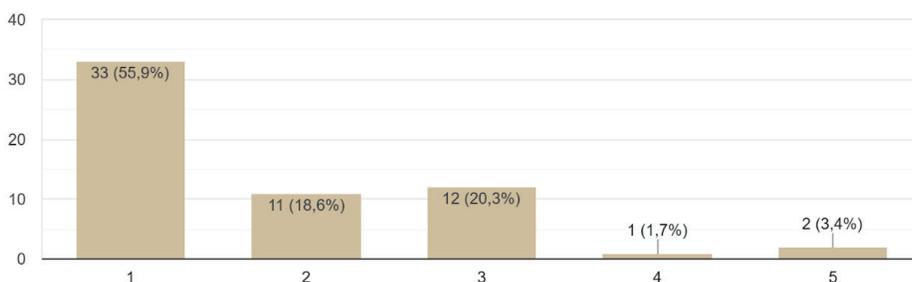


Gráfico 6 – Respostas à pergunta 1.1

Esta é a pergunta mais geral do questionário, e, conforme esperado, produz resultados mais difusos, pois existem muitos fatores que poderiam ser levados em consideração pelo

participante para avaliar o quanto a PNSM avançou neste período. Obteve um RM de 1,78, com um nível de neutralidade de 20,3%, bem maior do que nos restante das perguntas. Ainda assim, é evidente a percepção de que a PNSM obteve pouco ou nenhum avanço no período estudado, assinalada por 74,5% dos participantes, que marcaram 1 ou 2 em suas respostas.

Os 35 comentários espontâneos deixam claro uma percepção de que não houve avanços na PNSM justamente devido às mudanças implantadas na mesma pelo MS, dentre as quais o aumento no investimento de hospitais psiquiátricos foi o aspecto mais criticado. Nos 22 comentários considerados de concordância, a ideia de que houve um grande retrocesso fica bem clara, citando, reiteradamente, termos como manicomialização e desmonte das políticas públicas.

Os comentários considerados como complementares apontam:

- O retrocesso de incluir manicômios na RAPS e o risco de que o hospital psiquiátrico com maior financiamento se torne central;
- que o SAIPS<sup>11</sup> ficou boa parte do período estudado fechado, impossibilitando a habilitação de novos serviços territoriais. Com isso, os municípios estão arcando com a totalidade do custeio da rede, conseqüentemente os gestores não se mobilizam para implantarem novos serviços, pois não existe a garantia do custeio;
- a separação do campo de álcool de outras drogas do Ministério da Saúde para o ministério da justiça e o da cidadania;
- a associação de um posicionamento manicomial pelo governo ao “contexto do golpe parlamentar”;
- a criação de serviços ambulatoriais que desfavorecem lógica da rede SUS e práticas integrativas, sendo um “claro estímulo a uma abordagem hospitalocêntrica e atenção coercitiva e higienista”;
- o caráter nacional de não ter “nenhum avanço” na PNSM;
- que foram fechados alguns manicômios e criados alguns poucos CAPS, longe de atenderem as demandas;
- como um problema os residenciais terapêuticos privados que são, por vezes, “mini-manicômios” uma vez que a ampliação do quantitativo dos dispositivos da RAPS não foi de qualidade.

Houve apenas 2 comentários considerados como de discordância e eles serão reproduzidos na íntegra, mantendo a grafia original:

- 1 - “nesse período, o que tinha sido planejado para meu Estado não foi descontinuado. Ficou mais lento, mas não foi interrompida implantações de novos serviços e

---

11. Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS)

habilitações em curso” [participante, convidado como gestor estadual (mas que se identificou como profissional de saúde mental) marcou 3].

2 - “Hj o tratamento a pessoa com transtorno mental é mais humanizado, o serviço interagindo com os familiares e os usuários cada vez mais sendo visto nos contextos sociais.” [participante, profissional de CAPS, marcou 5. No entanto, a pessoa parece se referir ao avanço da saúde mental dos anos anteriores à reforma até atualmente, uma vez que aponta os valores da reforma psiquiátrica em sua resposta. Na pergunta seguinte, especificamente sobre as mudanças, ela marcou 1 (pouco ou nenhum avanço), mantendo posicionamento contrário às mudanças ao longo do questionário].

2.1 -Em dezembro de 2017 o Ministério da saúde redefiniu a Rede da Atenção Psicossocial(RAPS) (Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripart...equências destas medidas para o avanço da PNSM? 60 respostas

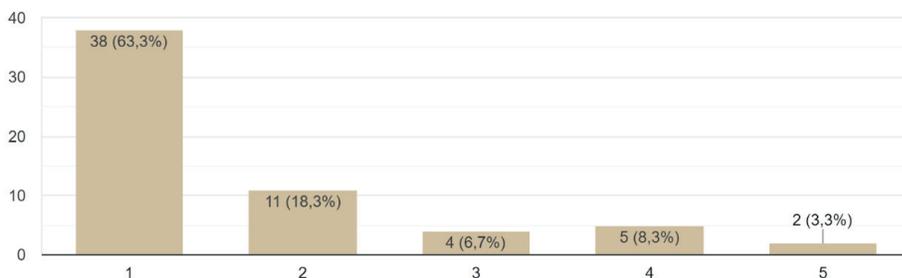


Gráfico 7 – Respostas à pergunta 2.1

Esta pergunta obteve um RM de 1,7. Novamente a maior parte dos participantes (81,6%) concorda que as mudanças normativas citadas não representam avanço para a PNSM, mas com um índice de neutralidade bem menor do que na anterior (6,7%), apontando para uma maior polarização entre as respostas do que na pergunta mais geral.

Esta foi a pergunta que mais gerou comentários espontâneos, foram 41 no total. Os 32 comentários considerados como de concordância reforçam o que já aparece nos resultados objetivos, utilizando termos enfáticos como “manicomial”, “asilar”, “modelo hospitalocêntrico”, “grande retrocesso”, “ofensiva contra a reforma psiquiátrica, sucateamento dos serviços territoriais com o congelamento do financiamento, desvio do recurso público para o modelo asilar e privado” e similares, especialmente voltados à questão das internações. Também apontam que até então muitos avanços haviam sido conquistados e trazem a percepção de que houve uma mudança de direção radical com a implementação das mudanças.

Dois, dentre os 7 comentários considerados complementares, sendo um deles de um gestor municipal, apontam que as mudanças representam retrocesso mas consideram que o CAPSad IV pode ser útil sob certas condições. No entanto outro comentário coloca justamente o CAPSad IV como um “exemplo de distorção do modelo territorial”. O hospital-dia também é defendido por um participante como uma exceção positiva no conjunto de mudanças, embora outro participante aponte os ambulatorios implementados nestas normativas como algo que “tende a fortalecer os hospitais psiquiátricos”. Um comentário de um participante, que marcou 1, aponta que em seu estado não houve mudança prática. O comentário complementar restante aponta que a “Portaria n. 3.588/2017, demonstra uma grande contradição ao que dispõe a Lei 10.216/2001” e que em “2017, o conjunto das Portarias de Consolidação ao serem publicadas pelo Ministério da Saúde gerou insegurança, instabilidade, desestruturação e dúvidas para os gestores” do estado do participante.

Tivemos dois comentários considerados como de discordância e eles serão reproduzidos na íntegra, mantendo a grafia original:

1 - “Precisa pactuar, sensibilizar e responsabilizar os gestores estaduais” [participante, gestor municipal, marcou 4]

2 - “Porém, não é o que acontece. Mas seria de grande valor.” [participante, representante de usuários (familiar), marcou 5 – ao contrário de um comentário citado acima, este parece concordar com o teor das mudanças, mas não reconhece efeito prático delas]

3.1 As comunidades terapêuticas já faziam parte da RAPS desde 2011. Entretanto, no período de 2016 a 2019, diversos documentos normativos do ... representa avanço para a rede de saúde mental?

59 respostas

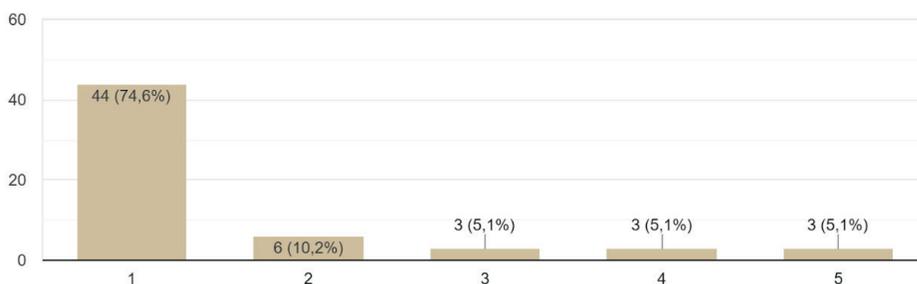


Gráfico 8 – Respostas à pergunta 3.1

Esta pergunta obteve um Ranking Médio de 1,56, mais baixo do que as anteriores mas exatamente a média deste eixo, indicando que os participantes, que já concordavam que as mudanças normativas não representam avanço à PNSM o fazem de forma mais coesa quando perguntados sobre as comunidades terapêuticas. 84,8% dos participantes afirmaram que financiar tais comunidades conforme determinado nas mudanças normativas não representa avanço à rede de saúde mental (notas 1 e 2).

Esta pergunta recebeu 37 comentários espontâneos. Destes, os 22 considerados de concordância vêm enfatizar o resultado objetivo, criticando principalmente o caráter religioso das comunidades terapêuticas, e a restrição da liberdade, de forma que se assemelham aos manicômios. Alguns comentários utilizaram de termos contundentes como “violação de direitos humanos” e “trabalho análogo a escravidão” e afirmam que “não existe tratamento em comunidade terapêutica” e que há farta literatura científica confirmando que elas não se configuram como uma prática exitosa. Um aponta que as comunidades terapêuticas tem caráter “higienista e tem sistematicamente torturado e matado pessoas”. Também aparece em muitos dos comentários a questão da “associação com o setor privado”, de forma que “tentam desqualificar o sistema público” e enfraquecer as diretrizes de cuidado do SUS.

Nos 12 comentários considerados complementares, foi apontado:

- que há municípios que só têm CT;
- os riscos de violações de direitos humanos, inclusive com a utilização de trabalho análogo à escravidão;
- a necessidade do MS rever o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS);
- que a inclusão das comunidades na RAPS foi um erro da política em 2011;
- que as comunidades terapêuticas vêm tensionando o poder público para o seu financiamento, amparadas pela organização política da igreja;
- a diferença entre a participação delas na RAPS pela PNSM de 2011 e a atual;
- que se trata de política higienista;
- que as comunidades terapêuticas se assemelham ao manicômio;
- que há uma relação de apropriação de recursos públicos em benefício privado;
- que existem pouquíssimas exceções de comunidades terapêuticas que são úteis.

Um dos participantes acredita que as comunidades terapêuticas, até o momento, não contam com recursos do SUS.

Um gestor estadual, que marcou 2 na resposta objetiva, fez o seguinte comentário: “Entendo que as CTS “ganham” espaço diante da ineficiência dos demais dispositivos da

RAPS e pela organização da Política sobre Drogas no Brasil. Não temos a redução de danos em sua potência máxima, por falta de conhecimento sobre o que é essa estratégia e por conta da lógica instituída na Política do setor. O Estado XX<sup>12</sup> contratou vagas em CTS diante do cenário que se apresentava em 2017 e hoje estamos realizando o monitoramento criterioso, com muitos enfrentamentos com essas instituições, fazendo valer os direitos dos usuários bem como primando pela qualidade desses serviços. Inclusive, estamos em processo de redução de vagas em CTS, buscando incentivar os demais dispositivos da RAPS, especialmente, os de base territorial, com ênfase na atenção básica”.

Nesta pergunta apenas um comentário pode ser considerado como de discordância:

“Em [estado do participante] isso não fez diferença, pois aqui há uma Lei Estadual de saúde mental que não contempla as CTs e os grupos condutores não reforçam/apoiam as CTs”. [participante, convidado como gestor estadual, se identifica como profissional de saúde mental, marcou 1]

#### 4.1 - O aumento do financiamento para internações psiquiátricas representa avanço?

60 respostas

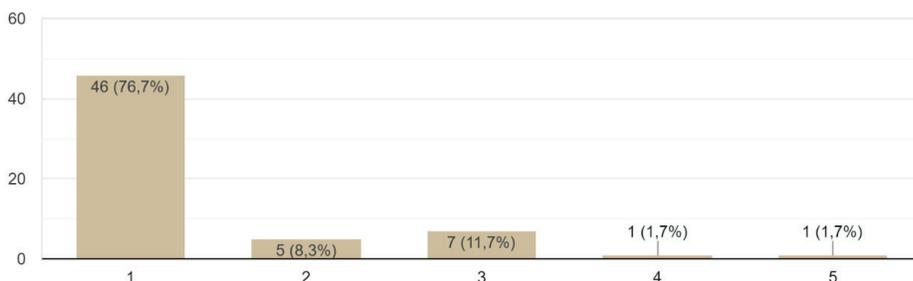


Gráfico 9 – Respostas à pergunta 4.1

Esta foi a segunda pergunta com maior concordância dentre os participantes (RM=1,43) deste eixo, sendo menor apenas do que quando foram questionadas as internações de longa permanência. Apenas dois participantes (3,4%) entendem como avanço o aumento de financiamento para internações psiquiátricas e, como se manifestaram discursivamente seus comentários serão reproduzidos abaixo.

Esta pergunta recebeu 33 comentários espontâneos. Destes, 30 foram considerados como de concordância, que apontam que este aumento representa um retrocesso importante na PNSM conforme preconizada, que isto fortalece uma lógica manicomial de cuidado amparada no discurso apenas biomédico e gera desfinanciamento do modelo

12. A fim de preservar a confidencialidade da identidade dos participantes, seus estados não serão divulgados. “Estado XX” pode se referir a qualquer das unidades federativas das quais recebemos respostas no estudo de percepção.

mais adequado. Eles vêm defender o cuidado territorial e os pressupostos da reforma psiquiátrica.

Dentre os comentários considerados complementares, um aponta que o aumento “representa interesses particulares, como da indústria farmacêutica e das instituições privadas”; e o outro informa que no estado do participante “não houve nenhum impacto, foi invisível”.

O único comentário espontâneo considerado como discordante coloca: “Necessário apenas em situações de crise, onde a pessoa com transtorno mental está oferecendo risco para si ou para outras pessoas. Nos casos de descompensação e que não há como contornar no próprio serviço, com o ajustamento da medicação, sendo breve o tempo de estadia”. [participante, profissional de CAPS, marcou 4].

O único participante que marcou 5 fez um comentário espontâneo geral, ao fim da pesquisa, que diz respeito a este assunto:

“Acho que temos carência de leitos psiquiátricos e com pouco tempo de internação conforme a situação do paciente. Profissionais despreparados, falta de moradias terapêuticas, uma vez que sabemos que muitos pacientes não tem condições de residir com a família, lembrando que as mães costumam ficar sozinhas e cuidando, e muitos não aderem tratamento ou são violentos. Os hospitais precisam de mais recursos e trabalhar também de forma mais humanizada”. [comentário geral de participante, representante de familiares, que marcou 5 nesta pergunta].

### 5.1 – O aumento do financiamento para internações psiquiátricas especificamente de longa duração representa avanço?

59 respostas

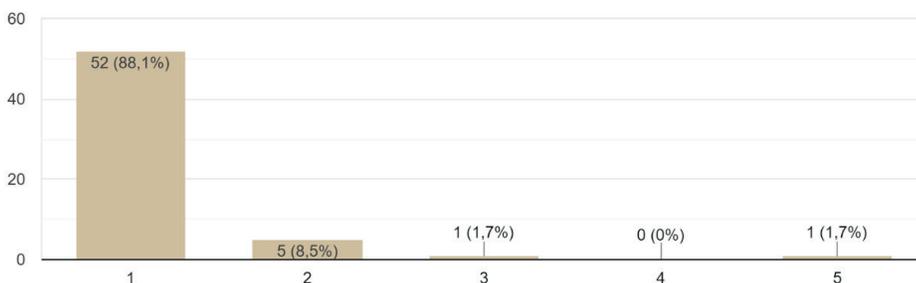


Gráfico 10 – Respostas à pergunta 5.1

Esta pergunta obteve a maior taxa de concordância entre os participantes (RM=1,19) de todo o estudo. Apenas um participante (profissional de CAPS) apontou avanço nesta

medida e outro (representante de usuários/familiares) ficou neutro. Assim, 96,6% dos participantes entendem que aumentar o financiamento das internações de longo prazo não representa avanço para a PNSM. Este dado aponta que mesmo em um cenário de consenso, como demonstrado nas demais perguntas, o nível de concordância em torno do caráter iatrogênico das internações de longa permanência é praticamente hegemônico. O fato de que no conjunto das mudanças implementadas na PNSM existe uma portaria específica com esta finalidade (Portaria MS n. 2.434 de 15 de agosto de 2018) demonstra o quanto estas ações atentam contra um cuidado adequado em saúde mental a partir da percepção das pessoas diretamente afetadas por estas políticas.

O nível de consenso neste tópico em particular foi tamanho que todos os 29 comentários espontâneos foram classificados como sendo de concordância. Eles avaliam este aumento como a “destruição do modelo comunitário”, “retrocesso a um passado que já deveria estar completamente separado”, “volta do modelo manicomial”, violação de direitos, apontam que “é uma grande ‘insanidade’ não incentivar os dispositivos da RAPS de base territorial” e que “é ilegal” e atende a interesses financeiros dos donos de hospitais psiquiátricos. Lembram o reconhecimento dos avanços obtidos até então, interrompidos com estas mudanças na PNSM. Enfim, dizem que “é a antítese da reforma psiquiátrica”.

#### 6.1 - Houve avanço da participação da sociedade na discussão da Política Nacional de Saúde Mental entre 2016 e 2019?

59 respostas

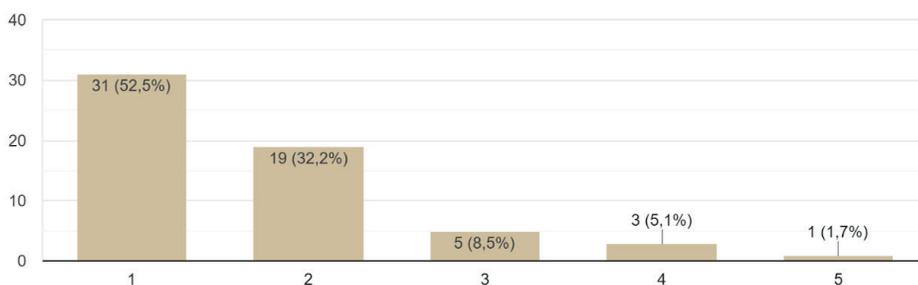


Gráfico 11 – Respostas à pergunta 6.1

Embora nesta pergunta também se tenha um alto grau de concordância entre os participantes de que houve pouco avanço na participação da sociedade na discussão da PNSM, com RM de 1,71 e 84,7% de pessoas concordando que se tenha avançado pouco ou muito pouco, aqui este nível de concordância é um dos menores em relação às outras perguntas do questionário.

Esta pergunta recebeu 32 comentários espontâneos, dos quais 12 foram classificados como de concordância e 20 como complementares, o que demonstra uma maior necessidade dos participantes em fazerem ressalvas, complementações e contextualizações. Não houve comentários considerados de discordância.

Os comentários de concordância colocam que as “mudanças foram feitas a portas fechadas, sem a participação social”, de forma autoritária, verticalizada, com “interesses escusos”, atropelando e desrespeitando as diretrizes das conferências e resoluções da área e a própria democracia com o desmonte e desarticulação dos espaços de debate e controle social. Também creditam esta situação à conjuntura política e apontam a necessidade de grandes mobilizações da sociedade para reverter as mudanças e a importância de fortalecer os movimentos sociais e informar a população para reverter os desmontes que estão acontecendo no Sistema Único de Saúde.

Os comentários classificados como complementares apontam:

- Que após o golpe de 2016 houve silenciamento e desestímulo sistemáticos da participação, com desfinanciamento do Controle Social e centralização do poder do governo federal na tomada de decisões, sem incidência da sociedade organizada na formulação da política;
- Que os espaços de controle social (conselhos e conferências) estão com pouca porosidade, excetuando, na esfera federal, os Conselhos Nacionais de Direitos Humanos e o de Saúde, embora o CNS venha sendo desrespeitado, com diminuição drástica do Controle Social na saúde;
- A importância tanto na construção da PNSM quanto na presença de forças históricas na resistência aos retrocessos por parte da RENILA<sup>13</sup>, do MNLA<sup>14</sup>, da ABRASME, e da Plataforma de Política sobre Drogas;
- A “necessidade urgente de uma manifestação dos movimentos sociais organizados para dar fim a esse retrocesso na Política de Saúde Mental”;
- A dificuldade de lidar com a situação em um cenário que inclui “a condução necrótica do governo federal, as *fakenews* e o alinhamento das grandes mídias aos setores manicomialistas”;
- Que “nem sempre foi compreendido essa participação”;
- Que os avanços acontecem apenas “quando os movimentos sociais se levantavam com inteligência o suficiente pra serem ouvidos”;
- Que “Em nossa região, a ASSUMPE<sup>15</sup>, Conselho de saúde e as universidades se uniram para discutir e tentar de uma forma esclarecer através dos encontros e junto a mídia explicar o que estava acontecendo”;

---

13. Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA)

14. Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA)

15. Associação de usuários local.

- Que “não tem ocorrido reuniões no Ministério da Saúde, que haja participação dos entes municipais e estaduais, objetivando o monitoramento, acompanhamento e avaliação da RAPS no país;
- Que o “tema da redação deste ano no Enem possibilitou aos adolescentes e jovens refletirem sobre os estigmas e seus efeitos dentro de uma sociedade padrão”;
- Que “houve mobilização e vai continuar havendo para resistir às essas atrocidades atuais”.

7.1 – Houve melhora na cobertura dos serviços de saúde mental entre 2016 e 2019?  
60 respostas

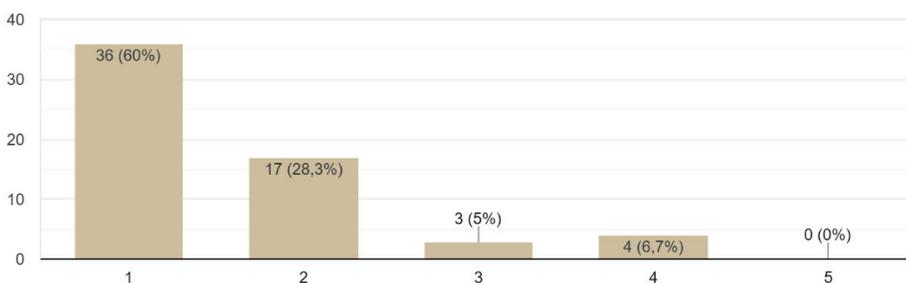


Gráfico 12 – Respostas à pergunta 7.1

Esta pergunta obteve um RM=1,58, indicando que a grande maioria (88,3%) dos participantes entende que não houve melhora na cobertura dos serviços de saúde mental neste período.

Esta pergunta recebeu 27 comentários espontâneos, sendo 8 classificados como de concordância e 19 classificados como complementares.

Os comentários espontâneos de concordância apontam a diminuição do investimento, fechamento e desestruturação dos serviços substitutivos neste período, e que a saúde mental nunca foi prioridade dentro dos serviços de saúde.

Os comentários complementares colocam que:

- Houve diferença importante entre as três esferas – um participante aponta que no governo federal e na gestão municipal da capital de seu estado tivemos o sucateamento do SUS, mas o governo estadual, de forma diametralmente oposta, implantou o cofinanciamento para a saúde mental;
- No estado XX, apenas houve melhora de cobertura impulsionada pelo cofinanciamento estadual e por processos de desinstitucionalização judicializados. Em outro estado a ampliação da cobertura após 2016 se deu apenas por processos

iniciados anteriormente e que carregam o ônus do déficit no financiamento. Um participante de mais outro estado afirma que este avançou no seu Plano de Desinstitucionalização através da estratégia da Educação Permanente;

- Também há uma melhor cobertura de serviços substitutivos em pequenos municípios;
- As informações são escassas e comprometidas pois os relatórios de gestão pararam de ser divulgados pelo MS;
- Houve implantação de alguns poucos CAPS, a maioria terceirizados, mas sem o trabalho de regionalização, de fortalecimento da rede com protocolos e fluxos de linha de cuidado e sem correspondente financiamento. Além disso, tem havido atrasos sistemáticos e até mesmo o não repasse da verba federal para os municípios em relação aos CAPS;
- O ministério da Saúde atrasou novas habilitações para recursos de custeio fechando o SAIPS por mais de um ano, e os investimentos em algumas esferas da RAPS permanecem congelados há bastante tempo – foram vários comentários neste sentido;
- “Não houve a cobertura por fortalecer os dirigentes do ambiente de trabalho e enfraquecendo o frequentador do ambiente” [Participante, representante de usuários, marcou 1];
- Também ocorreram mudanças importantes na Política de Atenção Básica, gerando dificuldades de financiamento, reflexo ainda do congelamento de recursos por 20 anos;

Um participante cita diretamente o artigo publicado com os resultados preliminares desta pesquisa (capítulo5): “Como exemplo disso podemos falar dos CAPS. Recentemente em artigo escrito por Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), vimos que a taxa de crescimento do CAPS vem caindo: de 2004 – 2006: de 29,2%, passa a ter em 2016 – 2018 (período do golpe): uma taxa de crescimento de 2,2%”.

#### 8.1 – Houve avanço na garantia de direitos aos usuários da RAPS entre 2016 e 2019?

59 respostas

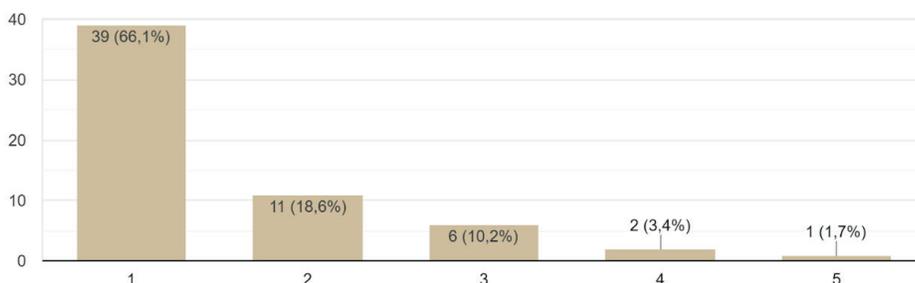


Gráfico 13 – Respostas à pergunta 8.1

Esta pergunta obteve um RM=1,56, que é exatamente a média dos RM deste eixo. Assim, a grande maioria (84,7%) dos participantes entende que não houve avanço na garantia de direitos aos usuários de saúde mental neste período.

Esta pergunta recebeu 20 comentários espontâneos, sendo 9 classificados como de concordância, e 10 classificados como complementares e um que não foi possível classificar.

Os comentários de concordância falam em violações de direitos dos usuários, que ficam “cada vez mais preteridos e submetidos a políticas descomprometidas com suas realidades sociais”. Também destacam a falta de informações para os mesmos.

Os comentários complementares apontam que:

- No Brasil, os direitos humanos e sociais estão ameaçados pelo ataque neoliberal que sucateiam o SUS e diminuem o acesso do usuário a um conjunto de bens e serviços - do transporte à moradia; do trabalho à renda etc, com perdas sucessivas de direitos;
- A própria democracia está sob ataque;
- Crianças e adolescentes expostos a internação em Hospital Psiquiátrico viola o ECA;
- Há resistência e mobilização de usuários, mas ainda assim muita perda de espaço político para avançar em pautas que ainda estavam em curso;
- Nas ações de desinstitucionalização cada vez mais os programas de governo com direitos sociais vêm sendo cerceados.
- “Em geral, a própria RAPS não funciona. Existe dificuldade na compreensão da clínica da Saúde Mental, principalmente por parte dos gestores e coordenadores /gerentes. As mudanças ocorridas no Executivo Nacional dificultaram os avanços da Reforma”;

Houve um comentário espontâneo que não foi possível classificar:

“Mais, porém pouco informado a condição da pessoa buscar o tratamento”

[Participante, representante de usuários, marcou 3]

## **Eixo 2 - Dificuldades (obstáculos)**

## 1.2 – Cobertura do serviços de saúde mental inadequada ou insuficiente.

60 respostas

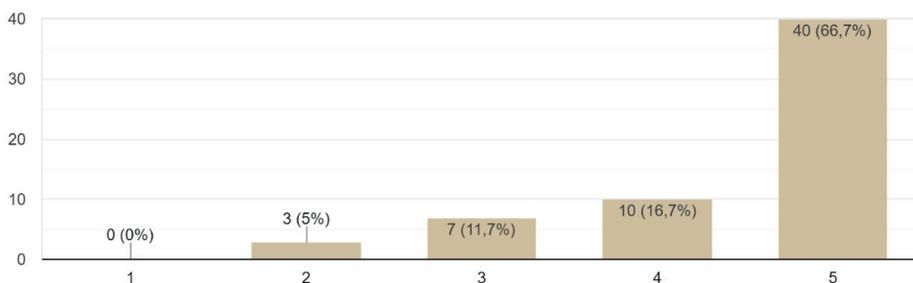


Gráfico 14 – Respostas à pergunta 1.2

Esta pergunta obteve um RM=4,45, que é próximo à média dos RM deste eixo (4,47). Assim, a grande maioria (83,4%) dos participantes entende que a cobertura de serviços inadequada ou insuficiente seja uma dificuldade importante para a PMSM neste período.

Esta pergunta recebeu 22 comentários espontâneos, sendo 6 classificados como de concordância, 13 classificados como complementares e 3 considerados de discordância.

Os comentários de concordância falam em dificuldades na cobertura de serviços territoriais em todo o território nacional, situação agravada pelo redirecionamento de recursos federais para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

Os comentários complementares colocam que:

- A saúde mental requer intra e intersetorialidade e estabilidade de trabalho para seus trabalhadores;
- a noção de cobertura de serviços precisa ser acrescida de “instrumentos de ações em rede para continuidade do cuidado e retaguarda”, especialmente em municípios menores;
- No estado XX houve aumento da rede, mas foi impulsionada pelo governo local, a despeito da coordenação nacional;
- A falta de cobertura era desigual entre diversas regiões e piorou após as novas orientações;
- “Mudanças de indicadores sem mínima discussão somente intensificaram as dificuldades na cobertura”; [participante, gestor estadual, marcou 5]
- “O interesse e o investimento atualmente na cobertura de serviços de saúde mental são insuficientes”;
- “O Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) vem se mantendo fechado, impossibilitando a implantação de novos serviços e/ou atrasos eminentes nas portarias de habilitação dos dispositivos da RAPS em geral”;

- “É importantíssimo se investir cada vez mais em estratégias de matriciamento, fortalecimento da RAPS, integração entre os serviços”;
- “Torna-se inadequado quando os serviços existentes nos dispositivos da RAPS não possuem sua equipe completa, não oferecem um cuidado pautado no território, não há uma integração com a família e a reinserção social e insuficiente pela necessidade de ampliação destes serviços na Atenção Básica”;

Houve 3 comentários considerados como de discordância e eles serão reproduzidos na íntegra, mantendo a grafia original:

1 – “Pouca coisa” [participante, representante de usuários, marcou 2]

2 – “Existem municípios como Xxx, que os serviços são poucos, com até 40 servidores de nível superior e a maioria localizada perto da casa dos servidores, em região nobre”

3 – “insuficiente a quantidade de leitos em hospitais” [participante, gestor estadual, marcou 3].

## 2.2 – Retorno de práticas asilares no período aqui indicado.

58 respostas

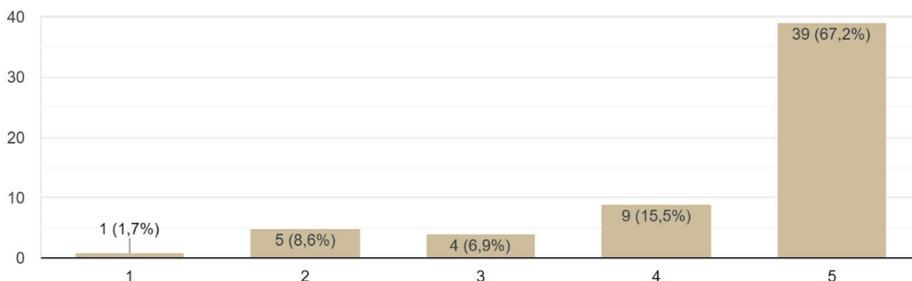


Gráfico 15 – Respostas à pergunta 2.2

Esta pergunta obteve um RM=4,38, que é próximo à média dos RM deste eixo (4,47). Assim, a maioria dos participantes (82,7%) entende que o retorno a práticas asilares seja uma dificuldade muito importante para a PMSM neste período.

Esta pergunta recebeu 18 comentários espontâneos, sendo 8 classificados como de concordância, 9 classificados como complementares e apenas 1 considerado como de discordância.

Os comentários de concordância falam em intensificação das práticas asilares, que nunca deixaram de existir e as relacionam à legislação instituída durante o período, que

é a contrarreforma em andamento. Um deles diz que há um “reforço positivo para essas práticas inadequadas”.

Os comentários complementares apontam que:

- “Destaco a reintrodução dos ambulatórios e o financiamento de leitos psiquiátricos com ampliação do tempo de permanência”;
- “As mudanças atuais ainda preservam algumas travas importantes para que o interesse asilar não tenha se efetivado plenamente. Porém, observa-se pressões e tendências atuais para afrouxamento normativo e retorno paulatino da lógica asilar”;
- “O que segura é que há municípios e estados que proíbem aumento de leitos psiquiátricos, mas todos sem exceção sofrem com o aumento de comunidades terapêuticas”;
- “A orientação política é claramente de retorno ao projeto de hospitalização da loucura, reclusão/exclusão social. Há também neste ponto um interesse claro de instituições privadas que lucram com esse tipo de assistência”;
- a falta de medicamentos na rede junto com a inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS faz com que aumentem as indicações de internação;
- este retorno a práticas asilares é catastrófico, mas no estado XX fechamos 10 instituições psiquiátricas entre 2016 e 2021, sendo a última em janeiro de 21;
- “Principalmente em relação a AD”;
- “um exemplo disso é querer que os Serviços de Residências Terapêuticas e o programa de volta para casa, passem para a Política de Assistência social”.

Esta pergunta recebeu um único comentário classificado como de discordância, reproduzido na íntegra com a grafia original:

“houve um pouco mais de pressão por parte das CTs, mas sem êxito” [participante, convidado como gestor estadual, mas auto-identificado como profissional de saúde mental, marcou 2]

### 3.2 – Aumento no número de internações psiquiátricas.

60 respostas

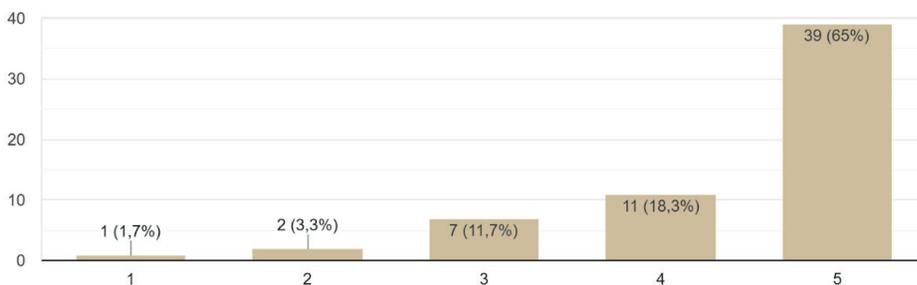


Gráfico 16 – Respostas à pergunta 3.2

Esta pergunta obteve um RM=4,42, que é próximo à média dos RM deste eixo (4,47). Assim, a maioria dos participantes (83,3%) entende que o aumento do número de internações psiquiátricas seja uma dificuldade muito importante para a PMSM neste período.

Esta pergunta recebeu 18 comentários espontâneos, sendo 9 classificados como de concordância, 8 classificados como complementares e apenas 1 considerado como de discordância.

Os comentários de concordância falam que a PNSM não pode centrar-se em medicalização e isolamento; que há um fator cultural das internações que ainda não foi quebrado, que isto se intensificou a partir de 2017, principalmente daquelas por decisão judicial e as de álcool e outras drogas e a dificuldade de romper com a lógica hospitalocêntrica quando esta é mais valorizada.

Os comentários complementares apontam que:

- Internações em comunidades terapêuticas não são contabilizadas por não serem assim denominadas, assim como clínicas asilares fora do SUS;
- “internações compulsórias”;
- “É possível que se observe alguma redução em hospitais psiquiátricos considerando a norma que não permite a habilitação de novos leitos”;
- Carecemos de dados atualizados e é necessário que as informações estejam cada vez mais divulgadas e expostas, pois seria uma forma de controle e participação da sociedade sobre o que ocorre e como ocorre a mudança na política;
- “Talvez pela pandemia”;
- “O aumento das internações coloca sugere a ineficiência da RAPS” [o participante, gestor estadual, marcou 5]

Esta pergunta recebeu um único comentário classificado como de discordância, reproduzido na íntegra com a grafia original:

- “a media de internações seguiram as mesmas, até porque não tinha onde inter-nar. Não houve aumento de leitos” [participante, convidado como gestor esta-dual mas auto-identificado como profissional de saúde mental, marcou 2]

#### 4.2 – Aumento na duração das internações psiquiátricas.

59 respostas

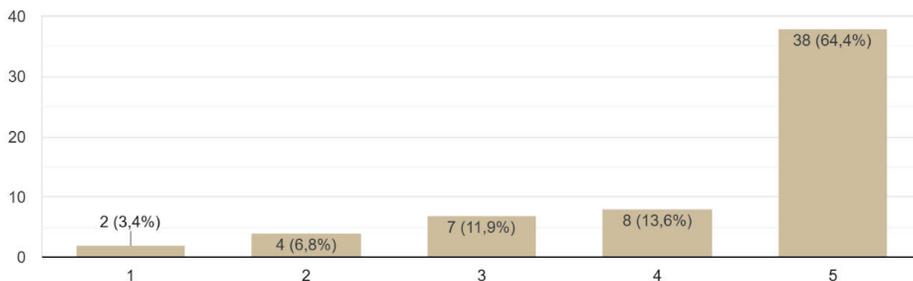


Gráfico 17 – Respostas à pergunta 4.2

Esta pergunta obteve um RM=4,29, o menor deste eixo. Ainda assim, a maioria dos participantes (78%) entende que o aumento na duração de internações psiquiátricas seja uma dificuldade muito importante para a PMSM neste período. A concordância foi ligeiramente menor do que a obtida ao se perguntar sobre o número de internações.

Esta pergunta recebeu 12 comentários espontâneos, sendo 8 classificados como de concordância, e 4 classificados como complementares.

Os comentários classificados como de concordância falam que é inadmissível a internação psiquiátrica por mais de 72 horas, que o isolamento não pode ser regra, que em sofre estas sequelas são os usuários, que ficam preocupados com este aumento.

Os comentários classificados como complementares apontam que:

- No município Xxx[capital] as internações permanecem de curta duração, mas “a política enseja ampliação da duração”;
- “os CAPS precisam se aproximar das famílias, ofertar o atendimento as mes-mas e reduzir o número de internações compulsórias”;
- Não há dados do MS disponíveis, o que seria muito importante;

## 5.2 – Diminuição de recursos para os dispositivos de atenção de base comunitária em saúde mental.

58 respostas

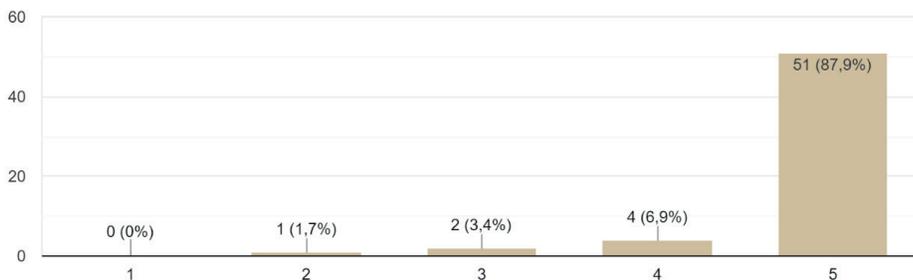


Gráfico 18 – Respostas à pergunta 5.2

Esta pergunta obteve um RM=4,81, o mais alto deste eixo. A grande maioria dos participantes (94,8%) entende que a diminuição de recursos para os dispositivos de atenção de base comunitária seja uma dificuldade muito importante para a PMSM neste período.

Esta pergunta recebeu 15 comentários espontâneos, sendo 6 classificados como de concordância, 8 classificados como complementares e 1 como sendo de discordância.

Os comentários classificados como de concordância falam que faltam materiais essenciais nestes serviços, que esta redução fortalece a lógica hospitalocêntrica do cuidado, que a saúde mental na atenção básica tem uma efetividade incrível e que “a falta de recursos é quase uma ‘rasteira’ na Política Nacional de Saúde Mental, conforme idealizada pela lei 10.216”.

Os comentários classificados como complementares apontam que:

- Houve também esta diminuição para a atenção primária, em especial, para os NASFs;
- Estes recursos foram transferidos para as comunidades terapêuticas;
- “falta incentivo financeiro e, também, de gestão plena dos municípios para reorganizar a RAPS”;
- É preciso observar que essa estatística pode se apresentar distorcida se as comunidades terapêuticas forem consideradas como dispositivos comunitários;
- “temos notícias, precisamos de mais informação”;
- “desinvestir tem sido a regra para o sucateamento da política pública”
- Todos os mecanismos que poderiam ser feitos para interromper a expansão da atenção psicossocial foram feitos, tais como fechamento do SAIPS (já mencionado).

Esta pergunta recebeu um único comentário classificado como de discordância, reproduzido na íntegra com a grafia original:

“Por parte do governo federal isso não aconteceu. No estado e municípios observamos que os investimentos nas unidades de saúde não são compatíveis com a entrada de recurso financeiro. Em 2016/2017 o governo estadual atrasou os repasse em geral aos municípios, incluindo de SM”. [participante, convidado como gestor estadual, mas auto-identificado como profissional de saúde mental, marcou 3].

#### 6.2 – Diminuição ou dificuldade no acesso à informação sobre o funcionamento da rede de serviços de saúde mental.

60 respostas

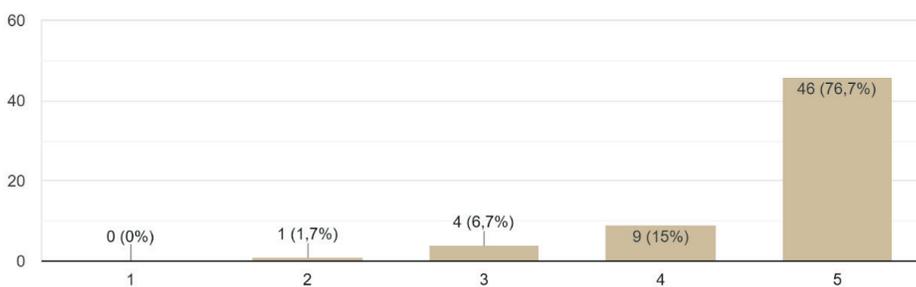


Gráfico 19 – Respostas à pergunta 6.2

Esta pergunta obteve um RM=4,66, o segundo mais alto deste eixo. A grande maioria dos participantes (91,7%) entende que a diminuição no acesso à informação sobre o funcionamento da rede de serviços de saúde mental seja uma dificuldade muito importante para a PMSM neste período.

Esta pergunta recebeu 17 comentários espontâneos, sendo 8 classificados como de concordância, e 9 classificados como complementares.

Os comentários classificados como de concordância falam que a informação é essencial para o acesso a saúde e citam a constituição para justificar isso. Que acabou a transparência. Não temos mais os boletins saúde mental em dados e não temos mais fontes de informação disponíveis como antes.

Os comentários classificados como complementares apontam que:

- Existe um desconhecimento das novas medidas e de seu impacto no funcionamento dos serviços;
- “A coordenação nacional ficou quase que invisível. Não houve reunião de coor-

denadores estaduais e municipais nesse período”;

- “essa parte é uma das mais terríveis”, é uma “atitude claramente proposital, de desinvestimento nos mecanismos que permitem a boa gestão pública, negligenciada pelos governos nacionais desde 2016 (...) impossibilitando que se possa melhor planejar, diminuindo a transparência e impossibilitando que pesquisas e avaliações das políticas pudessem ser feitas. Tais pesquisas certamente apontariam o desinvestimento e o descaso federal com a saúde mental”; [participante, gestor estadual, marcou 5]
- “Falta transparência em tudo! Basta dizer que na Coordenação Geral de saúde Mental durante este período não sabíamos a quem recorrer ou cobrar respostas”; [participante, gestor estadual, marcou 5]
- A falta de informações é especialmente danosa aos usuários, mas existem pessoas “tentando garantir o melhor para a população em meio ao sucateamento e tantas dificuldades”;
- Saúde mental tem tido alguma visibilidade nas campanhas do setembro amarelo, janeiro branco, no 18 de maio, momentos oportunos para intensificar palestras para mostrar o serviço;
- “Quando não se conhece a rede que se tem para os cuidados de que se necessita, o hospital é a primeira escolha”.

7.2 – Contradição entre referencial teórico praticado pelos profissionais dos serviços de saúde mental e as normas técnicas publicadas pelo ministério da saúde no período aqui indicado.

58 respostas

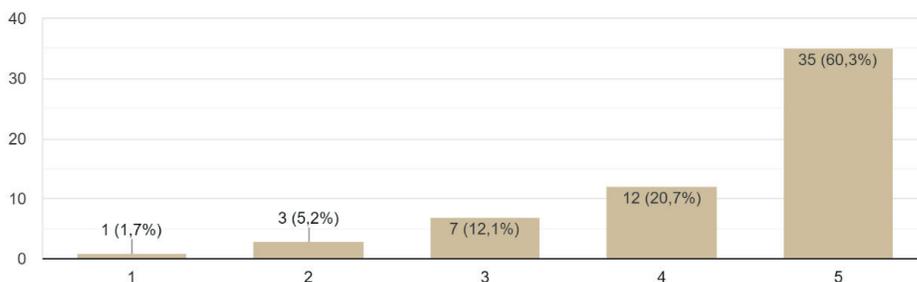


Gráfico 20 – Respostas à pergunta 7.2

Esta pergunta obteve um RM de 4,33, abaixo da média do eixo (4,47). Ainda assim, 81% dos respondentes concorda que a contradição entre o referencial teórico praticado pelos profissionais de saúde mental e as normas técnicas publicadas pelo MS seja uma dificuldade muito importante para a PMSM neste período.

Esta pergunta recebeu 15 comentários espontâneos, sendo 4 classificados como de concordância, e 11 classificados como complementares.

Os comentários classificados como de concordância falam que as políticas de Estado têm confundido quem está na assistência quando não são “tão comprometidos”.

Os comentários considerados como complementares apontam que:

- “Felizmente, a desobediência às recentes normas técnicas contribui e é fruto de uma longa trajetória de produção de conhecimento teórico, ético, legislativo e político”; [participante, docente/pesquisador, marcou 5]
- “Essa é uma contradição histórica ainda sob o período de avanço da reforma no Brasil. A convivência do modo psicossocial de atenção e o asilar é um aspecto que não foi superado. E as normas técnicas do ministério não ajudam a aprofundar tal orientação. É preciso muito mais, como avançar no modelo de formação graduada e continuada, como PETS<sup>16</sup>, Residências, e ações de educação permanente, por meio de dispositivos que iniciaram, como supervisão clínico-institucional e de redes, porém, desidratadas, ainda no início dos anos de 2010”; [participante, docente/pesquisador, marcou 5]

Alguns profissionais procuram sustentar as práticas antimanicomiais, apesar do desmonte e da precarização das condições de trabalho [participante, docente/pesquisador, marcou 3]

- “O discurso é muito bom, mas a prática não. Excesso de profissionais com pouquíssimos atendimentos, além de alguns como matriciamento, tem CAPS que não faz sequer 1 por mês”; [participante, gestor municipal, marcou 5]
- “Grande variação loco regional. O Tônus da gestão federal foi perdido, estamos a reboque das gestões locais”; [participante, docente/pesquisador, marcou 4]
- “Essa contradição prejudica muito o funcionamento das equipes que agora passam a entender que elas não são capazes nem precisam ser capazes de atender as crises graves”; [participante, representante de usuários, marcou 5]
- “O eixo direcional da política tem que ser único e universalizado para todos”;
- “Não é bem verdade que todos os profissionais dos serviços de saúde mental tenham práticas contraditórias às normas publicadas pelo Ministério da Saúde hoje em dia. É comum, principalmente entre os médicos, mas não restrito a essa categoria, relativizações a respeito dos danos das internações psiquiátricas, excesso de práticas medicamentosas e até indicação para ECT. Por outro lado, é positivo que ainda haja, inclusive entre os médicos, profissionais que trabalhem em oposição às práticas recomendadas pelo MS. porém, obviamente, é muito ruim que tenhamos que, enquanto trabalhadores do SUS, lutar contra normas do MS que atacam o próprio SUS em seus princípios”; [participante, gestor municipal, marcou 3]

---

16. Programa de Educação Tutorial (PET)

- “É importante seguir a legislação, mas um ponto importante e pensar a singularidade de cada estado”;
- A dificuldade de conciliar a defesa da atenção psicossocial diante das questões de incentivos e normas técnicas tem sido fonte de sofrimento e até adoecimento psíquico de profissionais comprometidos;

### Eixo 3 – Estratégias úteis

1.3 – O posicionamento do Conselho Nacional de Saúde, publicando as recomendações de revogação das mudanças na PNSM (recomendação 04...e 023 de 2019) constituiu uma estratégia útil?  
53 respostas

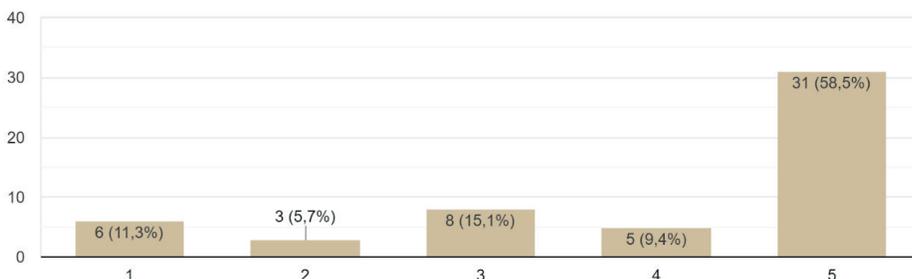


Gráfico 21 – Respostas à pergunta 1.3

Ao analisar as respostas desta pergunta, foi constatado que um participante fez um comentário muito destoante de suas demais respostas. Então, este participante foi contatado, sendo feita a pergunta novamente e a pessoa disse realmente não ter se atentado para o termo “revogação”, na pergunta, atribuindo e respondendo de forma contrária ao que realmente pensa, inclusive com um comentário espontâneo. Assim, uma das respostas como 1 passa a ser 5, o que faz com que no total, se tenha 5 respostas como 1 e 32 como 5. Segue o gráfico com as respostas atualizadas, mas em outra formatação, por tratar-se de uma errata:

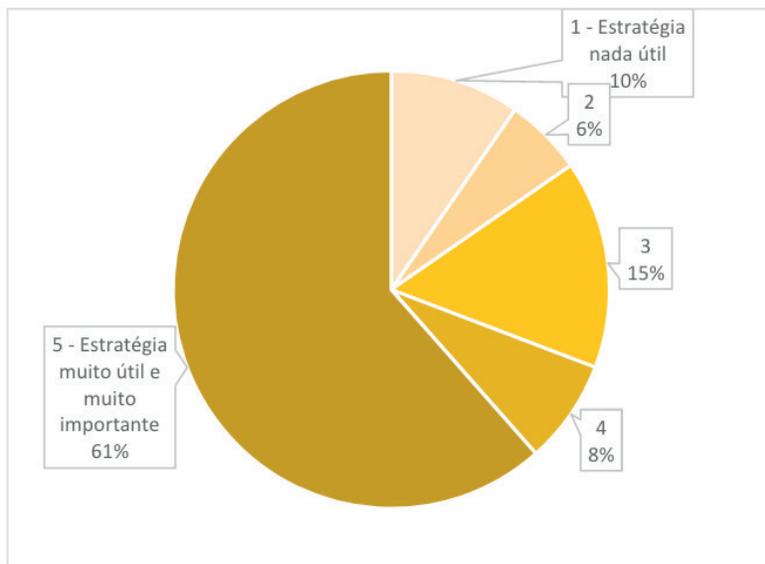


Gráfico 22 – Errata das respostas da pergunta 1.3

Após a correção, esta pergunta ainda obteve o menor grau de concordância entre os participantes de todo o estudo de percepção,  $RM=4,06$ . Ainda assim, 67,9% dos respondentes concorda que o posicionamento do CNS de recomendar revogar as mudanças na PNSM seja uma estratégia útil para a PMSM neste período. Esta pergunta também recebeu um número de respostas inferior a todas as demais. Foram 53 respostas, sendo a única abaixo de 58. Isto pode indicar falta de clareza na redação da pergunta ou falta de informação sobre atuação do CNS. Se a segunda hipótese for a que melhor retrata o que acontece, trata-se de um claro indicador de que esta atuação do Conselho precisa ser divulgada e reverberada nos espaços de discussão da saúde mental.

Esta pergunta tem 12 comentários espontâneos, considerando a correção de uma delas, sendo 8 classificados como de concordância, 3 classificados como complementares e 1 considerado como de discordância.

Os comentários classificados como de concordância falam que o CNS “tem sido a voz da sociedade civil”, a importância dos espaços institucionais de participação social, que tem sido extremamente importante.

Os comentários classificados como sendo complementares apontam que:

- “Porém, é preciso avançar bem mais com outras ações políticas, pois as instituições democráticas estão sob ataque”;
- “Isso evidencia que os lugares institucionais defendem a Política de Saúde mental em vigência até 2016 como uma Política Pública e não como uma polí-

tica de governo”;

- “Apesar de que não conseguimos a revogação, toda resistência mostra que existimos e demandamos nossos direitos. Sem esse posicionamento seria muito mais difícil frear os retrocessos”.

Esta pergunta havia recebido 2 comentários classificados como de discordância, mas um deles foi revisto, conforme descrito acima. O outro será reproduzido na íntegra com a grafia original:

- “Pouca utilidade e relevância” [participante, gestor municipal, marcou 2].

2.3 – A atuação dos órgãos de classe, como o Conselho Federal de Psicologia e o Conselho Federal de Enfermagem, que se posicionaram públi...ealizadas na PNSM constitui uma estratégia útil?  
58 respostas

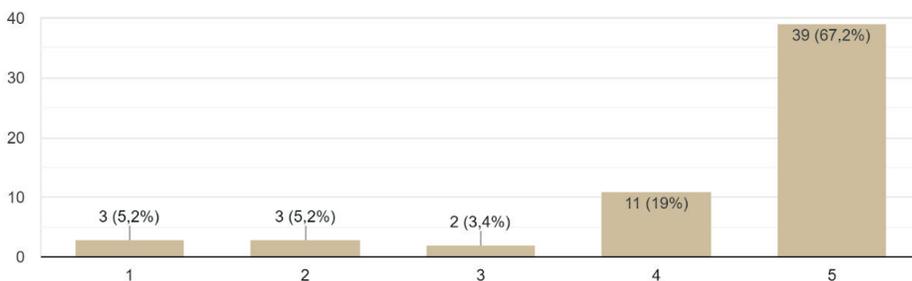


Gráfico 23– Respostas à pergunta 2.3

Esta pergunta obteve um RM=4,38, um pouco abaixo da média dos RM deste eixo, que foi de 4,54. A maioria dos participantes (86,2%) entende que a atuação dos órgãos de classe se posicionando contra as mudanças na PNSM constitua uma estratégia útil.

Esta pergunta recebeu 12 comentários espontâneos, sendo 3 classificados como de concordância, 7 classificados como complementares e 2 considerados como de discordância.

Os comentários classificados como de concordância falam que é necessário unir esforços para garantir o debate democrático e que “diante de tantos retrocessos, as entidades de classe precisam se posicionar e questionar modelos que depreciam toda uma lógica de territorialidade e respeito aos sujeitos”.

Os comentários considerados como complementares apontam que:

- “O Conselho Federal do Serviço Social também se posicionou contrária às recentes mudanças na PNSM”;
- “A atuação precisa se intensificar já que trata de categorias fundamentais do

cuidado em saúde mental. Os retrocessos ora apontados contam com claro apoio do Conselho de Medicina e protagonismo da Associação de Psiquiatria”;

- “Articulação em rede e interprofissional é nossa saída”;
- “Penso que isso respalda os profissionais que estão pautados pela atenção psicossocial”;

Esta pergunta recebeu 2 comentários classificados como de discordância, reproduzidos na íntegra com a grafia original:

1 – “Os conselhos têm funcionado como sindicatos, ou político partidários, defendem apenas os trabalhadores, não defendem os usuários” [participante, gestor municipal, marcou 2]

2 – “Considero os conselhos distantes da realidade vivida pelos profissionais q representam” [participante, profissional de saúde mental, marcou 2].

### 3.3 – A constituição de frentes parlamentares em defesa da reforma psiquiátrica pode ser uma estratégia útil?

59 respostas

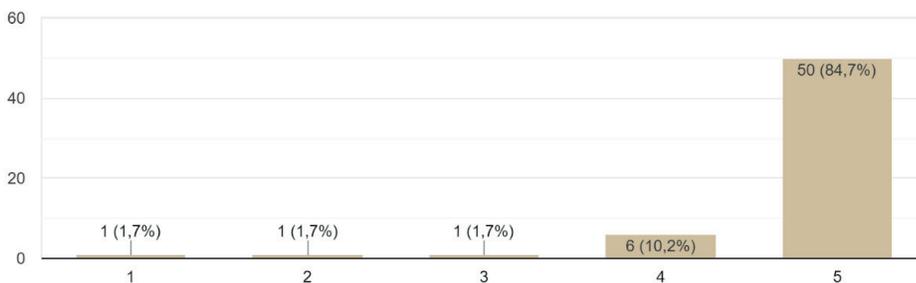


Gráfico 24 – Respostas à pergunta 3.3

Esta pergunta obteve um RM=4,75, acima da média dos RM deste eixo, que foi de 4,54. A grande maioria dos participantes (94,9%) entende que a constituição de frentes parlamentares em defesa da reforma psiquiátrica constitui uma estratégia útil à PNSM.

Esta pergunta recebeu 13 comentários espontâneos, sendo 12 classificados como de concordância, e 1 considerado como complementar.

Os comentários classificados como de concordância falam que é uma das barreiras mais importantes no cenário político atual, que o caminho da resistência ao desmonte é a organização política, que a atuação no Legislativo é também um mecanismo de pressão política na base de sustentação do governo já que os parlamentares também precisam responder as suas bases. Que quanto mais espaços de defesa de um modelo digno para

a saúde mental, melhor! Mas que precisam ser formadas por pessoas realmente focadas na saúde mental.

O comentário considerado como complementar dizia:

- “Sim, é preciso que os representantes do povo entendam o assunto, pois a maioria desconhece, acham que a loucura se cura prendendo”.

4.3 - A mobilização e organização dos trabalhadores dos serviços comunitários de saúde mental para discutir as mudanças em questão constitui estratégia útil?

60 respostas

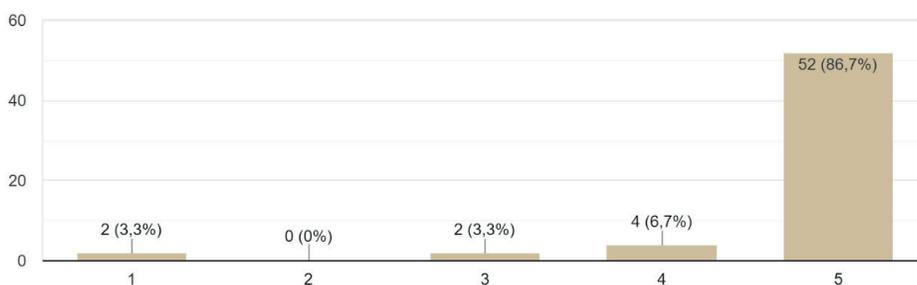


Gráfico 25– Respostas à pergunta 4.3

Esta pergunta obteve um RM=4,73, acima da média dos RM deste eixo, que foi de 4,54. A grande maioria dos participantes (93,4%) entende que a organização dos trabalhadores dos serviços comunitários de saúde mental constitua uma estratégia útil à PNSM.

Esta pergunta recebeu 13 comentários espontâneos, sendo 8 classificados como de concordância, 4 considerados como complementares e 1 classificado como de discordância.

Os comentários classificados como de concordância ressaltam a importância da organização dos trabalhadores, que é potencializada pelo acesso à informação, dos espaços de debate e da rede, que devem estar junto dos usuários.

Os comentários considerados como complementares apontam que:

- A mobilização “precisa ser melhor reforçada e articulada nacionalmente”;
- A mobilização da força de trabalho junto com os usuários, a exemplo de movimentos como o MNLA é, historicamente, a organização mais potente e garantidora das conquistas para a RPB;
- É importante para criar uma horizontalização a respeito dos posicionamentos.

Esta pergunta recebeu um único comentário classificado como de discordância, reproduzido na íntegra com a grafia original:

- “Tem se tornado espaço de sindicato e reivindicação de trabalhadores dos serviços” [participante, gestor municipal, marcou 1].

### 5.3 – O Fortalecimento do protagonismo e mobilização de familiares e usuários dos serviços de saúde mental constitui estratégia útil?

60 respostas

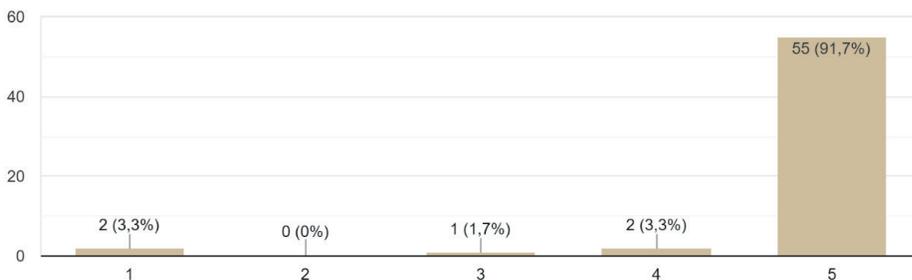


Gráfico 26 – Respostas à pergunta 5.3

Esta pergunta obteve um RM de 4,8, o mais alto deste eixo. A grande maioria dos participantes (95%) entende que o fortalecimento do protagonismo e mobilização de usuários e familiares seja uma estratégia muito útil e muito importante para a PMSM neste período. Assim, podemos afirmar que o protagonismo dos usuários é o maior consenso quando pensamos em estratégias para qualificar a PNSM.

Esta pergunta recebeu 16 comentários espontâneos, sendo 12 classificados como de concordância, 3 classificados como complementares e 1 como sendo de discordância.

Os comentários classificados como de concordância falam que o ponto chave da RPB é a associação entre usuários, familiares e profissionais do campo na defesa dos direitos, que é fundamental o empoderamento dos usuários e o Controle Social, que as famílias ainda precisam ser informadas dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que quanto mais sujeitos envolvidos melhor.

Os comentários considerados complementares colocam que:

- é importante a inclusão dos familiares para os usuários;
- “É fundamental, inclusive com escuta aberta ao que esperam de uma rede de atenção, para compreender inclusive o que dificulta a adesão ao projeto de desinstitucionalização”;
- “O protagonismo de usuário e familiares é a força que precisamos”.

Esta pergunta recebeu um único comentário classificado como de discordância, reproduzido na íntegra com a grafia original:

Muitos usuários são manipulados pelos trabalhadores e defendem os mesmos [participante, gestor municipal (mesma pessoa da discordância na resposta anterior), marcou 1].

### **Comentários Gerais:**

Ao final do questionário, havia um espaço disponível para comentários gerais sobre todo o questionário, também em caráter opcional. Foram feitos, ao todo, 17 destes comentários gerais espontâneos. Aos comentários gerais, foram atribuídas classificações conforme acima, tomando como referência de concordância a ideia de que o conjunto de mudanças realizado no período representou retrocesso à PNSM, uma vez que foi o expresso pela ampla maioria dos participantes. Por este critério, 12 destes comentários foram classificados como sendo de concordância, 3 como complementares 1 de discordância e 1 não foi possível classificar.

Os comentários gerais serão reproduzidos na íntegra, mantendo a grafia original, apenas agrupados de acordo com sua classificação.

#### Comentários de concordância:

- “Feliz com a proposta do estudo e desejando que finalizem o quanto antes. Vale pensar em como produzir e ampliar o debate mesmo no percurso ainda da pesquisa, considerando a urgência de sensibilização para o debate social”.
- “Fora Bolsonaro! Fora Quirino! Fora Osmar Terra! Fora ABP! Podemos propor uma ilha no meio do pacífico para estes viverem felizes para sempre numa comunidade terapêutica”.
- “Nós, enquanto associação de Saúde Mental, nunca pensaríamos que, em pleno ano 2000 e dentro de uma pandemia, estaríamos sentindo esses retrocessos de um governo desalmado e o pior é que outros interesses estão por trás disso”.
- “Pesquisa importante. Boa sorte. Peço desculpas pela demora em responder. Estamos preparando o material solicitado”.
- “O momento atual exige a organização de nós trabalhadores e de movimentos sociais em defesa da SUS e da reforma psiquiátrica na luta do fortalecimento da RAPS para evitar ainda mais retrocessos”.
- “Gostaria de parabenizar pela iniciativa dessa pesquisa, contemplando um tema tão relevante, sobretudo para a conjuntura atual. Que ela reverbere em mudanças significativas e em mais dignidade no cuidado com quem tem um sofrimento mental”.
- “Estamos vivenciando o desmonte na Saúde em especial na Saúde Mental, uma quantidade de absurdos e retrocessos. Precisamos fortalecer os movimentos sociais e os GT. para novamente fazer movimento de luta contra as propos-

tas que devem revogar várias portarias entre 1991 e 2014 que estabelecem a Política de Saúde Mental”.

- “Estamos vivendo um verdadeiro retrocesso na política de saúde mental, precisamos traçar estratégias de resistência contra esse desmonte”!
- “Importante a pesquisa, pois mantemos vivo os avanços da RAPS, mas nesse período só tivemos retrocessos, mas somos Residentes....”
- “A sociedade civil, os profissionais de SM, gestores e entidades de classe necessitam constante vigilância pois são propostas de forma gradativa pequenas mudanças que afetam de forma importante as bases da PNSM”
- “Hoje ainda temos um modelo de saúde mental preconceituoso, onde se indica que o uso medicamentos, que são os manicômios medicamentoso e acreditar que medicamentos curam causas é puro engano o que vejo é cada vez mais gente buscando medicamentos controlado e pouco esclarecimento sobre seus danos para a saúde futura do usuário. Vamos ter futuramente um grande aumento das doenças degenerativas do sistema mental. Os medicamentos são feitos para tratar sintomas e não s causa e mais e mais medicamentos que trazem muito estrago para a saúde psicofísico do usuário. O processo psicoterapêutico tem ficado muito desvalorizado para que trabalha na linha de frente na vulnerabilidade da situação, e ficou a mercê das instituições religiosas um dever que era do governo”.
- “Minha experiência como trabalhadora de Saúde Mental a mais de 25 anos, atuando na desconstrução do modelo manicomial, na implantação da RAPS, no fechamento hospitais psiquiátricos, avalio o período pesquisado como um retrocesso e desmonte da Política Nacional de Saúde Mental”.

### **Comentários complementares:**

- “Estamos vivendo um período muito triste para a saúde mental. Em 7 anos de militância nunca me senti tão triste”.
- “A direção dos retrocessos da PNSM em relação ao estabelecido pela Lei 10.216 são cada vez mais evidentes. Mas, temos observado que a organização da opinião pública faz a diferença, como no caso da extinção das EAP<sup>17</sup>s, que o governo voltou atrás. Então, criar estratégias de difusão de informação sobre a direção das mudanças é fundamental, assim como a remobilização de usuários, familiares, trabalhadores, pesquisadores e interessados na causa da saúde mental”.
- “Como sempre temos em disputa de modelos clínicos e políticos que trazem como pano de fundo o requerimento do financiamento público. Com a mudança da conjuntura da macropolítica para uma configuração de extrema direita,

---

17. Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)

os problemas do campo da saúde mental agravaram-se e perdemos a condução institucional da política nacional no âmbito do poder público. Compreendo também que a pandemia trouxe novos problemas e desafios, desvelando as desigualdades e vulnerabilidades já existentes na nossa sociedade, afetando também o funcionamento da RAPS. Não temos muitas perspectivas de avanço, mas, considero que agora o caminho se dar pela micropolítica nos diferentes territórios. Sustentar a RAPS com os princípios psicossociais em si já é um grande ato de resistência. Temos história e acúmulo de lutas que tem nos ajudado a fazer os contrapontos. Entendo também que o grande desafio posto é pensarmos uma forte articulação política com as entidades e forças que se colocam no campo em favor da Reforma Psiquiátrica para que possamos avançar com estratégias mais potentes com contra movimentos e resistência no cenário atual”.

#### **Comentário de discordância:**

- “Acho que temos carência de leitos psiquiátricos e com pouco tempo de interação conforme a situação do paciente. Profissionais despreparados, falta de moradias terapêuticas, uma vez que sabemos que muitos pacientes não tem condições de residir com a família, lembrando que as mães costumam ficar sozinhas e cuidando e muitos não aderem tratamento ou são violentos. Os hospitais precisam de mais recursos e trabalhar também de forma mais humanizada”.

#### **Comentário não classificado:**

- “Essa é quando tá falando de se desejar fazer a observação geral que eu quero dizer que nessa observação geral em tudo o que eu escutei e tudo que eu vi que foi escrito é que tem coisas que é bastante relevante outras não são relevantes mas porém é aonde eu coloquei a pontualidade é exatamente aonde eu entendi a loja que tem coisas que a gente leu e não consegue entender 100% e aí então foi aonde eu coloquei algumas condição independente das condições que tá colocada aí então eu entendi o que eu não entendi também aí foi as partes que eu aponte e que pode ser feito o reparo de novo”.

#### **Observações Transversais:**

As respostas ao questionário foram analisadas até aqui em seus respectivos blocos, sem levar em conta de forma sistemática a relação entre as respostas de um mesmo participante. Como objetivo de aprofundar esta compreensão das respostas, foram selecionados dois participantes para realizar uma análise linear, acompanhando suas respostas ao longo do questionário. Os critérios para inclusão nesta parte do estudo

variam a cada caso e serão especificados um a um. Estas respostas também figuram nas compilações totais apresentadas no início do capítulo e na análise de cada pergunta.

Um gestor municipal foi escolhido por apresentar combinações inesperadas em suas respostas, que podem ser entendidas como algo contraditórias. Suas respostas foram as seguintes:

#### **Eixo 1**

Pergunta	1.1	2.1	3.1	4.1	5.1	6.1	7.1	8.1
Resposta	2	4	1	1	1	2	2	2

#### **Eixo 2**

Pergunta	1.2	2.2	3.2	4.2	5.2	6.2	7.2
Resposta	5	4	4	4	4	4	5

#### **Eixo 3**

Pergunta	1.3	2.3	3.3	4.3	5.3
Resposta	3	2	5	1	1

No eixo que fala sobre avanços para a PNSM ele se manteve com avaliação negativa (notas 1 e 2) em todas as perguntas, exceto na pergunta 2.1, sobre a resolução 32 da CIT e a Portaria MS n. 3.588, na qual marcou nota 4. Interessante que, para esta pessoa, se no geral a PNSM pouco avançou (nota 2), ao responder sobre as mudanças mais específicas na PNSM ela considera que houve avanço. Entretanto, para os três aspectos perguntados sobre estas mesmas normativas, (Comunidades terapêuticas e internações em hospitais psiquiátricos em geral e especificamente as de longo prazo) atribuiu nota 1 (nenhum avanço). Esta pessoa, sobre as mudanças normativas comentou “Precisa pactuar, sensibilizar e responsabilizar os gestores estaduais”; e sobre as comunidades terapêuticas: “Inclusive o MS precisa rever o CEBAS, pois cada coordenação apresenta um ponto de vista diferente”.

No segundo eixo, concorda com todas as descrições de dificuldades/obstáculos apresentadas (notas 4 e 5).

No terceiro eixo, mantém-se em neutralidade sobre a utilidade da atuação do CNS de buscar revogar as mudanças, mas avalia negativamente (notas 1 e 2) as estratégias utilizadas pelos órgãos de classe, pelos trabalhadores e pelos usuários, comentando que: “Os conselhos tem funcionado como sindicatos, ou político partidários, defendem apenas os trabalhadores, não defendem os usuários.” Que a mobilização dos trabalhadores “Tem se tornado espaço de sindicato e reivindicação de trabalhadores dos serviços”. E que

“Muitos usuários são manipulados pelos trabalhadores e defendem os mesmos”. Por outro lado, apesar de aparentemente criticar a politização das estratégias à melhoria do debate em torno da PNSM, considerou justamente a criação das frentes parlamentares em defesa da Reforma Psiquiátrica como estratégia muito útil e muito importante (nota 5).

Um gestor estadual foi selecionado pela riqueza das informações fornecidas em seus comentários espontâneos, que serão reproduzidos na íntegra. Observa-se que se trata de alguém que detém, por sua função, muitos dados sobre este assunto. Nas perguntas objetivas ele marcou as seguintes respostas:

### Eixo 1

Pergunta	1.1	2.1	3.1	4.1	5.1	6.1	7.1	8.1
Resposta	1	1	1	1	1	1	2	1

### Eixo 2

Pergunta	1.2	2.2	3.2	4.2	5.2	6.2	7.2
Resposta	3	5	5	5	5	5	3

### Eixo 3

Pergunta	1.3	2.3	3.3	4.3	5.3
Resposta	5	3	5	5	5

Seus comentários espontâneos para cada pergunta foram os seguintes:

1.1 – “A política de saúde mental, em âmbito nacional, sofreu importantes revezes e retrocessos neste período, de maneira que se eu pudesse, marcaria -1 nessa questão”.

2.1 – “Um marco negativo que marcou o início de retrocessos normativos na PNSM, principalmente ao atacar o seu caráter substitutivo, retomando a condição de expansão dos hospitais psiquiátricos”.

3.1 – “São instituições que operam contra o caráter territorial e de rede do cuidado, além de serem responsáveis por diversas violações de direitos humanos. São aspectos que reforçam a condição manicomial das CTs”.

4.1 – “Isso implica na diminuição do investimento em outras formas, mais adequadas, de atenção à crise, como os CAPS III e os leitos em hospitais gerais. Além disso, como se sabe, os hospitais psiquiátricos geram longa permanência e institucionalização, o que fere os direitos da pessoa com sofrimento mental”.

5.1 - [sem comentário]

6.1 – “Nenhuma participação. As normas, leis e resoluções, muitas vezes, só chegam aos ouvidos dos atores do campo da saúde mental quando publicadas, tendo sido produzidas, portanto, às escondidas”.

7.1 – “No [estado XX], houve apenas melhora de cobertura impulsionada pelo cofinanciamento estadual e por processos de desinstitucionalização judicializados. Isso ocorreu apesar das diversas barreiras ocasionadas pelo Ministério da Saúde, como atraso nas habilitações para recursos de custeio e fechamento do SAIPS, por exemplo.

8.1 - [sem comentários]

1.2 – “Não sei se entendi a pergunta. Entendo que a cobertura de serviços de saúde mental no Brasil é baixa em relação à necessidade real e que o método de cálculo do MS não é bom para avaliar situações locais, com baixa população. Por outro lado, é relevante a expansão dos serviços territoriais, principalmente entre 2002 e 2016. Na verdade, o interesse e o investimento atualmente na cobertura de serviços de saúde mental é insuficiente, porque cada vez mais baixo, e inadequado, pq ampliou os gastos com hospitais psiquiátricos e CTs”.

2.2 – “É catastrófico para a vida das pessoas que sejam retomadas práticas asilares, com consequências graves para o futuro dos usuários de serviços de saúde mental. Práticas estas que já foram superadas em outros momentos, mas que temos que voltar a ver crescer. É verdade, no entanto, que fechamos no [estado XX] de 2016 até 2021 10 instituições psiquiátricas. Sendo a última em janeiro de 21.

3.2 – “pelos mesmos motivos que venho comentando nas respostas acima”.

4.2 - [sem comentários]

5.2 – “Todos os mecanismos que poderiam ser feitos para obstacularizar a expansão da atenção psicossocial foram feitos, tais como fechamento da possibilidade de novas solicitações e interrupção das análises de propostas já existentes no SAIPS. Com isso, a ampliação regular da atenção psicossocial comunitária, que ocorria há anos sem problemas, sofreu um congelamento”.

6.2 “Atitude claramente proposital, de desinvestimento nos mecanismos que permitem a boa gestão pública, negligenciada pelos governos nacionais desde 2016. A dificuldade no acesso à informação é agravada porque simplesmente não se produzem mais informações no nível federal, impossibilitando que do ponto de vista se possa melhor planejar, diminuindo a transparência e impossibilitando que pesquisas e avaliações das políticas pudessem ser feitas. Tais pesquisas certamente apontariam o desinvestimento e o descaso federal com a saúde mental”.

7.2 – “Não é bem verdade que todos os profissionais dos serviços de saúde mental tenham práticas contraditórias às normas publicadas pelo Ministério da Saúde hoje em dia.

É comum, principalmente entre os médicos, mas não restrito a essa categoria, relativizações a respeito dos danos das internações psiquiátricas, excesso de práticas medicamentosas e até indicação para ECT. Por outro lado, é positivo que ainda haja, inclusive entre os médicos, profissionais que trabalhem em oposição às práticas recomendadas pelo MS. porém, obviamente, é muito ruim que tenhamos que, enquanto trabalhadores do SUS, lutar contra normas do MS que atacam o próprio SUS em seus princípios”.

1.3 – “O controle social é, em saúde mental, um dispositivo muito importante de garantia de uma política voltada para as necessidades da população”.

2.3 – “A atuação dos conselhos descritos é muito importante. Porém os conselhos e órgãos médicos, como o CFM e a ABP, têm papel central nos retrocessos que vimos enfrentando”.

3.3 – “Muito útil”.

4.3 – “A força de trabalho e de mobilização é historicamente na nossa RPB a organização mais potente e garantidora das conquistas. Juntamente com as parcerias com usuários e familiares. Essa é a base de movimentos como o MNLA, fundamentais para esse processo”.

5.3 – “Fundamental, como citado acima. O ponto chave da RPB é a associação entre usuários, familiares e profissionais do campo na defesa dos direitos”.

- Comentários gerais: “Pesquisa importante. Boa sorte. Peço desculpas pela demora em responder. Estamos preparando o material solicitado”.

### **Considerações Sobre o Estudo de Percepção:**

É possível afirmar com base nos dados aqui levantados e analisados, que a repercussão das mudanças na PNSM gerou medo e revolta por parte das pessoas por ela afetadas. Embora o estudo não tenha propósito de medir estatisticamente a percepção dos participantes em relação ao tema, consideramos que foi possível ouvir um grupo muito diversificado e abrangente afirmando claramente o quanto entendem este processo como um ataque aos direitos daqueles que sofrem com transtornos mentais.

A partir da percepção do conjunto mais geral de fatores analisados, verifica-se que algumas questões geram no grupo um nível de coesão ainda maior. Neste sentido há um destaque importante para se opor às internações psiquiátricas, especialmente as de longa duração, para a importância de se defender o financiamento dos serviços de saúde mental de caráter territorial e do protagonismo dos usuários na luta por seus direitos e na elaboração das PNSM, além da percepção de uma intensa precarização nos serviços da RAPS atualmente.

## ESTUDO DE DADOS DE GESTÃO

O terceiro componente da análise da pesquisa constituiu-se de um estudo de dados de gestão que possam apontar os efeitos das mudanças na PNSM. Estes dados seriam levantados nos arquivos públicos do SUS. No entanto, ocorre que no mesmo período em que realizou as mudanças o governo deixou de publicar os dados mais sensíveis a esta. Cabe apontar a possibilidade de que se trata de ação coordenada justamente para dificultar a visibilidade das transformações realizadas pelo Ministério da Saúde que são objeto desta pesquisa. Tais informações eram publicadas frequentemente nos documentos do Ministério da Saúde denominados “Saúde Mental em Dados”, cuja última versão, de número 12, foi realizada em outubro de 2015 (COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2015), dois meses antes da nomeação de Valencius Wurth, aqui considerado o evento que marca o início da tentativa de mudança radical na PNSM. Desde então estes dados não foram mais publicados com o detalhamento que tínhamos até então.

Os dados específicos que a pesquisa previa levantar, constituíam as séries históricas entre os anos de 2016 e 2020 da quantidade, em todo o território nacional, dos seguintes serviços:

- CAPS (de cada tipologia);
- Residências terapêuticas;
- Consultórios de/na rua;
- Unidades de Acolhimento Adulto /Unidades de Acolhimento Infantil;
- Leitos em Hospitais psiquiátricos públicos (rede própria e rede conveniada);
- Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais;

Com esta análise se pretendia compreender como as mudanças afetaram a composição da RAPS – se a cobertura dos serviços continuava a crescer na proporção esperada e se houve diminuição de serviços ou realocação dos recursos destinados à atenção psicossocial.

Sabendo desde o início do projeto de pesquisa das dificuldades de se encontrar informações precisas por parte do Ministério da Saúde, buscamos as mesmas junto aos estados a fim de buscar recompor os totais nacionais. Para isso, foram analisados os Planos Estaduais de Saúde (PES) de todos os 26 estados e do DF levantando a composição da RAPS. O PES é um documento que:

Norteia a elaboração do orçamento do governo no tocante à saúde. (...) O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as

necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde. (CONASS, 2021, n.p.).

**Chama atenção nos textos dos PES as referências aos dispositivos implantados aguardando habilitação por parte do MS e até referências diretas à posição do MS em não financiar novos CAPS.**

**Como exemplo vemos que no Acre, o município de Acrelândia**

recebeu recursos para a implantação do serviço [CAPS I], alugou imóvel, realizou concurso público para contratação de equipe de RH, marcou data de capacitação à equipe com a Divisão de Saúde Mental, porém não conseguiu implantar o serviço devido a uma suspensão temporária dos recursos de custeio para novos CAPS pelo Ministério da Saúde (SESACRE, 2016, p. 156).

**Já em Minas Gerais,**

Temos atualmente 60 Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento não habilitados pelo Ministério da Saúde (...). No final de 2016, diversos serviços substitutivos de saúde mental pactuados, ainda não foram implementados no Estado de Minas Gerais, pelos seguintes motivos: desistência do poder público municipal, falta de estímulo devido o Ministério da Saúde não estar credenciando serviços substitutivos, há quase um ano (SES-MG, 2016, p. 189-190).

**No estado do Rio de Janeiro,**

Devido ao acelerado processo de desmonte das Políticas Públicas em nosso país, foi constatado o crescente sucateamento dos serviços, tanto na infraestrutura como nos recursos humanos (precarização dos contratos de trabalho), produzindo um excesso de rotatividade dos trabalhadores, o que compromete a qualificação técnica e dos serviços e conseqüentemente a plena sustentação da potência de cuidado ofertada pelos dispositivos da RAPS. Ao lado disso, soma-se a disputa de projetos, como as comunidades terapêuticas - que se encontram na contramão da Reforma Psiquiátrica, por serem instituições centradas na internação e no isolamento do usuário -, funcionando sob a lógica asilar e excludente vigente nos hospícios. Fere ademais a necessária laicidade das ações em saúde por ser, via de regra, de cunho religioso. Vale ressaltar que a OPAS/OMS apontam contundentemente a inadequação e ineficácia das internações involuntárias ou compulsórias no tratamento de usuários em uso prejudicial de álcool e outras substâncias. Cabe ressaltar, ainda, que ao estabelecerem a abstinência como regra para ingresso e permanência dos usuários, as comunidades terapêuticas contrariam a Política Nacional de Redução de Danos, instituída pela Portaria MS/GM no 1.028, de 1º de julho de 2005, comprometendo, já de início, a garantia do princípio da universalidade de acesso (SES-RJ, 2019, p. 125-126).

**O PES do Rio de Janeiro traz ainda um outro detalhe: apesar de ser um documento de 2019, o PES (idem, p.124) se baseia no conceito de RAPS da Portaria n. 3.088, de 2011,**

e não na 3.588, de 21/12/2017 – o que poderia ser entendido como um não reconhecimento da mesma por parte da gestão estadual.

#### Quanto a questão de não habilitar novos serviços no MS,

O Painel saúde Mental: 20 anos da lei 10.216 perguntou aos Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em rápida enquete, quantos Centros de Atenção Psicossocial estavam em funcionamento nos estados, mas ainda não tinham acesso ao custeio mensal, ao financiamento de custeio pelo Ministério da Saúde. Os 13 estados respondentes informaram sediar, juntos, 95 CAPS já funcionamento, mas ainda não financiados pelo MS. Isto pode ser indicar represamento nos processos burocráticos de financiamento de serviços. O estado do Rio de Janeiro tem hoje 21 CAPS em funcionamento e não financiados pelo governo federal. Minas Gerais tem 31 serviços também nessa situação. (WEBER, 2021, p. 14).

Dificultar o credenciamento de novos CAPS tem ao menos 3 impactos diretos:

1. A rede CAPS não cresce no ritmo necessário para oferecer uma cobertura adequada à população em substituição ao tratamento asilar;
2. Gestores municipais que investiram na implantação de CAPS esperam serem ressarcidos pelo MS conforme a legislação do SUS. A demora no credenciamento onera os orçamentos municipais de forma não prevista, mesmo que depois de algum tempo o credenciamento acabe ocorrendo;
3. Gestores municipais que planejam implementar novos CAPS passam a entender que ao fazê-lo, estão assumindo um risco de que seus municípios não recebam o devido ressarcimento pelo investimento e isso deve influenciar as decisões de implantação destes serviços.

Após a análise dos PES, os gestores estaduais de saúde mental foram contatados para ratificar, retificar ou complementar estes dados. Contudo, nem todos os PES continham todas as informações e apenas 14 gestores estaduais responderam à solicitação de informação, sendo que alguns de forma parcial. Desta forma não foi possível calcular o total de serviços no país a partir do somatório dos estados<sup>18</sup>. O Coordenador Nacional de Saúde Mental também foi contatado com a solicitação de fornecer as mesmas informações a nível nacional, ao que nos atendeu prontamente, mas com mais divergências entre as demais fontes. O registro integral destas comunicações é mantido pelos pesquisadores.

Algumas das informações buscadas também foram encontradas nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), do Ministério da Saúde, dos anos de 2018 e 2019. Entretanto havia uma diferença significativa entre os números de cada uma destas fontes. Por conseguinte, foram analisadas as portarias de habilitação de CAPS dos anos de 2018 a 2020 a fim de tentar descobrir ao menos o número total de CAPS no Brasil e a taxa de

---

18. Por este motivo estes dados não foram utilizados na análise. Ainda assim, os quadros consolidados com as respostas dos estados, mas se encontram disponíveis nos apêndices para consulta.

incremento da rede destes serviços, dirimindo as dúvidas causadas pela divergência dos números das demais fontes.

Ao final do período de análise destes dados, foi publicado o Painel Saúde Mental: 20 Anos da Lei nº 10.216, que busca “Recompor a maior parte das bases de dados do Saúde Mental em Dados, com a apresentação e análise de dados federais sobre o campo da saúde mental desde a Lei nº 10.216” (WEBER, 2021, p. 14) – o que se constituiu como referência fundamental para os dados de gestão analisados, pois ao adotar metodologia semelhante ao “Saúde Mental em Dados”, permite comparações muito mais precisas. Apesar de tomar este documento como referência principal, serão apresentadas tabelas comparativas entre todas as diferentes fontes pesquisadas. Os números enviados pelos estados, no entanto, não serão incluídos por não permitirem comparações.

Ano	Resposta MS <sup>19</sup>	RAG MS 2018 <sup>20</sup>	RAG <sup>21</sup> MS 2019 <sup>22</sup>	Portarias de Habilitação	Painel SM 20a	Maior diferença entre fontes no ano
2014	2.137				2.222 (+143)	85
2015	2.273 (+136)	2.369	1.925+403=2.328		2.350 (+128)	96
2016	2.429 (+192)	2.471 (+102)	2.457 (+102+27)		2.484 (+134)	55
2017	2.548 (+119)	2.551 (+80)	2.553 (+80+16)		2.583 (+99)	35
2018	2.580 (+32)	2.581 (+30)	2.583 (+30+0)	+27 <sup>23</sup>	2.613 (+30)	33
2019	2.656 (+76)		2.660 (+75+2)	+80	2.691 (+78)	35
2020	2.749 (+93)			+92 <sup>24</sup>	2.785 (+94)	36

Tabela 4 - Comparação entre Fontes Para Total de CAPS

\*Vide notas de rodapé.

Fonte: Dados da pesquisa.

19. Resposta obtida junto ao DAPES/SAPS, na qual afirma que os dados sobre são de responsabilidade do Departamento de Saúde da Família (DESF)

20. O RAG 2018 do MS apresenta os dados de forma esquemática, cita a quantidade de CAPS habilitados por ano ao lado de um total, aparentemente de 2018. Os totais de cada ano na tabela aqui produzida foram calculados manualmente com base nestes dados. Esta página do RAG 2018, a 45, está reproduzida nos anexos.

21. Fonte: DAPES/SAPS/MS. 2015 a 2019. \*Em 2018, houve uma desabilitação.

22. Os dados são apresentados apenas por gráficos no documento, de forma pouco clara que parece se referir ao incremento anual. Esta página do documento está disponível nos anexos.

23. 30 habilitações novas menos 3 que estavam repetidas no mesmo ano.

24. 95 novas habilitações menos 3 desabilitações.

Ano	Resposta MS	RAG MS 2019	RAG MS 2018 <sup>25</sup>	Saúde Mental em Dados 12	Painel SM 20a	Maior diferença entre fontes no ano
2014	356			289 (havendo 610 em funcionamento não habilitadas)	289	67
2015	416	362			360	56
2016	512	489	489 (127)		483	29
2017	582	579	579 (90)		567	15
2018	624	621	621 (42)		609	15
2019	691	684	665 (44) (previsão)		677	14
2020	797				783	14

Tabela 5 - Comparação Entre Fontes Para Total de SRT Habilitados

Fonte: dados da pesquisa. Vide notas de rodapé.

Ano	Resposta MS	RAG MS 2019	RAG MS 2018 <sup>26</sup>	Saúde Mental em Dados 12	Painel SM 20a	Maior diferença entre fontes no ano
2014	33			34	34	1
2015	47	48			48	1
2016	53	56	56 (+8)		56	3
2017	58	62	62 (+6)		60	2
2018	59	63	63 (+1)		61	2
2019	66	67	76 (+13) "previsão"		67	1
2020	70				72	2

Tabela 6- Comparação entre fontes para total de Unidades de Acolhimento

Fonte: dados da pesquisa. Vide notas de rodapé.

25. Números de SRTs pelo RAG 2018 conforme descrito acima, vide anexo B.

26. Números de UAs pelo RAG 2018 conforme descrito acima, vide anexo B.

Ano	Resposta MS	RAG MS 2019	RAG MS 2018 <sup>27</sup>	Saúde Mental em Dados 12	Painel SM 20a	Maior diferença entre fontes no ano
2014	832			888	943	56
2015	1.003	995			1067	72
2016	1.168	1.150 (+155)	1.150 (+155)		1240	90
2017	1.130*	1.325 (+175)	1.325 (+175)		1412	282
2018	1.441	1.450 (+125)	1.450 (+125)		1550	109
2019	1.641	1.622 (+172)	1.595 (+145) "previsão"		1750	128
2020	1.802				1927	125

Tabela 7 - Comparação entre fontes para total de leitos de Saúde Mental em hospital geral

Fonte: dados da pesquisa. Vide notas de rodapé.

\* decréscimo

Ano	Resposta MS	RAG MS 2019	RAG MS 2018	Saúde Mental em Dados 12	Painel SM 20a	Maior diferença entre fontes no ano
2014	25.047			25.988	25.988	941
2015	22.536				22.536	0
2016	19.624				19.624	0
2017	17.559				17.559	0
2018	16.091				16.091	0
2019	14.305				14.305	0
2020	13.929				13.929	0

Tabela 8 - Comparação entre fontes para total de leitos SUS em hospitais psiquiátricos

Fonte: dados da pesquisa. Vide notas de rodapé.

O último total de CAPS publicado pelo MS foi de 2.209 em 2014, conforme o Saúde Mental em Dados 12 (BRASIL, 2015 p.). Ao olhar para os dados das demais fontes, especialmente considerando o RAG 2019, que os apresenta de forma confusa e indutora de erro ao apresentar o número de CAPS aparentemente excluindo os CAPSad conforme imagem nos anexos, a diferença entre as diversas fontes parecia imensa, chegando a 425 CAPS em 2015. Ao interpretar melhor o RAG 2019 e ter acesso ao Painel Saúde Mental 20 Anos (WEBER, 2021) chegamos a diferenças que ainda pareciam significativas, pois em 2015 existiam 96 CAPS a mais ou menos dependendo da fonte, e isso equivale ao incremento anual absoluto que a rede de CAPS teve em diversos dos anos. Entretanto, analisando de forma relativa, esta diferença é de 4,12% entre as fontes em 2015, permanecendo em um

27. O RAG 2018 do MS apresenta os dados de forma esquemática, cita números de UA que parecem demonstrar o incremento anual destas, embora não deixe isso claro. Os totais de cada ano na tabela aqui produzida foram calculados manualmente com base nestes dados. Esta página do RAG 2018, a 45, está reproduzida no Anexo B.

patamar em torno de 1,3% a partir de 2017. Em muitos dados existem correspondências entre as fontes.

Em relação aos outros serviços da RAPS, temos com os SRT e os leitos de saúde mental em hospitais gerais um movimento parecido: uma diferença maior entre 2015 e 2017 e uma menor diferença entre fontes a partir de então. No caso do SRT foi de 23,18% em 2015, mas se manteve entre 1,79% a 2,46% entre 2017 e 2020. Os leitos em hospitais gerais tiveram diferença de 24,95% em 2017 e mantiveram patamar em torno de 7,9% a partir de então.

Já os dados referentes às Unidades de Acolhimento e aos leitos SUS em hospitais psiquiátricos não chegaram a variar significativamente nas diversas fontes pesquisadas.

Sanadas as divergências entre as fontes tomou-se como referência os dados do Painel Saúde Mental 20 Anos (WEBER, 2021) por se utilizar de metodologia compatível com os relatórios Saúde Mental em Dados, nos quais todas as análises anteriores ao período estudado se basearam, o que nos permite comparações mais justas.

Ao analisar estes dados é preciso ter em mente o momento de implementação das mudanças na PNSM. As primeiras normativas que alteram, de fato, a composição e o financiamento da RAPS são de dezembro de 2017, mas a ruptura simbólica com a orientação clínica de base comunitária se deu em dezembro de 2015, conforme já dito. Este período dos anos de 2016 e 2017 foi caracterizado pela ocupação do gabinete do Coordenador Nacional de Saúde Mental em protesto à sua nomeação, seguido pela coordenação responsável por implementar as mudanças, que já se colocava publicamente de forma crítica ao modelo de cuidado vigente. Assim, mesmo antes das mudanças normativas, os dados de 2017 já indicam queda importante do incremento da rede de atenção psicossocial. Por este motivo, o ano de 2017 será incluído nas análises quantitativas como sendo parte do período das mudanças.

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total	Incremento anual
2002	145	186	19	32	42	0	424	
2003	173	209	24	37	57	0	500	76 (17,93%)
2004	217	237	29	44	78	0	605	105 (21%)
2005	278	269	32	57	102	0	738	133 (21,98%)
2006	436	322	38	76	138	0	1.010	272 (36,86%)
2007	525	346	39	85	160	0	1.155	145 (14,36%)
2008	617	382	39	102	186	0	1.326	171 (14,8%)
2009	685	400	46	113	223	0	1.467	141 (10,63%)
2010	761	418	55	128	258	0	1.620	153 (10,43%)

2011	822	431	63	149	272	5	1.742	122 (7,53%)
2012	917	458	68	174	303	18	1.938	196 (11,25%)
2013	993	467	75	190	319	35	2.079	141 (7,27%)
2014	1.085	473	81	202	330	51	2.222	143 (6,88%)
2015	1.154	486	86	211	345	68	2.350	128 (5,76%)
2016	1.216	505	91	231	356	85	2.484	134 (5,7%)
2017	1.270	515	97	244	367	90	2.583	99 (3,98%)
2018	1.286	520	98	252	366	91	2.613	30 (1,16%)
2019	1.339	525	103	260	364	100	2.691	78 (2,98%)
2020	1.388	532	112	278	369	106	2.785	94 (3,49%)

Tabela 9 - Série Histórica de Total de CAPS de Cada Tipologia

Fonte: Incremento anual percentual pelo pesquisador com base nos demais dados da tabela apresentados por WEBER (2021, p. 30)

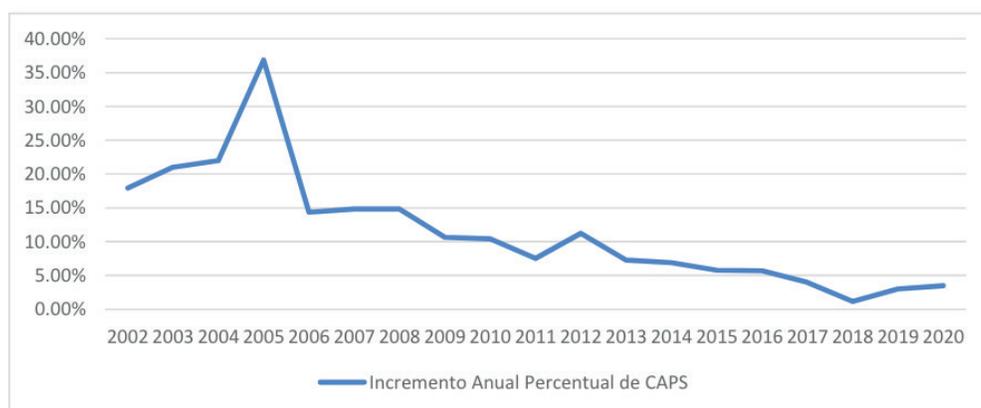


Gráfico 27 – Incremento Anual Percentual de CAPS

Fonte: Gráfico e incremento anual percentual pelo pesquisador, com base nos dados apresentados por Weber (2021, p. 30)

Calculada a média aritmética simples entre os incrementos anuais percentuais de 2002 a 2016 (período da lei 10.216 até as mudanças na PNSM) obtemos 12,82% por ano. Durante o período de vigência das mudanças (2017 a 2020) esta média corresponde a 2,9% de incremento da rede CAPS por ano, ou seja, menos de um quarto do que costumava haver. É verdade que nos quatro anos anteriores às mudanças já houve uma diminuição perceptível no ritmo de crescimento da rede CAPS, mas ainda assim, durante estes anos (2013 a 2016) a rede ainda cresceu em média 6,4% ao ano, mais do que o dobro do que a média do período das mudanças. Não obstante, a partir destes cálculos podemos afirmar que houve uma redução drástica no crescimento da RAPS a partir das mudanças na PNSM.

Ano	CAPSad	Incremento Anual CAPSAd	CAPSad III	Incremento Anual CAPSAd III
2002	42		0	
2003	57	15 (37,71%)	0	
2004	78	21 (36,84%)	0	
2005	102	24 (30,77%)	0	
2006	138	36 (35,29%)	0	
2007	160	22 (15,94%)	0	
2008	186	26 (16,25%)	0	
2009	223	37 (19,89%)	0	
2010	258	35 (15,69%)	0	
2011	272	14 (5,43%)	5	
2012	303	31 (11,4%)	18	13 (260%)
2013	319	16 (5,28%)	35	17 (94,44%)
2014	330	11 (3,45%)	51	16 (45,71%)
2015	345	15 (4,54%)	68	17 (33,33%)
2016	356	11 (3,19%)	85	17 (25%)
2017	367	11 (3,09%)	90	5 (5,88%)
2018	366	- 1 (-0,27%)	91	1 (1,11%)
2019	364	-2 (-0,55%)	100	9 (9,89%)
2020	369	5 (1,37%)	106	6 (6%)

Tabela 10 - Incremento Anual Absoluto e Percentual de CAPSAd e CAPSAd III

Fonte: Incremento anual absoluto e percentual calculados pelo pesquisador com base nos demais dados da tabela, apresentados por WEBER (2021, p. 30)

Considerando que parte importante das mudanças na PNSM diz respeito ao cuidado relativo a álcool e outras drogas, foi feito um recorte específico dos totais de CAPSAd e CAPSAd III. O número de CAPSAd chega a diminuir nos anos de 2018 e 2019, mas isto provavelmente pode ser explicado por mudanças de tipologia. Ao examinar as portarias de habilitação de CAPS foram encontradas algumas mudanças de tipologia e apenas um descredenciamento de CAPSAd. Em 2019 os municípios de Belo Horizonte - MG (Portaria n. 2.004, de 26 de julho de 2019), Presidente Prudente-SP (Portaria 3.393, de 17 de dezembro de 2019) e Juazeiro do Norte-CE (Portaria 3.651, de 17 de dezembro de 2019) tiveram CAPSAd que mudaram sua tipologia para CAPSAd III. Em 2020 os municípios de Porto Alegre-RS, Juazeiro-BA e Taubaté-SP (os três pela Portaria n. 2.983, de 28 de outubro de 2020), além de Ibitiré-MG (Portaria 3.515, de 17 de dezembro de 2020) fizeram a mudança de tipologia de CAPSAd para CAPSAd III. Também em 2020, no estado do Paraná os municípios de Curitiba e Congonhinhas tiveram, respectivamente, um CAPSAd (BRASIL, 2020b) e um CAPSAd III (BRASIL, 2020e) desabilitados pelo MS.

Considerando a questão das mudanças de tipologia, a análise em separado dos dois tipos de serviço fica prejudicada, uma vez que não houve diminuição no número total de serviços, como aparece na tabela, mas a diminuição no ritmo de crescimento parece menos evidente quando um CAPSad III é contado como um novo serviço. Doravante, consideremos os totais somados de CAPSad com CAPSad III para uma melhor visualização dos dados.

Ano	CAPSad + CAPSad III	Incremento anual CAPSad + CAPSad III	Incremento anual Toda rede CAPS (inclui os ad)
2017	457	16 (3,5%)	99 (3,98%)
2018	457	0	30 (1,16%)
2019	464	7 (1,53%)	78 (2,98%)
2020	475	11 (2,37%)	94 (3,49%)

Tabela 11 - Incremento de CAPSad e CAPSad III Somados

Fonte: Incremento anual absoluto e percentual e soma calculados pelo pesquisador com base nos dados apresentados por WEBER (2021, p. 30)

Foram adicionados na última coluna, para comparação, os dados do incremento anual de toda a rede CAPS. Desta forma fica evidente como este período foi marcado por uma estagnação do crescimento da rede de CAPSad/CAPSad III ainda maior do que a média de todos os CAPS, pois durante estes 4 anos (2017 a 2020), a rede de CAPSad/CAPSad III cresceu 7,4%, ou seja, um média de 1,85% ao ano. No mesmo período, o conjunto total de CAPS cresceu, mesmo em tempos de estagnação, 11,61%, o que dá uma média de 2,9% ao ano – uma diferença significativa. No ano de 2018, quando a estagnação teve seu auge, foram habilitados apenas 30 novos CAPS no total, nenhum deles era do campo de álcool e outras drogas.

Ano	SRT tipo I	SRT tipo II	Total	Incremento por ano
2013	149	118	267	
2014	160	129	289	22 (8,24%)
2015	197	163	360	71 (24,57%)
2016	242	241	483	123 (34,16%)
2017	259	308	567	84 (17,39%)
2018	263	346	609	42 (7,41%)
2019	276	401	677	68 (11,17%)
2020	290	493	783	106 (15,66%)

Tabela 12 - Série Histórica de Total de Residências Terapêuticas

Fonte: Incremento anual percentual pelo pesquisador com base nos demais dados da tabela, apresentados por Weber (2021, p. 51).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos existem a menos tempo do que a rede CAPS, o que limita mais uma análise de tendência. A média dos crescimentos nos anos anteriores às mudanças (2014 a 2016) é de 22,32% e a média dos anos seguintes às mudanças (2017 a 2020) é de 12,9%. Existe aqui uma clara diminuição no ritmo de expansão da rede, menos crítica do que ocorre na rede CAPS, considerando que 12,9% ainda é um crescimento consistente, mas acompanha a tendência de ser cerca de metade do crescimento percentual médio dos anos anteriores às mudanças.

Ano	Total	Incremento anual
2012	54	
2013	88	34 (62,96%)
2014	126	38 (43,18%)
2015	144	18 (14,29%)
2016	157	13 (9,28%)
2017	173	16 (10,19%)
2018	181	8 (4,62%)
2019	187	6 (3,31%)
2020 <sup>28</sup>	169 (178 – ver nota de rodapé)	-18 (-9,63%) / -9 (-4,81%)

Tabela 13 - Série Histórica de Total de Consultórios de/na Rua

Fonte: Incremento anual absoluto e percentual calculados pelo pesquisador com base nos dados totais apresentados por Weber (2021, p. 22).

A rede de Consultórios de/na Rua também existe a menos tempo do que os CAPS e a mudança na forma de cadastro delas ainda prejudica mais a análise. Para tentar diminuir o efeito dessa mudança no cadastro, consideramos o dado de 31 de janeiro de 2021 como referência para 2020. Assim, temos que nos anos anteriores às mudanças na PNSM (2013 a 2016), a rede de Consultórios de/na Rua cresceu 32,43% em média por ano, tomada a média aritmética simples entre a soma das variações percentuais anuais. Já nos anos seguintes às mudanças (2017 a 2020), esta rede cresceu apenas 3,33% ao ano em média – ou seja, uma diminuição da ordem de dez vezes menos no ritmo de crescimento!

28. “De 2012 a 2014, o número de equipes de Consultório de Rua aumentou em 133%. A partir de 2015, no entanto, o ritmo de implantação dessas equipes passa a diminuir. De 2019 para 2020, o número de equipes de Consultórios na Rua no Brasil, de fato, caiu - o ano de 2020 fecha com 169 equipes. Este número, contudo, pode estar ligeiramente subdimensionado - houve uma mudança no cadastro das equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em acordo com os parâmetros apresentados pelas Portarias MS 99/2020 e MS 37/2021, e “isto pode ter imposto distorções de transição no processamento dos dados da pasta. Em 31 de janeiro de 2021 o total de equipes no Brasil é de 178 – um número, de toda forma, ainda menor que o de dezembro de 2019. (WEBER, 2021, p. 23).

Ano	UAA	UAI	Total	Incremento anual
2012	9	1	10	
2013	12	2	14	4 (40%)
2014	21	13	34	20 (142,86%)
2015	28	20	48	14 (41,18%)
2016	35	21	56	8 (16,66%)
2017	38	22	60	4 (7,14%)
2018	39	22	61	1 (1,66%)
2019	42	25	67	6 (9,83%)
2020	46	26	72	5 (7,46%)

Tabela 14 - Série Histórica de Total de Unidades de Acolhimento Adulto e Unidades de Acolhimento Infantil

Fonte: Incremento anual percentual calculado pelo pesquisador com base nos demais dados da tabela apresentados por Weber (2021, p. 39).

As unidades de Acolhimento ainda são pouco numerosas em todo o Brasil. Isso faz com que se tenha maiores saltos percentuais nos incrementos anuais com aparentemente poucas novas unidades, como o que ocorreu no ano de 2014, quando foram habilitados 20 destes serviços e isso representou um aumento de 142,86% na rede. Realizando a comparação conforme aplicada nos demais serviços analisados, temos um incremento médio anual de 60,17% entre 2013 e 2016, que cai para 6,52% de média entre os anos de 2017 e 2020. Ou seja, uma diminuição da ordem de dez vezes menos no ritmo de crescimento comparando os dois períodos.

Para uma análise complementar, levando em conta a questão de poucas unidades a mais ou a menos fazerem muita diferença nos incrementos percentuais, podemos também comparar os incrementos anuais absolutos. A média aritmética destes para os anos de 2013 a 2016 fica em 11,5 novos serviços por ano. Para os anos de 2017 a 2020, esta média cai para 4 novos serviços por ano, o que ainda representa uma queda para quase um quarto do incremento anual anterior às mudanças.

Ano	Painel SM 20a	Incremento anual
2013	747	
2014	943	196 (26,24%)
2015	1067	124 (13,15%)
2016	1240	173 (16,21%)
2017	1412	172 (13,87%)
2018	1550	138 (9,77%)
2019	1750	200 (12,9%)

2020	1927	177 (10,11%)
------	------	--------------

Tabela 15 - Série Histórica de Total de Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais

Fonte: Incremento anual absoluto e percentual calculados pelo pesquisador com base nos dados totais apresentados por WEBER (2021, p. 37)

O total de leitos de saúde mental em hospitais gerais aumentou em média 18,53% por ano entre 2014 e 2016. Já entre os anos de 2017 e 2020, o aumento médio anual foi de 11,66%. Trata-se de uma diminuição do ritmo de crescimento menor do que a constatada nos demais serviços da RAPS. No entanto, é preciso lembrar que o financiamento desses leitos passou a ser estimulado nas mudanças na PNSM, porém as regras para seu financiamento pelo MS passaram a ser muito diferentes, afastando-se da proposta original ao credenciar estes leitos apenas em grandes enfermarias, nos maiores centros urbanos e com incentivo à ocupação dos mesmos, motivo de preocupação por remunerar os serviços a partir de uma taxa de ocupação de 80%, o que pode levar a internações desnecessárias ou o prolongamento desnecessário das mesmas.

Ano	Nº de leitos	Decréscimo anual
2002	51.393	
2003	48.303	3.090 (6,01%)
2004	45.814	2.489 (5,15%)
2005	42.076	3.738 (8,16%)
2006	39.567	2.509 (5,96%)
2007	37.988	1.579 (3,99%)
2008	36.797	1.191 (3,13%)
2009	34.601	2.196 (5,97%)
2010	32.735	1.866 (5,39%)
2011	32.284	451 (1,38%)
2012	29.958	2.326 (7,2%)
2013	28.248	1.710 (5,71%)
2014	25.988	2.260 (8%)
2015	22.536	3.452 (13,28%)
2016	19.624	2.912 (12,92%)
2017	17.559	2.065 (10,52%)
2018	16.091	1.468 (8,36%)
2019	14.305	1.786 (11,01%)
2020	13.929	376 (2,63%)

Tabela 16 - Série Histórica de Total de Leitos do SUS em Hospitais Psiquiátricos

Fonte: Decréscimo anual absoluto e percentual calculados pelo pesquisador com base nos dados totais apresentados por Weber (2021, p. 41. Desinstitute)

Este é um dado que tem tendências e implicações muito diferentes dos demais, pois no processo histórico de reorientação do modelo de cuidado em saúde mental, o objetivo, desde a reforma psiquiátrica brasileira, foi a diminuição gradual do uso destes leitos. Calculada a média aritmética entre o decréscimo anual entre 2003 e 2016 obtemos 6,59%. A média dos anos de 2017 a 2020 foi de 8,13%, não havendo diferença significativa entre os anos anteriores, sendo estes inclusive, de maior diminuição do número de leitos. Há dois anos com decréscimo muito abaixo dos demais, 2011 (1,38%) e 2020 (2,63%).

Do ponto de vista orçamentário, a comparação entre os gastos hospitalares em saúde mental e os extra-hospitalares em saúde mental, onde se encontram os serviços de base comunitária, vem sendo tomada como referência para compreendermos o nível de investimento no cuidado pautado pelos pressupostos da reforma psiquiátrica. O ano de 2006 marca a inversão desta curva, quando os recursos extra-hospitalares passaram a superar os hospitalares. (SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2015 p. 49).

Weber (2021) faz uma análise atualizada da série histórica de gastos no campo da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas entre 2010 e 2019 e aponta que os serviços extra-hospitalares tiveram um decréscimo significativo de seu orçamento em 2015 e 2016, mantendo este baixo nível até 2019. Em contrapartida, os gastos de caráter hospitalar (incluindo as comunidades terapêuticas) vinham tendo seus recursos decrescendo até o mesmo período (2015/2016), quando também passaram a um patamar de estabilidade. A autora aponta como preocupante o fato de ser neste contexto de desfinanciamento dos serviços de base comunitária que o governo venha financiando de modo importante as comunidades terapêuticas.

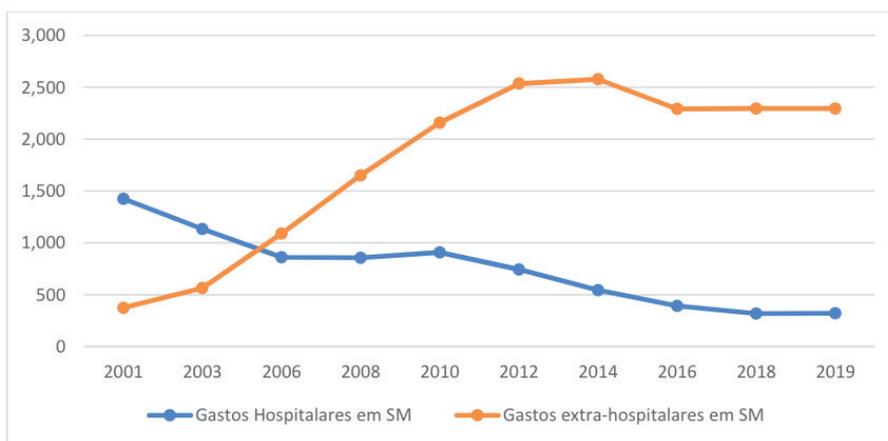


Gráfico 28 – Gastos Hospitalares e extra-hospitalares e saúde mental por ano (em milhões de reais de 2019)

Fonte: Weber 2021, p. 55.

Analisaremos estes dados em conjunto com a curva do nº de leitos SUS em hospitais psiquiátricos:

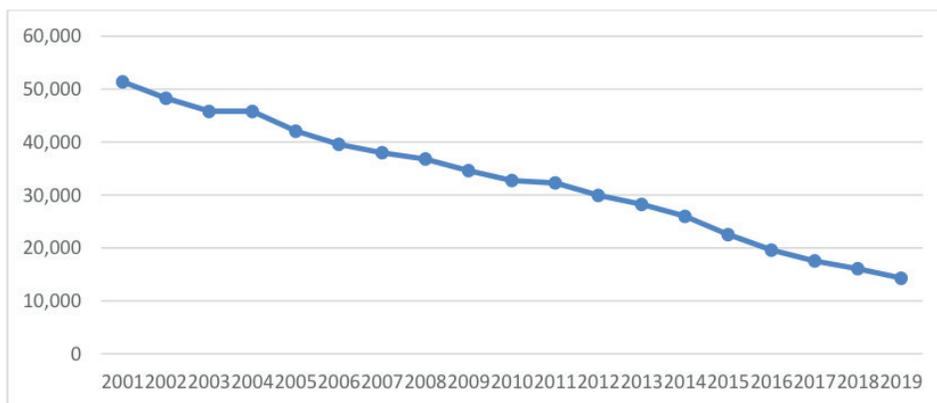


Gráfico 29 – Número de Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por Ano

Fonte dos dados: anos de 2001 até 2014, Saúde Mental em Dados; De 2015 a 2019, resposta do MS à pesquisa, que equivalem aos dados de WEBER 2021.

Utilizando os dados apresentados por Weber (2021, p. 53), vemos que entre o ano de 2017, quando os valores das diárias foram aumentados pelas mudanças na PNSM e 2019, último ano com dados orçamentários disponíveis, houve incremento de 11,31 milhões de reais nos Gastos Federais que constam no Fundo Nacional de Saúde (FNS) de caráter hospitalares com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas em valores corrigidos pela inflação, aplicado o IPCA. Isto representa um incremento relativo de 3,65%, quando no mesmo período houve redução de 3.254 leitos SUS em hospitais psiquiátricos, uma redução relativa de 18,31%. Neste período os gastos extra-hospitalares aumentaram em 1,05% (23,86 milhões de reais corrigidos pelo IPCA para valores de 2019). Assim, vemos que os gastos hospitalares cresceram 3,65% enquanto os da rede territorial cresceu apenas 1,05%, menos de um terço, e isso acontece mesmo com a redução dos leitos psiquiátricos em 18,31%, que deveria contribuir para a migração dos recursos da rede hospitalar para a extra-hospitalar. Estes dados apontam uma mudança de tendência importante no investimento em saúde mental privilegiando os serviços hospitalares.

A análise destes dados em conjunto pode indicar que o aumento do valor das diárias de internação em hospitais psiquiátricos pela Portaria MS n. 3.588 foi tamanho que, mesmo com uma redução significativa do número de leitos de hospitais psiquiátricos o montante do financiamento hospitalar ainda cresceu. E cresceu mais do que a rede extra hospitalar, em termos relativos – 3,65% versus 1,05%. A comparação com o aumento do financiamento

extra-hospitalar, no qual se inserem os equipamentos da RAPS<sup>29</sup> parece indicar que os recursos advindos da extinção de leitos psiquiátricos não têm mais se direcionado para os serviços substitutivos como vinha acontecendo, pois a prioridade do orçamento deslocou-se para os serviços hospitalares. Esta hipótese vem confirmar a afirmação do MS de que não se “considera mais serviços como sendo substitutos de outros” (SAS, 2019, p.4).

### **Considerações Sobre os Dados de Gestão:**

A partir dos dados coletados e apresentados neste capítulo podemos inferir que:

- Os dados são nebulosos e não vinham sendo divulgados pelo Ministério da Saúde. As tentativas de estimar tais dados sem a publicação dos mesmos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental são limitadas e produzem números diferentes entre si.
- Houve diminuição importante, ou mesmo drástica no ritmo de crescimento não apenas da rede de CAPS, como apontado no artigo com os resultados preliminares desta pesquisa, mas também nas redes de Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultórios de/na Rua, e Unidades de Acolhimento nos anos subsequentes às mudanças na PNSM. Além disso os recursos para tratamentos de caráter asilar cresceram três vezes mais do que a rede extra-hospitalar.
- A diminuição do crescimento da rede CAPS atingiu com maior intensidade os serviços do campo de álcool e outras drogas.
- Mesmo com a estagnação do investimento, o número de leitos SUS em hospitais psiquiátricos continua diminuindo na mesma proporção dos últimos anos. Isto, a princípio, vai ao encontro do cuidado em liberdade e da desinstitucionalização, mas pode apontar para o fato de que no período estudado esta redução não se traduziu em mais recursos para os serviços de caráter comunitário.
- O SAIPS esteve fechado durante muito tempo e isto afetou o orçamento dos municípios, que ficaram onerados com parte da assistência que caberia ao governo federal. Isto também gerou insegurança nos gestores municipais em ampliar suas RAPS;
- Existem estados que ainda produzem seus dados de gestão situando suas RAPS pela Portaria n. 3.088, sem qualquer referência à Portaria n. 3.588, o que possivelmente se deve a uma avaliação de que esta normativa seja ilegítima;
- Os dados de gestão analisados ainda não refletem todo o potencial de retrocesso expresso nas mudanças normativas impostas. Seria muito difícil determinar as razões para isso e não deve haver um único motivo, mas podemos pensar nas seguintes hipóteses:

1) A reação dos usuários, familiares, profissionais e pesquisadores da saúde mental, assim como da sociedade civil organizada – com o apoio das instâncias

---

29. Conforme descrita pela portaria MS 3.088.

governamentais e amparada por muitos gestores locais de saúde mental – conseguiu diminuir ou atrasar os efeitos das mudanças;

2) Os governos deste período pautavam mudanças radicais em outros campos (a saúde de forma geral, a economia, os sistemas tributários e políticos, etc.), nos quais também obtiveram grande resistência e a pauta relativa à saúde mental foi sendo preterida;

3) a pandemia de COVID-19 afetou a toda a sociedade, inclusive aos processos administrativos necessários à implementação prática das medidas pretendidas;

4) Os efeitos das mudanças são lentos e ainda não totalmente evidentes.

## 6. CADASTRO NACIONAL DE ASSOCIAÇÕES E COLETIVOS DE USUÁRIOS E OU FAMILIARES – PRODUTO TÉCNICO

Ao realizar o estudo de percepção, causou espanto a inexistência de informações centralizadas sobre as associações de usuários e/ou familiares de saúde mental. Então, para concretizar esta etapa da pesquisa foi realizada uma busca de tais entidades em todo o Brasil. Entendendo que a lista elaborada com estes dados também poderia ser útil a outros pesquisadores ou militantes da atenção psicossocial, esta passou a ser qualificada, organizada e disponibilizada publicamente como uma iniciativa do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental – NUPPSAM, do IPUB, com o apoio da Rede Estamira de CAPS – Resistência e Invenção. Este tornou-se o produto técnico desta pesquisa e será descrito neste capítulo.

Para compreender o trabalho e a formação das associações, é necessário se debruçar sobre o conceito de protagonismo dos usuários que será aqui descrito utilizando a literatura científica encontrada, a legislação que ampara tais práticas e a experiência como profissional do campo da atenção psicossocial do pesquisador. Deste modo serão abordados três espaços nos quais o protagonismo é estimulado ou exercido pelos usuários das RAPS: as assembleias da RAPS, o Controle Social e as associações de usuários.

### PROTAGONISMO DOS USUÁRIOS

Tanto Bossato (2018), em sua tese de doutorado, quanto Costa (2011), em sua dissertação de mestrado, apontam a origem do termo Protagonista no teatro grego, sendo derivada de *proto*, primeiro, e *agón*, luta, discussão. Ou seja, o protagonista seria o primeiro a entrar em combate, é o principal e tem o poder de iniciar o assunto em questão.

Interessante apontar que Boal (2008), entende que a criação do teatro enquanto local de encenação, e a posterior divisão dos atores entre protagonistas e coro, são movimentos coercitivos, pois o que se havia antes era o canto ditirâmico, no qual não havia estas divisões – atores e plateia se misturavam em um fazer único! O autor, referência internacional em dramaturgia, utiliza o termo justamente no sentido oposto ao que utilizamos na saúde mental. Boal coloca o protagonista como dotado de um privilégio, uma posição de reprodução da fala e posicionamento político de uma elite, quando no campo da atenção psicossocial a intenção é de resgatar o direito de fala a um grupo que foi, por muitos anos, tão prejudicado neste sentido.

Cabe lembrar que antes de começar a ser utilizado no contexto da atenção psicossocial, o termo protagonismo vinha participando de diversas construções sociais, como no movimento negro e no feminismo (RIBEIRO, 2017).

Uma das características mais nocivas do olhar manicomial para a loucura é a perda total da autonomia. Um sujeito, ao ser identificado enquanto louco, perdia o direito de responder sobre si, de dizer aonde quer ir, o que quer comer, quando quer dormir, como quer ser tratado, o que sente, o que pensa. Podia ser encarcerado sem julgamento e sem defesa, ser drogado a força, ser amarrado. Seu discurso simplesmente era considerado inválido e tudo isso tinha consequências nefastas para o próprio transtorno o qual era acometido. Resgatar seu lugar de responsável por si mesmo passou a ser algo central no referencial clínico construído a partir da reforma psiquiátrica. (FIGUEIREDO, 2013)

Bossato (2018) realizou uma Revisão Integrativa da Literatura, na qual o autor pesquisou este tema nas bases BVS, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e PubMed. Foram utilizados aqui apenas os resultados obtidos pela base BVS, devido ao foco no cenário nacional. Nesta base, o autor utilizou a “estratégia de busca através da palavra-chave protagonismo, aplicada ao título, resumo e assunto dos estudos, dessa forma, foram encontrados 806 estudos”. (*ibid*, p. 46). Bossato serviu-se da seguinte questão norteadora para filtrar estes resultados: “Quais os estudos versam sobre o protagonismo do usuário como um dispositivo norteador da promoção em saúde nos serviços de assistência à saúde mental?” (*ibid*, p. 46), chegando a um resultado final de apenas 8 estudos nesta base. Desses, o autor avalia que três abordam o aspecto conceitual do termo e os demais versam sobre aspectos específicos que se relacionam com o protagonismo, como a arte como recurso terapêutico, o projeto terapêutico na atenção psicossocial, intervenções psicossociais para produzir protagonismo, direitos humanos e protagonismo na atenção primária.

Considerando a revisão realizada por Bossato, chama atenção a pequena produção acerca do tema, uma vez que ele figura enquanto um importante aspecto do campo da atenção psicossocial conforme as bases institucionais que serão apresentadas neste texto.

O caráter clínico do protagonismo dos usuários talvez seja sua expressão mais evidente, uma vez que a promoção da autonomia orienta todo o cuidado no campo da atenção psicossocial a partir da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, para além desta perspectiva, podemos compreender que a participação ativa dos usuários de fato qualifica as políticas de saúde – ninguém melhor do que eles mesmos para definir as diretrizes do modelo que existe para atendê-los!

Neste sentido, Vianna realizou uma investigação exploratória de periódicos sobre o tema da participação em saúde, além de também abordar a questão de forma conceitual e

histórica. A autora aponta que, “de modo geral, os autores que estudam a participação na área da saúde designam como participação a capacidade de os indivíduos influenciarem as decisões políticas que dizem respeito à sociedade em que vivem” (VIANNA, 2009, p. 239) e que alguns artigos se debruçam sobre a “possibilidade de a participação política/social influenciar o desenho e os encaminhamentos das políticas de saúde nas diferentes instâncias da Federação” (*ibid*, p.240). Vianna coloca como recorrente nos artigos que analisou, a ideia de que, nos espaços instituídos do Controle Social – Conselhos e Conferências de Saúde – os “sujeitos sociais poderiam exercer a cidadania, o poder atrelado ao ato de participar, constituindo-se em sujeitos políticos hábeis e potentes para induzir intervenções positivas na implementação do SUS” (*ibid*, p. 241).

Levantamento recente da literatura brasileira sobre o tema do *recovery*, que levou em conta a participação efetiva e o protagonismo de usuários nas experiências relatadas, constatou que ocorre, na RPB, uma evidente fragilidade no componente de protagonismo dos usuários, em comparação com experiências de outros países (Brandão, Figueiredo, Delgado, 2022).

Com relação à experiência do pesquisador como profissional do campo da atenção psicossocial em Macaé – RJ, depreende-se que o conceito de protagonismo dos usuários de saúde mental perpassa toda a clínica da atenção psicossocial, mas se manifesta diretamente em três espaços que se relacionam: assembleias de usuários, Controle Social e associações de usuários e familiares, os quais serão apresentados a seguir.

## ASSEMBLEIAS DE USUÁRIOS

As assembleias de usuários de saúde mental são muito comuns nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de todas as modalidades, mas podem ocorrer em qualquer dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Constituem-se enquanto prática de exercício do protagonismo em seu nível mais fundamental, no sentido que são propostas pelas equipes técnicas dos serviços da (RAPS) nas atividades desenvolvidas no serviço da instituição e com a estrutura logística das mesmas, sendo assim acessíveis a todos os usuários, sem a necessidade de uma mobilização e organização mais estabelecida dos mesmos. A assembleia versa sobre o cotidiano da unidade, mas é também o ponto de partida para as demais inserções de protagonismo dos usuários.

Em 2004, o Ministério da Saúde editou um manual denominado Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, no qual define as assembleias como

(...) um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se

os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido. (SAS, 2004, p 17)

O sistema de faturamento do Ministério da Saúde contabiliza as assembleias dos CAPS pelo procedimento nº 0301080267, denominado “Fortalecimento do Protagonismo de Usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus Familiares”, que é definido como

(...) atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos, a apropriação e a defesa de direitos, e a criação de formas associativas de organização. (BRASIL, 2019b)

As assembleias podem ser descritas como espaços deliberativos do cotidiano do serviço. No CAPS Betinho, em Macaé – RJ, a participação dos usuários em todos os aspectos da atividade é sempre estimulada. Em geral a pauta a ser debatida é definida por eles, embora profissionais também tenham igual autonomia para propor assuntos. Os usuários normalmente realizam a coordenação da reunião, assim como a redação de uma ata. Os assuntos empiricamente percebidos como mais recorrentes são:

- Aspectos do uso do espaço, como limpeza e manutenção dos banheiros, pequenos ou maiores problemas na estrutura do imóvel da unidade, rotina das refeições, etc.;
- Problemas de relacionamento/convivência com algum usuário mais agressivo ou com problemas de higiene;
- Organização de festas, passeios e atividades culturais;
- Queixas relativas à alimentação fornecida;
- Falta de materiais, de profissionais e de medicamentos.

Além destes temas sobre o cotidiano, nas assembleias são definidas as participações (representantes e propostas) nas conferências de saúde e saúde mental e são organizadas, quando diante de algum fato mais grave, intensas mobilizações, das quais descrevo em seguida dois exemplos do CAPS Betinho, em Macaé.

Em uma situação, toda a alimentação fornecida foi suspensa devido a um problema contratual entre a prefeitura e a empresa que responsável pelas refeições. A partir da mobilização da assembleia do CAPS foram organizadas, em um auditório da prefeitura, duas assembleias extraordinárias unindo diversos serviços da RAPS, com a presença da ouvidoria geral do município e do Conselho municipal de saúde – que acionou o prefeito da cidade e apontou o nível de representatividade daquele grupo. Diante da mobilização o problema foi resolvido imediatamente.

Outro exemplo se deu em uma ocasião na qual o gestor local definiu que o CAPS iria se mudar para um imóvel localizado em uma área inabitada e erma, inviabilizando o

acesso de muitos usuários à unidade e o próprio trabalho de território. Novamente, a partir das discussões na assembleia do CAPS os usuários e familiares se organizaram, com ajuda de estudantes da UFRJ, que se mobilizaram fora do horário do estágio para realizar um vídeo, intitulado Em Defesa do CAPS Betinho (EM DEFESA, 2019). O vídeo mostra diversos profissionais e familiares defendendo que a unidade não se mude para o endereço apontado. A situação, então, foi levada ao Conselho Municipal de Saúde, que deliberou que tal mudança não poderia ser realizada.

## CONTROLE SOCIAL

O Controle Social está calcado na constituição federal, na qual em seu artigo 198, estabelece que uma das diretrizes do SUS é a “participação da comunidade”. (BRASIL, 1988a) A lei 8.080, em seu artigo 7º, também coloca a “participação da comunidade” no SUS como um princípio do SUS (BRASIL, 1990a), atendendo a uma demanda já colocada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se decidiu pela “participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde”. (BRASIL, 1986, p. 10)

O Controle Social foi implementado pela lei 8.142, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. Estas instâncias existem em cada esfera do governo, ou seja, nos municípios, estados e no Governo federal. (BRASIL, 1990b)

As Conferências de Saúde ocorrem, com etapas municipal, estadual e nacional, a cada quatro anos, “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”. (BRASIL, 1990b, p.1) Podem ocorrer também, sob demanda, conferências temáticas de áreas específicas da saúde. Neste sentido, ocorreram quatro conferências de saúde mental, que foram realizadas em 1987, 1992, 2001 e 2010 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988, 1994, 2002, 2010), que foram muito importantes para definir os rumos da saúde mental em todo o país. A quinta Conferência Nacional de Saúde Mental já está em suas fazes preparatórias e deve ser realizada no primeiro semestre de 2023.

### Já o Conselho de Saúde

(...) em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990b, p. 1)

O § 4º do artigo 1º da lei 8.142 estabelece que “A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”. (BRASIL, 1990b, p.1) Ou seja, metade dos representantes com direito a voto nos conselhos e conferências de saúde devem ser representantes dos usuários do sistema. Isso também inclui os usuários de saúde mental, embora existam dificuldades para que estes ocupem este espaço. No município de Macaé – RJ, por exemplo, além de uma participação intensa dos usuários da saúde mental em todas as conferências de saúde e saúde mental realizadas nos últimos 15 anos, o Conselho Municipal de Saúde teve um conselheiro usuário de saúde mental, que até recentemente integrava sua mesa diretora. Na IV Conferência de Saúde mental, realizada em 2010, este mesmo usuário participou da etapa Nacional como delegado.

O reconhecimento institucional e legal dos usuários enquanto formuladores e fiscalizadores das políticas de saúde que os atingem é uma completa inversão da lógica manicomial – aqueles que não tinham direito de sequer decidirem sobre as intervenções em seus corpos agora podem pautar as políticas de saúde. Ainda assim existem muitas dificuldades para que estes locais sejam, de fato, ocupados por estas pessoas. Para se ter uma ideia da importância de se fomentar tal participação, foram buscadas no relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental as propostas relativas a incentivar, fomentar ou garantir o protagonismo dos usuários de saúde mental, percebendo que estas figuram no texto diretamente em dez das 1021 propostas aprovadas, sendo as de número 109, 300, 301, 427, 478, 657, 693, 890, 891 e 897, além de menções mais difusas. (CNS, 2010)

O seguinte trecho é bem ilustrativo do posicionamento desta conferência:

890. O aprofundamento do processo de reforma psiquiátrica requer fortalecer a organização e mobilização dos usuários e familiares em toda a rede de saúde mental, nas políticas intersetoriais e na sociedade em geral.

891. Em primeiro lugar, isso requer garantir e estimular em todo o país a participação dos usuários, familiares e sociedade civil na formulação, planejamento e fiscalização das políticas sociais e das políticas de formação dos profissionais intersetoriais, em cogestão com os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde e saúde mental. De modo especial, exige fomentar o protagonismo dos usuários, cuidadores e familiares nas instâncias de controle social, na política local, estadual e nacional da saúde mental do SUS. Isso implica particularmente no fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde, na implantação dos Fóruns Permanentes ou Comissões de Saúde Mental em todos os conselhos municipais e estaduais, bem como a implantação de Conselhos Locais de Saúde, e de Conselhos Gestores nos CAPS e nos demais serviços de saúde mental, respeitando a paridade entre os segmentos envolvidos. Além disso, implica também na estruturação de comitês, fóruns ou comissões intersetoriais de saúde mental na comunidade, nos municípios e estados, integrando as demais políticas sociais que têm interface com o campo. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2010, p.141)

Este trecho citado se encontra no Eixo III – “Direitos Humanos e Cidadania Como Desafio Ético e Intersetorial”, no tópico 3.7 – “Organização e mobilização de usuários e familiares em saúde mental”. Podemos entender que o próprio fato de haver um eixo temático da conferência dedicado a este tema também mostra a relevância do mesmo.

Atualmente, a questão do Controle Social, e sua conseqüente repercussão no protagonismo dos usuários constitui-se como um aspecto central na discussão acerca das mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, PNSM, em curso. Quanto a isso, o próprio Conselho Nacional de Saúde se colocou claramente logo após a publicação da primeira Portaria do Ministério da Saúde que viria a compor o conjunto de mudanças na PNSM:

(...) considerando que a Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sem consulta ou debate com a sociedade civil ou com o Conselho Nacional de Saúde. (...) Recomenda ao Ministério da Saúde: 1. A revogação da Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017; 2. A publicação de portaria em substituição, que esteja de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, de modo a reverter os retrocessos acima apontados; e 3. Que qualquer alteração da Política Nacional de Saúde Mental seja amplamente discutida com o pleno do Conselho Nacional de Saúde. (CNS, 2018, p. 1-2)

Como não foi atendido, em 17 de maio de 2019 o Conselho Nacional de Saúde veio se colocar novamente sobre o tema, através da Recomendação 23 (BRASIL, 2019c), desta vez propondo que o Ministério Público atue para suspender a “Nova” PNSM. Novamente, além do teor da mudança na política, o caráter ilegal das mudanças é novamente colocado pela implantação da mesma à revelia do Controle Social:

(...) considerando que a formulação da “Nova Política de Saúde Mental” fere o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, em seu artigo 198, inciso III, que determina que as ações e serviços de saúde devem observar a diretriz de participação da comunidade; considerando que a “Nova política de Saúde Mental” foi apresentada à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), não seguindo o processo democrático de avaliação e deliberação do CNS, desconsiderando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e institui legalmente a Conferência de Saúde enquanto instância colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes; considerando que o Ministério da Saúde não atendeu à Recomendação nº 01, de 31 de janeiro de 2018, deste Conselho Nacional de Saúde para a revogação da Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017; (...) considerando que a Recomendação CNDH nº 03/2019, também recomenda a suspensão e submissão da Nova Política de Saúde Mental ao debate público e que o Ministério da Saúde realize audiências públicas, com antecedência e ampla convocação, garantindo a plena e efetiva participação dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); (...) considerando o Comentário Geral

nº 7 do Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), publicado em 9 de novembro de 2018, que aprofundou, detalhou e realizou recomendações aos países membros quanto à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em especial focando na garantia e efetividade da participação social tanto na formulação, implementação e fiscalização quanto na avaliação das políticas públicas pelas pessoas com deficiência e suas organizações representativas. (...) Recomenda: (...) Ao Ministério Público Federal (MPF): Que atue no sentido de propor a suspensão da execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida na Política Nacional de Saúde Mental. (CNS, 2019, p. 1-2)

Por último, cabe lembrar que a Defensoria Pública da União (DPU) ajuizou a Ação Civil Pública de Ilegalidade, pelo Procedimento de Assistência Jurídica nº: 2017/001-08250 em 3 de abril de 2019. Nela, a DPU aponta a ilegalidade das mudanças na Política de Saúde Mental, novamente apontando o descumprimento das legislações que preveem a participação social na construção das políticas de saúde:

Inicialmente, no que tange aos requisitos formais, a Resolução nº 32/2017 e a Portaria nº 3588/2017, implementadas pela Comissão Intergestores Tripartite, **padecem de nulidade** por não observarem os procedimentos previstos no art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142/90 e art. 14-A, I, da Lei nº 8.080/90, no que concerne à prévia aprovação pelos Conselhos de Saúde. Com efeito, o art. 14-A, inciso I, da lei 8.080/90, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, prevê a necessidade de aprovação pelos Conselhos de Saúde das tomadas de decisões das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite no tocante a aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS (...) Como se vê, pela interpretação literal do dispositivo *retro*, a atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, **aprovados pelos conselhos de saúde, o que não ocorreu na hipótese** (DPU, 2019)

Podemos aqui ter uma ideia do papel dos usuários neste processo e a importância de que eles estejam organizados a fim de realmente pautarem as políticas de saúde que são determinantes para suas vidas. Existem dificuldades neste processo que apontam para uma necessidade de que ele seja avaliado de forma mais profunda e sistemática. Ainda assim, o Controle Social, conforme descrito, constitui-se enquanto *locus* privilegiado do protagonismo dos usuários de saúde mental. Não é um espaço específico da saúde mental, mas é onde estas pessoas podem ter algum poder na estrutura estatal. Um retorno a um modelo de caráter manicomial é uma ameaça de um retrocesso absurdo. Os usuários, organizados além de serem os principais interessados em evitar isto, também tem uma potência enorme nesta luta, sendo para isso legitimados ética e legalmente.

## ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS E FAMILIARES

Em um nível intermediário de estruturação, entre as assembleias e o controle social, existem as associações de usuários e familiares de saúde mental. Elas podem ter caráter e funcionamento diversos, se utilizarem ou não dos espaços físicos de serviços da RAPS (em geral, os CAPS), receberem ou não recursos públicos e terem níveis de formalização diferentes – com ou sem diretoria formalmente constituída, estatuto, registro das atas de eleição em cartório, CNPJ<sup>1</sup>, etc.

A produção teórica acerca destas organizações é pequena, principalmente se considerarmos sua importância, conforme constatamos acima. Em 2007, Vasconcelos realizou um extenso levantamento das associações existentes até então e de seu perfil, com resultados publicados em 2009. Ao que parece, nenhum outro levantamento deste vulto foi realizado mais recentemente.

Tivemos um total geral de 107 dispositivos associativos em todo o país identificados até o presente momento, em outubro de 2007 uma grande maioria absoluta das associações são de nível municipal ou local. (...) podemos resumir os dados indicados acima no seguinte perfil típico e mais frequente de dispositivo associativo no Brasil: associação mista (usuários, familiares, e técnicos), fundada depois de 1992, criada a partir de e ligada a um CAPS, com um funcionamento central baseado em plantão ou atendimento regular por técnico do CAPS e membro da associação, com uma reunião quinzenal ou mensal, cobrando uma contribuição financeira quase simbólica (2 a 5 reais), apoiando a reforma psiquiátrica, expressando sua missão em termos da defesa dos direitos do usuário e familiar, e desenvolvendo pelo menos alguma oficina, projeto ou atividade de trabalho e geração de renda. (VASCONCELOS, 2009, p. 3)

Além destas variáveis, o autor aponta que as associações podem variar também quanto a orientação ideológica, embora a maioria esmagadora seja alinhada aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Apenas 2 associações de todo o universo pesquisado são explicitamente contrárias à reforma psiquiátrica, sendo já bastante conhecidas no campo da saúde mental no país: a AFDM<sup>2</sup>, fundada no Rio de Janeiro, mas com ramificações e grupos em outros estados, e o Projeto Fênix, de São Paulo. (*ibid*, p. 3)

Vasconcelos avalia ainda, que o Movimento da Luta Antimanicomial foi determinante para a proliferação das associações de usuárias da saúde mental, assim como os “primeiros encontros nacionais e regionais de usuários e familiares, realizados no país a partir de 1991, e a II Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992”. (VASCONCELOS, 2009, p. 3)

---

1. Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ)

2. Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais (AFDM)

Em 3 de setembro de 2018, durante a Assembleia dos Usuários da Rede de Saúde Mental do Brasil, realizada no 6º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em Brasília, foi fundado o Coletivo Nacional de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial. (ABRASME, 2018) Isto evidencia uma busca por mais representatividade no cenário nacional e demonstra avanços neste sentido.

Como exemplo, novamente, a experiência de Macaé, onde durante muitos anos a Associação de Parentes, Amigos e Usuários da Saúde Mental (ASPAS) foi muito atuante, realizando oficinas de geração de renda, em parceria com o CAPS Betinho e muitas atividades culturais. A ASPAS organizou a participação dos usuários da RAPS daquele município em diversos espaços, como conferências de saúde e reuniões com os gestores locais, servindo também de intermediária entre os usuários e o Conselho Municipal de Saúde. Em 2008, a ASPAS conseguiu, reunindo 1200 assinaturas, convocar uma audiência pública na Câmara dos Vereadores, protocolando o pedido diretamente na mesa diretora da casa, sem depender de realizar aliança com algum vereador específico para solicitar a mesma – prática comum no município. Esta audiência foi de suma importância para discutir com o poder legislativo uma série de demandas da saúde mental, e possibilitou a inclusão destes usuários no passe livre dos ônibus municipais, uma vez que a legislação de Macaé que criava o passe excluía, até então, as pessoas com transtornos mentais graves (TORRES, 2010).

## IMPLEMENTAÇÃO E ESTRUTURA

O Cadastro Nacional de Associações e Coletivos de Usuários e/ou Familiares do Campo da Saúde Mental passou a ser disponibilizado publicamente desde dezembro de 2020<sup>3</sup>. Trata-se de um cadastro que se propõe a listar as associações e coletivos que, de alguma forma, atuam para promover a qualidade de vida, a representatividade, o combate ao estigma e o acesso ao cuidado das pessoas com sofrimento mental. Isto inclui as entidades que atuam na geração de renda, na militância por uma assistência melhor e no diálogo com gestores e profissionais de saúde mental. É imprescindível, para fazer parte, que o protagonismo da entidade seja, de fato, exercido por usuários e/ou familiares dos serviços de saúde mental – profissionais podem participar enquanto apoiadores. Também é necessário que a entidade esteja, de alguma forma, ativa. Além disso, são incluídas apenas associações de caráter laico, uma vez que grupos religiosos têm natureza, objetivos e métodos de trabalho diferentes das associações e coletivos que são objeto deste cadastro. Não há critério de exclusão por número mínimo de associados, no entanto, é importante apontar o número de associados a fim de se ter uma noção do tamanho do grupo. A

3. A versão de dezembro de 2022 encontra-se reproduzida na íntegra no Apêndice A.

proposta é manter estas informações públicas e acessíveis, a fim de fomentar encontros, diálogos, pesquisas e mobilização de todos os interessados. Também é uma forma de reconhecer e tornar mais visível o valioso serviço que cada uma delas realiza, e a força que podem ter juntas.

O cadastro é dinâmico, sendo constantemente atualizado para que se torne mais abrangente. A fim de produzir tais modificações e certificar a veracidade das informações, formou-se uma comissão de curadoria do Cadastro Nacional de Associações e Coletivos de Usuários e/ou Familiares do Campo da Saúde Mental, composta por:

- Nelson Falcão de Oliveira Cruz;
- Ana Clara Alves Moreira da Silva;
- Pedro Gabriel Godinho Delgado.

Com o objetivo de orientar quanto a questões mais complexas e potencializar os efeitos da iniciativa, foi constituído um Conselho Consultivo, formado por pessoas com notória experiência em apoiar as associações, dentre pesquisadores, militantes e representantes de usuários/familiares. Atualmente sua formação é:

- Eduardo Mourão Vasconcelos (RJ);
- Judete Ferrari (RS);
- Thaís de Andrade Alves Guimarães (PI)
- Iracema Polidoro (RJ)
- Iolanda Machado (RJ)
- Adriana Santos (RJ)
- José Alves Ribeiro. (DF)
- Carlos Henrique Martins (RJ)

Este trabalho é realizado junto ao Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - NUPPSAM/IPUB/UFRJ, e conta com o apoio da Frente Estamira de CAPS – Resistência e Invenção. Esperamos, com a criação e atualização permanente deste cadastro, contribuir para o fortalecimento do movimento de usuários e familiares, para sua organização, protagonismo e autonomia.

Ao fechar a amostra para o estudo de percepção, haviam sido encontradas 37 associações ou coletivos de usuários e/ou familiares do campo da saúde mental. A partir do momento em que o cadastro se tornou público, diversos grupos e entidades nos procuraram para fazer parte dele. A comissão de curadoria criou então um formulário de inscrição com as informações a serem reunidas de forma sistematizada. O formulário funciona em duas

partes, sendo a primeira com informações mais básicas<sup>4</sup> e a segunda<sup>5</sup> com dados mais aprofundados.

Em dezembro de 2022, havia 65 entidades listadas no cadastro, localizadas em 15 estados e no Distrito Federal, compreendendo todas as regiões do Brasil, sendo a distribuição pelo território nacional da seguinte forma: 2 na região Norte, no estado do Pará; 13 na região Nordeste, nos estados da Bahia, Piauí, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Ceará e Alagoas; 26 na região Sudeste, nos estados do Rio de Janeiro, Espírito do Santo, Minas Gerais e São Paulo; 19 na região Sul, nos estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina e 4 na região Centro-Oeste, no estado de Goiás e no Distrito Federal. Neste conjunto se encontram somadas as 37 entidades que compunham a listagem original do estudo, que foram ativamente encontradas, e também as adicionadas posteriormente, as quais solicitaram voluntariamente sua inclusão.

A comissão de curadoria vem se reunindo mensalmente desde dezembro de 2020 para planejar a divulgação do cadastro e avaliar a pertinência dos pedidos de inclusão, considerando os critérios descritos. O Conselho Consultivo também tem se reunido mensalmente desde maio de 2021, planejando estratégias de potencializar os efeitos do Cadastro Nacional.

Neste sentido foi realizada em 14 de julho, uma Oficina Nacional de Associações e Coletivos de Usuários(as) e/ou Familiares do Campo da Saúde Mental, com a intenção de reunir e trocar experiências, fortalecer o movimento de Associações e Coletivos e estimular a criação e o desenvolvimento de novas Associações, buscando ampliar e dar visibilidade aos movimentos já existentes e promover a defesa da saúde pública universal e da democracia, fomentando o cuidado em liberdade, com protagonismo de usuários(as) e familiares na luta por seus direitos. O evento obteve 214 inscrições, dentre individuais (81,3%) e de associações ou coletivos (18,7%) e seu registro em vídeo pode ser acessado através do link <https://www.youtube.com/watch?v=n7697iUYpmc>. (OFICINA, 2021).

---

4. Nome da entidade, município, estado, nome de quem forneceu as informações, responsável pela entidade, endereço físico e eletrônico, telefone (e autorização para divulgar o mesmo), tipo de associação, ano de fundação, se está em atividade atualmente, número de participantes, local das reuniões, se está ligada a algum/qual CAPS.

5. Responsável por prestar as informações e seus contatos; frequência das reuniões; critério para ser associado; se os associados fazem contribuições financeiras; atividades realizadas; se recebe apoio financeiro; se tem/ quais os valores, princípios e objetivos que orientam a associação; se faz uso de dispositivos virtuais para trocar informações, fazer reuniões e tomar decisões; dificuldades enfrentadas durante a pandemia de COVID19; informações relevantes que queira incluir na publicação do cadastro.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos afirmar que houve um movimento do governo federal no período estudado, para revisar, descaracterizar, enfraquecer ou mesmo destruir o que se avançou em termos de políticas públicas de saúde mental seguindo os pressupostos da reforma psiquiátrica. Desta forma, não seria incorreto denominar este processo como “contrarreforma psiquiátrica”.

Da mesma forma, também foi constatado que este movimento foi recebido pelo campo da atenção psicossocial com revolta e preocupação, o que levou indivíduos e grupos afetados a se mobilizarem veementemente. Além dos profissionais, pesquisadores, usuários e seus familiares, da sociedade civil organizada, das entidades de classe, etc. existe uma intensa atuação de resistência às mudanças na PNSM por parte de órgãos do próprio Estado, em seus três poderes – Executivo (CNS, CNDH), Legislativo (deputados federais) e Judiciário (DPU, MPF). Isto evidencia que este processo de desmonte tenta tratar como política de governo algo que é uma política de Estado. Seria salutar a discussão técnica sobre o modelo da assistência em saúde mental, entretanto não é disso que se tratam as mudanças que vêm sendo realizadas na PNSM – o que vem ocorrendo é justamente o contrário: um único grupo, que tem financiamento e relações de proximidade com os mandatários do poder executivo, está impondo sua agenda à revelia de todos os setores afetados e seus representantes oficiais. A forma de implementação destas mudanças na política pública não corresponde a parâmetros democráticos.

Outro aspecto a ser lembrado é o fato de que uma quantidade muito significativa de psiquiatras não se sente representado pela ABP no que tange aos posicionamentos desta entidade que fundamentam todo o desmonte da PNSM. Assim, o suporte às modificações realizadas se dá apenas por uma parcela de uma única categoria profissional, dos médicos, contra todos os demais estudiosos e interessados no tema.

A resistência a este processo é massiva e vem produzindo visibilidade ao tema. O Ministério da Saúde recuou em sua agenda por, ao menos, três vezes, aparentemente em decorrência às manifestações contrárias a ela. No entanto, a agenda do desmonte voltou a avançar em seguida a estes recuos.

A percepção das pessoas afetadas pela PNSM aponta para uma indignação intensa com que está acontecendo, ampliada pela noção de que os serviços da RAPS já estavam precarizados mesmo antes deste processo, que aprofundou suas dificuldades, e para um grande temor do que está por vir no campo da Atenção Psicossocial. A percepção negativa é, em si, um grande problema: a perspectiva de tratamento e o vínculo com os serviços podem ser afetados; usuários podem ter sua saúde mental prejudicada e a desmotivação dos profissionais pode afetar suas potencialidades. Mas, entender que esta forma de ver se

estende aos gestores locais traz um problema mais grave e concreto ao nos mostrar que existe um importante incentivo para que eles não invistam nas RAPS de seus municípios. O fato de que isto está acontecendo em meio à pandemia de COVID-19 aprofunda sobremaneira todas estas questões.

Foram criadas dificuldades consistentes de acesso aos dados que possibilitariam uma melhor avaliação dos efeitos desta contrarreforma, tornando muito difícil a realização da mesma mensurando suas consequências. Ainda assim, ao que parece, os efeitos práticos não foram, até então, tão importantes quanto pareciam e ainda podem ser. Parece provável que isto seja devido justamente à intensa mobilização contrária realizada pelos diversos atores afetados, mas pode ser também que ainda não tenha se passado tempo suficiente para realizar esta avaliação. Outro fator que não podemos deixar de considerar, é a epidemia de COVID-19, que transformou completamente o debate em relação à saúde e especificamente à saúde pública, dificultando a avaliação.

Esperamos que esta pesquisa possa servir como referência para pensar sobre a PNSM, sobre as mudanças que sofreu e sobre o que vai ser feito dela no futuro, seja para continuar construindo oposição, seja para um governo que retome a política de Estado que havia.

Retornando à metáfora ensejada na abertura deste livro, a tempestade até pode ter sido apenas uma chuva, mas construções tiveram suas estruturas abaladas, famílias ficaram receosas e restritas às suas casas, provisões básicas estiveram em falta, toda a circulação esteve paralisada, planos foram cancelados e o futuro passou a ser tão nebuloso quanto o céu. Por outro lado, os vizinhos se ajudaram, ergueram barricadas para conter enchentes, remendaram telhados e, acima de tudo, voltaram a se relacionar como uma verdadeira comunidade. Ainda é cedo para saber exatamente a extensão dos danos. A vida segue, mesmo com o céu ainda nublado, mas com a esperança do brilho de uma estrela.

## REFERÊNCIAS

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Acre. **Plano Estadual de Saúde – 2016-2019**. Acre – AC. 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-de-saude/> Acesso em: 2 nov. 2021.

ALVES, Haiana Maria de Carvalho. **Impacto do contexto de trabalho e da resiliência sobre o bem-estar no trabalho de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, São Bernardo do Campo, 2015. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/bitstream/tede/1363/1/Haiana%20Maria%20de%20Carvalho%20Alves.pdf>. Acesso em: 7 maio 2020.

AMADO, Guilherme. Documento do Ministério da Saúde lista portarias para revogação da saúde mental. **Revista Época** [online], [Rio de Janeiro], 7 dez. 2020a. Disponível em: <https://epoca.globo.com/guilherme-amado/documento-do-ministerio-da-saude-lista-portariaspara-revogaco-da-saude-mental-1-24785623> Acesso em: 23 out. 2021.

AMADO, Guilherme. Governo Bolsonaro revoga portarias e encerrará programas de saúde mental no SUS. **Revista Época**. 6 de dezembro de 2020b. Disponível em: <https://epoca.globo.com/guilherme-amado/governo-bolsonaro-revogara-portarias-encerrara-programas-de-saude-mental-no-sus-1-24782439> . Acesso em: 23 out. 2021.

ASSIS, Daniel Adolpho Daltin; SILVA, Alyne Alvarez; TORRES, Tician. Políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e de criança e adolescente no Legislativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 255-272, mar. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000100255&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100255&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07 maio 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 6023**: Informação e documentação - Referências - Elaboração. 2. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP. **OF. 068/17/ABP/SEC**. 25 de abril de 2017. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/notatecnicaacfmabp.pdf> . Acesso em: 12 out. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO *et al.* **Nota pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS**. Dezembro de 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-publica-cgmadms/15248/> . Acesso em: 12 out. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. **Nota contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 11 de dezembro de 2017. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/>. Acesso em: 26 mar. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. **Nota de Repúdio ao Edital de Chamamento Público nº 3/2022**. Rio de Janeiro, 08 de abril de 2022. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2022/04/NOTA-DE-REPUDIO-AO-EDITAL-DE-CHAMAMENTO-PUBLICO-No-3\\_2022.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2022/04/NOTA-DE-REPUDIO-AO-EDITAL-DE-CHAMAMENTO-PUBLICO-No-3_2022.pdf) Acesso em 28 dez 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL – ABRASME. **O cuidado em saúde mental e a contra-reforma psiquiátrica: posicionamento crítico da ABRASME**. 18 de maio de 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL – ABRASME. **Documento Criação do Coletivo Nacional de Usuários e Familiares**. Brasília, 2018.

BOAL, Augusto. **Teatro do oprimido e outras poéticas políticas**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

BOSSATO, R. H. **As Ações de enfermagem para o protagonismo do usuário na reabilitação psicossocial: um território em negociação**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio987222> Acesso em: 31 out. 2021.

BRANDÃO, A.; FIGUEREDO, A; DELGADO, PG. Incorporações e usos de *recovery* no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma revisão da literatura. 2022. **Revisão** • Trab. educ. saúde 20 • 2022 • <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00189> .

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília – DF. 2016a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm). Acesso em: 21 abr. 2019.

BRASIL, Ministério da Cidadania. Portaria MC nº 690, de 25 de outubro de 2021. Estabelece o Modelo de Plano Individual de Atendimento de Adolescentes - PIA e o Fluxograma de Acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas, em conformidade com a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 e com o disposto nos artigos 23-A, 23-B e 26-A da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, conforme redação dada pela Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. **Diário Oficial da União** n. 202 – 26 de outubro de 2021 – Seção 1 – página 19. Brasília, 2021b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/10/2021&jornal=515&pagina=19>. Acesso em 17 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017. Institui o Comitê Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e 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. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 245, p. 104, 22 dez. 2017a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/inicio> Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. **Diário Oficial da União** n. 143 – 28 de julho de 2020 – Seção 1 – página 29. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protacao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2020/resolucao-no-3-de-24-de-julho-de-2020-dou-imprensa-nacional.pdf>. Acesso em 17 dez. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, ano 128, n. 182, p. 18055, 20 set. 1990a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990> Acesso em: 15 out. 2018

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 25694, 31 dez. 1990b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=31/12/1990> Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012) Acesso em: 24 abr. 2020

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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 69-E, p. 2, 09 abr. 2001. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=09/04/2001> Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 147, p. 3, 01 ago. 2003. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=3&data=01/08/2003>. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). **PFDC pede explicações ao ministro da Saúde sobre políticas de saúde mental e de drogas no Brasil**. [Brasília, DF], Assessoria de Comunicação e Informação, dez. 2020b. Seção Notícias. Disponível em: Acesso em: <http://www.mpf.mp.br/pfdc/noticias/pfdc-pede-explicacoes-ao-ministro-da-saude-sobre-politicas-de-saude-mental-e-de-drogas-no-brasil?fbclid=IwAR1PrrmQWdZO7jhzivMcO2LsTeX9rkePuf0POgmPnLvtJSfYlgtbMxQZikM> 23 out. 2018.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). **Recomendação nº 04/2018/PFDC/MPF**, de 6 de dezembro de 2018. Suspensão dos efeitos da Portaria 3.659, de 14 de novembro de 2018 e da Portaria 3.718, de 22 de novembro de 2018. Ref.: PA nº 1.00.000.004129/2018-79. Brasília – DF. 2018a. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/426842737/recomendacao-pfdc-mpf-4-2018-pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício nº141/2021/ASPAR/GM/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 12 jan. 2021a. Assunto: Resposta ao RIC 1617/2020. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra.jsessionid=node0ank2qtnbcrk1u13iwoe1o7k610104744.node0?codteor=1957971&filename=Tramitacao-RIC+1617/2020](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra.jsessionid=node0ank2qtnbcrk1u13iwoe1o7k610104744.node0?codteor=1957971&filename=Tramitacao-RIC+1617/2020) Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 184, de 3 de fevereiro de 2020. Desabilita e habilita Centros de Atenção Psicossocial no Município de Curitiba/PR. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 26, p. 82, 6 fev. 2020b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/02/2020&jornal=515&pagina=82> Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 189, 20 de março de 2002. Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimentos abaixo descrito e seu procedimento: 63.100.05.3 – Acolhimento de Centro de Atenção Psicossocial. 63.001.57.8 – Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 56, p. 108, 22 mar. 2002. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/03/2002&jornal=1&pagina=108&totalArquivos=136> Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 34, p. 22, 20 fev. 2002. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=22&data=20/02/2002> Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 544, de 7 de maio de 2018. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 171, p. 31, 20 jun. 2018b. Disponível em: [https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/26571478/do1-2018-06-20-portaria-n-544-de-7-de-maio-de-2018-26571452](https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/26571478/do1-2018-06-20-portaria-n-544-de-7-de-maio-de-2018-26571452) Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 854, de 22 de agosto de 2012. [Altera [...] os seguintes atributos dos procedimentos a seguir especificados, a partir da competência Outubro de 2012 [...]. [Serviço/Classificação 115- Serviço de Atenção Psicossocial/002 – Atendimento Psicossocial [...]. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 165, p. 54, 24 ago. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/08/2012&jornal=1&pagina=54&totalArquivos=240> Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020. Revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do “Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei”, no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 185, 25 maio 2020c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.325-de-18-de-maio-de-2020-258259680> Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.482, 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. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 207, p. 51, 27 out. 2016b. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24485085/do1-2016-10-27-portaria-n-1-482-de-25-de-outubro-de-2016-24485014](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24485085/do1-2016-10-27-portaria-n-1-482-de-25-de-outubro-de-2016-24485014) Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília - DF. 2015a. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631\\_01\\_10\\_2015.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html) Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.754, de 14 de julho de 2020. Fica revogada a Portaria nº 1.325/GM/MS, de 18 de maio de 2020. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 134, p. 97, 15 jul. 2020d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.754-de-14-de-julho-de-2020-266804892> Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.043, de 11 de dezembro de 2015. [...] Nomear Valencius Wurch Duarte Filho para exercer o cargo de Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas [...]. **Diário Oficial da União**: Seção 2, Brasília, DF, n. 238, p. 36, 14 de dez. 2015b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=14/12/2015&jornal=2&pagina=36&totalArquivos=76> Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.387, de 13 de setembro de 2019. Revoga a Portaria nº 3.659/2018/GM/MS e a Portaria nº 3.718/2018/GM/MS. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 179, p. 77, 16 set. 2019a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/09/2019&jornal=515&pagina=77&totalArquivos=115> Acesso em: 23 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 160, p.38-39, 20 ago. 2018c. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/08/2018&jornal=515&pagina=38&totalArquivos=131> Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017b. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031#:~:text=Di%C3%A1rio%20Oficial%20da%20Uni%C3%A3o,-Publicado%20em%3A%2022&text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde\(SUS\).](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031#:~:text=Di%C3%A1rio%20Oficial%20da%20Uni%C3%A3o,-Publicado%20em%3A%2022&text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde(SUS).) Acesso em: 19 jun. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento 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**: seção 1, Brasília, DF, n. 251, p. 59, 30 dez. 2011a. [Republicada em: **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, n. 96, p. 37, 21 maio 2013.]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/12/2011&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=160> Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 251, p. 61, 30 dez 2011b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=61&data=30/12/2011> Acesso em: 19 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 245, p. 236-238, 22 dez. 2017c. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/12/2017&jornal=515&pagina=236&totalArquivos=416> Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**: seção 1, Brasília, DF, n. 220, p. 87, 16 nov. 2018d. 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](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: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº3.718, 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**: seção 1, Brasília, DF, n. 225, p. 257, 23 nov. 2018e. 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](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: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.832, de 29 de dezembro de 2020. Desabilita Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), do Município de Congonhinhas (PR) e habilita Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) no Município de Cornélio Procópio (PR). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 249, p. 127, 30 dez. 2020e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.832-de-29-de-dezembro-de-2020-296896391> Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Seção 1 – Edição Extra, Brasília, DF, n. 248-D, p. 91-92, 28 dez. 2017d. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/12/2017&jornal=602&pagina=91&totalArquivos=100> Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Seção 1 – Suplemento, Brasília, DF, n. 190, p.192, 03 out. 2017e. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-de-Consolida%C3%A7%C3%A3o-n%C2%BA-3-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Diretrizes-para-Organiza%C3%A7%C3%A3o-da-Rede-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-SUS.-1.pdf> Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental veta ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais especializados e amplia rede de atenção**. Site do Ministério da Saúde. Agência Saúde. Brasília – DF. Publicado em 14 de dezembro de 2017f. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42176-saude-mental-veta-ampliacao-de-leitos-psiquiaticos-em-hospitais-especializados-e-amplia-rede-de-assistencia> Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 596, de 22 de março de 2022. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União** n. 56 – 23 de março de 2022 – Seção 1 – página 281. Brasília, DF, 2022a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/03/2022&jornal=515&pagina=281>. Acesso em 17 dez. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.365, de 06 de junho de 2022. Habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC de Estados e Municípios. **Diário Oficial da União** nº 108 – 08 de junho de 2022 – Seção 1 – página 128. Brasília, DF, 2022b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/06/2022&jornal=515&pagina=128>. Acesso em 17 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos – SIGTAP. **Tabela de Procedimentos Unificada**. Brasília, DF: DATASUS, 2019b. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp>. Acesso em: 22 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **CNS subscreve nota do Conass e Conasems pela suspensão do edital do Ministério da Cidadania sobre financiamento de hospitais psiquiátricos**. Site do CNS. Publicado em 14 de abril de 2022. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2432-conass-e-conasems-divulgam-nota-pela-suspensao-do-edital-do-ministerio-da-cidadania-sobre-financiamento-de-hospitais-psiquiatricos> Acesso em 28 dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 001**, 31 de janeiro de 2018. Recomenda [a] revogação da Portaria nº 3.588, de 21 dezembro de 2017[...] Brasília, DF, 2018f. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 023**. 17 de maio de 2019. Recomenda [...] [a] suspensão dos efeitos da Resolução CONAD nº 1, de 9 de março de 2018 [...]. Brasília, DF, 2019c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco023.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 043**, 15 de setembro de 2017. Recomenda [ao] Ministério da Saúde que revise a Portaria SAS/MS nº 1.482/2016 [...]. Brasília, DF, 2017g. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco043.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 044**, de 15 de junho de 2020. Recomenda ao Ministério da Saúde a revogação da Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. Brasília, DF, 2020f. Disponível em: <http://www.susconnecta.org.br/wpcontent/uploads/2020/06/Reco044-Ao-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Arevoga%C3%A7%C3%A3o-da-Portaria-n%C2%BA-1.325-de-18-de-maio-de-2020-1.pdf> Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**: Seção 1 - Extra, Brasília, D, n. 70-A, p. 7, 11 abr. 2019d. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357#:~:text=Di%C3%A1rio%20Oficial%20da%20Uni%C3%A3o,-Publicado%20em%3A%2011&text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20sobre,que%20lhe%20confere%20o%20art](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137357#:~:text=Di%C3%A1rio%20Oficial%20da%20Uni%C3%A3o,-Publicado%20em%3A%2011&text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20sobre,que%20lhe%20confere%20o%20art) Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL, Presidência da República. Decreto n. 11.098, de 20 de junho de 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da União** n. 115 – 20 de junho de 2022 – Seção 1 – página 3. Brasília, DF, 2022c. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/06/2022&jornal=515&pagina=3&totalArquivos=119> Acesso em 18 dez. 2022

BRESSAN, V. R.; MARCOLAN, J. F. O Desvelar de violações dos direitos humanos em serviços residenciais terapêuticos. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, p. 149-160, jul. 2016. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28847>. Acesso em: 07 maio 2020.

BURIOLA, Aline Aparecida et al. Avaliação da estrutura física e de recursos humanos de um serviço de emergência psiquiátrica. **Texto Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000400312&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400312&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 07 maio 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). **Projeto de decreto legislativo PDL n. 208/2019**, de 24 abr. 2019. Susta a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2019a. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=9DD56DAC6A7856CAE9166A6BF444D539.proposicoesWebExterno1?codteor=1736753&filename=PDL+208/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9DD56DAC6A7856CAE9166A6BF444D539.proposicoesWebExterno1?codteor=1736753&filename=PDL+208/2019) Acesso em: 23 out. 2021.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). **Projeto de Lei n. 1.090**, 23 de nov. de 2018. Susta a Portaria nº 3.659, de 16 de novembro de 2018, que suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPSO [...]). Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2018. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=445B8CE316BE354262F128DFFA17A658.proposicoesWebExterno2?codteor=1694750&filename=PDC+1090/2018](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=445B8CE316BE354262F128DFFA17A658.proposicoesWebExterno2?codteor=1694750&filename=PDC+1090/2018). Acesso em: 20 jun. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). **Projeto de decreto legislativo PDL n. 249/20**, 3 de jun. 2020. Susta os efeitos da Portaria 1325, de 18 de maio de 2020, que revoga o capítulo III do anexo XVIII da Portaria de Consolidação no. 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da PNAISP. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2020a. Disponível em [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1900400](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1900400) Acesso em: 23 out. 2021.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). **Requerimento de informação – RIC nº 103**, 20 fev. 2019. Solicita ao Ministro da Saúde, Sr. Luiz Henrique Mandetta, informações acerca da nota técnica nº 11/2019, publicada pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e a “Nova Saúde Mental” anunciada pelos gestores do Ministério. Brasília- DF: Câmara dos Deputados, 2019b. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=EAD5FF371915AF1AB4DA2B6BCB331EC6.proposicoesWebExterno2?codteor=1710846&filename=RIC+103/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=EAD5FF371915AF1AB4DA2B6BCB331EC6.proposicoesWebExterno2?codteor=1710846&filename=RIC+103/2019). Acesso em: 20 jun. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). **Requerimento de informação – RIC nº 1617/2020**, 08 dez. 2020. Requer ao Ministro de Estado da Saúde, SR. EDUARDO PAZUELLO, informações acerca da revogação de portarias relacionadas à saúde mental. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2020b. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1948128&filename=RIC+1617/2020](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1948128&filename=RIC+1617/2020). Acesso em 23 out 2021.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). **Projeto de decreto legislativo PDL n. 66/22**, 23 de mar. 2022. Susta a Portaria do Ministério da Saúde nº 596, de 22 de março de 2022, que revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2022a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2318514>. Acesso em 18 dez. 2022.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). **Projeto de decreto legislativo PDL n. 111/22**, 28 de abr. 2022. Susta os efeitos do Edital de Chamamento Público nº 03/2022, do Ministério da Cidadania, visando à seleção de organização da sociedade civil que preste atendimento como hospital psiquiátrico, nas modalidades de internação, e/ou hospital-dia, e/ou ambulatório e/ou pronto atendimento, interessada em celebrar termo de colaboração que tenha por objeto a execução de projetos de cuidado, tratamento e/ou reinserção social de pessoas com problemas decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, em ambiente hospitalar. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2022b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2320650#tramitacoes> Acesso em 18 dez. 2022.

CARNEIRO, Ueslei Solaterrar da Silva. **Eles venceram e o sinal está fechado para nós que somos jovens: Caminhos de resistência da reforma psiquiátrica brasileira em defesa do modelo de atenção psicossocial, por uma sociedade do bem comum e sem manicômios**. 2018. Monografia. (Residência Multiprofissional em Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

CARVALHO, Maria de Fátima Alves Aguiar et al. Uncoordinated psychosocial network compromising the integrality of care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p.1-7. 2017. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100479&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100479&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07 maio 2020.

CHAVES, Lilian Leite. Dos eventos documentados aos documentos manejados: a política de saúde mental brasileira em disputa. **Anuário Antropológico** [Online], v.43, n.2, p. 261-284, 2018. Disponível em <http://journals.openedition.org/aa/3282>. Acesso em: 12 out. 2021.

COLLUCCI, C. Governo Bolsonaro quer revogar portarias que sustentam política de saúde mental. **Folha de São Paulo** [online]. São Paulo. 7 dez. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/12/governo-bolsonaro-quer-revogarportarias-que-sustentam-politica-de-saude-mental.shtml>. Acesso em: 23 out. 2021.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT (Brasil). **Resolução nº 32**, 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Resolucao-MS-n-32-de-14-dezembro-de-2017\\_Estabelece-diretrizes-para-fortalecimento-da-Rede-de-AtencaoPsicossocial.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Resolucao-MS-n-32-de-14-dezembro-de-2017_Estabelece-diretrizes-para-fortalecimento-da-Rede-de-AtencaoPsicossocial.pdf). Acesso em: 15 out. 2018.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT (Brasil). **Resolução nº 35**, de 25 de janeiro de 2018. Estabelece prazo para manifestação dos gestores que receberam recursos de implantação de serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade e não implantaram e efetivaram o seu funcionamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-34-publicada-resolucao-cit-n-35-que-estabelece-prazo-para-manifestacao-dos-gestores-que-receberam-recursos-de-implantacao-de-servicos-de-atencao-saude-de-media-e/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT (Brasil). **Resolução nº 36**, de 25 de janeiro de 2018. Brasília DF. Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-35-publicada-resolucao-cit-n-36-que-define-o-prazo-para-os-gestores-enviarem-manifestacao-ao-ministerio-da-saudee-define-suspensao-da-transferencia-dos-recursos-de-cu/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, [Brasília, DF], **Relatório final**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social, 1986. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf) Acesso em: 23 out. 2021.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1988, Brasília, DF, **Relatório final**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relat\\_final.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf) Acesso em: 31 out. 2021.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1994, Brasília, DF, **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994. 63p. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf) Acesso em: 22 jun. 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., Brasília, DF, **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 213p. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210llcnsm.pdf> Acesso em: 31 out. 2021.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4., Brasília, DF, **Relatório final**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intersetorial de Saúde Mental, 2010. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf) Acesso em: 31 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Assessoria de Comunicação. **COFEN não aceita o retrocesso na saúde mental**. [Brasília, DF], Site COFEN, [Notícias], 30 dez. 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/cofen-nao-aceita-o-retrocesso-na-saude-mental\\_59609.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-nao-aceita-o-retrocesso-na-saude-mental_59609.html). Acesso em: 22 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Assessoria de Comunicação. **Conselho Federal de Enfermagem pede a suspensão de edital manicomial**. [Brasília, DF], Site COFEN, [Notícias], 11 abr. 2022. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/cofen-pede-a-suspensao-de-edital-manicomial\\_97696.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-pede-a-suspensao-de-edital-manicomial_97696.html) Acesso em 28 dez 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Posicionamento do Sistema Conselhos contrário ao Plano Nacional de Saúde Mental**. [Brasília, DF], 2017. [Nota do Sistema de Conselhos do CFP]. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/Posicionamento-do-Sistema-Conselhoscontrário-ao-Plano-Nacional-de-Saúde-Mental.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS (Brasil). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Nota pública conjunta contra a ampliação e o financiamento público de leitos em hospitais psiquiátricos**, [de] 18 set. 2017. Brasília, DF: MNPCT:PFDC:MPF:CNDH, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/mocoes-e-notas/20170919Notapblicaconjuntacontrafinanciamentopblcoeampliaodeleitosemhospitaispsiquitricos.pdf>. Acesso em: 31 out 2021.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS – CNDH. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (Brasil). **Recomendação nº 03**, de 14 de março de 2019. Recomenda que todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiaram a Nova Política Nacional de Saúde Mental, elaborada e em execução sem ser legitimamente formulada, sejam suspensas e submetidas ao debate público; e que convoque audiências públicas, com antecedência e ampla convocação, garantindo a plena e efetiva participação dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Brasília, DF, 2019. 2 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-83-publicada-a-recomendacao-n-3-do-cndh-que-recomenda-que-todas-as-normativas-incompativeis-com-a-estabelecida-politica-nacional-de-saude-mental-que-subsidiam-a-nova/>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS – CNDH. **Resolução nº 26**, de 15 de junho de 2020. Dispõe sobre a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. Brasília, DF, 2020. 4 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhonacional-de-direitos-humanos-cndh/RESOLUON26DE15DEJUNHODE2020.pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – CONAD (Brasil). Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Resolução nº 1**, de 09 de março de 2018. [Aprova] as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNDAD, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal, [...]. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 49, p. 79, 13 mar. 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de2018-6285971>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS (Brasil). Planos Estaduais de Saúde. Site CONASS, [Documentos], abr. 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planosestaduais-de-saude/>. Acesso em: 11 ago. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASSEMS. **Nota Técnica Conjunta 01/2022**. Brasília, DF. 11 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Nota-Conjunta-CONASS-CONASEMS-Edital-MC-Hospitais-Psiquiatria-CC-80tricos-FINAL.pdf>. Acesso em 18 dez.

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Brasil). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas **Estratégicas. Saúde Mental em Dados 12**. Brasília, DF, Ano 10, n. 12, out. 2015. Disponível em: [http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/430410/RESPOS\\_TA\\_PEDIDO\\_SMD%2012%20-%20Verso%20para%20o%20Site%202.pdf](http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/430410/RESPOS_TA_PEDIDO_SMD%2012%20-%20Verso%20para%20o%20Site%202.pdf). Acesso em: 30 abr. 2020.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Brasil). Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES Secretaria de Atenção à Saúde. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CORREIA, Ludmila C.; MARTINS, Laércio; REQUIÃO, Maurício. À Beira do abismo e ao encontro do absurdo: considerações sociojurídicas sobre a nota técnica n. 11/2019 do Ministério da Saúde. **Revista Jurídica (FURB)**, v. 23, n. 50, p. 1-23, 2019. Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/7918>. Acesso em: 17 ago. 2019.

COSTA, D. F. C. **Loucos para prot(agonizar) micropolítica e participação em saúde mental.** 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31798/000780771.pdf?sequence=1&isAllowed=y> e Acesso em: 30 set. 2021.

CUNHA, Eduardo. **Decisão da presidência**, 02 dez. 2015. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2015. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/internet/agencia/pdf/Decis%C3%A3o\\_sobre\\_impeachment\\_ASSINADA.pdf](https://www.camara.leg.br/internet/agencia/pdf/Decis%C3%A3o_sobre_impeachment_ASSINADA.pdf) Acesso em: 30 set. 2021.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285> Acesso em: 31 out. 2021.

DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO – DPU (Brasil), 2ª Categoria no Distrito Federal /DF. **Petição do Procedimento de Assistência Jurídica nº 2017/001-08250.** Ação Civil Pública com Pedido de Tutela Provisória de Urgência em Face da União. Documento Assinado Eletronicamente por Alexandre Mendes Lima de Oliveira, Defensor Público Federal / Defensor Regional de Direitos Humanos no Distrito Federal em 3 de abril de 2019. Disponível em: [https://sei.dpu.def.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&codigo\\_verificador=2341243&codigo\\_crc=C329C6B9&hash\\_download=9dc944f2d8b18d7c68e9ca0c55d88d01c1367086cf9300163f9972ea49ecbb7ba81c3985b7b5b91c05662228c40ed1b0625a33f67f8502ed3e41e3df1d9706e3&visualizacao=1&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=8038](https://sei.dpu.def.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=2341243&codigo_crc=C329C6B9&hash_download=9dc944f2d8b18d7c68e9ca0c55d88d01c1367086cf9300163f9972ea49ecbb7ba81c3985b7b5b91c05662228c40ed1b0625a33f67f8502ed3e41e3df1d9706e3&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=8038) Acesso em: 21 abr. 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 1-4, 2019a. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/332881640\\_Reforma\\_psiquiatrica\\_estrategias\\_para\\_resistir\\_ao\\_desmonte](https://www.researchgate.net/publication/332881640_Reforma_psiquiatrica_estrategias_para_resistir_ao_desmonte) Acesso em: 12 dez. 2019.

DELGADO, Pedro G. G. **As mudanças na política de saúde mental.** [Entrevista cedida a] Inês Costal e Patrícia Conceição. Observatório de análise política em saúde. Salvador, jul. 2019b. Disponível em: <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/entrevista/2019/abd1e771bec03238e59d0301ff8da97e>. Acesso em: 17 ago. 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Saúde mental, tragédia oculta no Brasil pós-covid.** [Entrevista cedida a] João Vitor Santos. Outras Mídias/ IHU Online Crise Brasileira. São Paulo, 01 mar. 2021. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/saude-mental-tragedia-oculta-no-brasil-pos-covid/> Acesso em: 31 out. 2021.

DESINSTITUTE. **Nota do Desinstitute: Edital de custeio para hospitais psiquiátricos e Portaria provocam retrocessos na política de saúde mental.** Desinstitute [site], 13 de abril de 2022. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/nota-do-desinstitute-edital-de-custeio-para-hospitais-psiquiaticos-e-portaria-provocam-retrocessos-na-politica-de-saude-mental/> Acesso em 28 dez 2022.

EM DEFESA do CAPS Betinho. 2019. Vídeo (9: 47 min). [Produzido e publicado] por alunos de medicina da UFRJ com relatos de usuários do CAPS Betinho, 1 de mar 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XNdPgOn00eE>. Acesso em: 20 out. 2021.

FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto Ferreira de. **A construção de categorias e de lugares para a loucura:** uma análise dos discursos de usuários de CAPS I. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10104/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Alessandra%20Figueiredo.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2019.

FLEURY, S. Saúde é política de estado, não de Governo. **Saúde em Debate**, v. 27, p. 153- 154, 2003. Disponível em: [https://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.27%2C+N.64+--+maio&pesq=&x=69&y=11](https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.27%2C+N.64+--+maio&pesq=&x=69&y=11) Acesso em: 17 set. 2021.

FORMENTI, Lígia. Texto do ministério da saúde dá aval ao eletrochoque. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 08 fev. 2019. [Seção]: Saúde. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,texto-de-ministerio-da-saude-da-aval-aoeletrochoque,70002712508.amp?fbclid=IwAR3Gfy1ufccwhbdOFdCTxc2xR8WlmXR4SL5vm-FDT-M8EmZldvM0HUvzj8>. Acesso em: 12 dez.2019.

FRENTE AMPLIADA EM DEFESA DA SAÚDE MENTAL, DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA LUTA ANTIMANICOMIAL (FASM). Manifestos, notas e abaixo-assinados da sociedade organizada contra as mudanças da Política Nacional de Saúde Mental do SUS. Dossiê [Online]. Brasil, 2020. V. 1, 253 p. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1CyNcGJA1NaC83hGx20aZEtU7XAB9EHJh/view> Acesso em: 23 out 2021.

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**, Rio de Janeiro, ano 21, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf). Acesso em: 12 dez. 2019.

GULJOR, Ana Paula, et al. **Nota de avaliação crítica da nota técnica 11/2019**. [S. l.: s. n.], 18 fev. 2019. Disponível em: <http://www.crrj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf> Acesso em: 24/4/2019.

LIMA, Rossano C. O avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-5, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312019000100100&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100100&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 ago. 2019.

LOBOSQUE, Ana Marta, *et al* (org). **Manifesto em defesa das redes de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2020/12/MANIFESTO-EM-DEFESA-DAS-REDES-DE-ATENC%CC%A7A%CC%83O-PSICOSSOCIAL-NO-SISTEMA-U%CC%81NICO-DE-SAU%CC%81DE-final-final.pdf> Acesso em: 23 out. 2021.

MACEDO, João Paulo et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, mar. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 maio 2020.

MARTINS, Laércio Melo. **Saúde mental**: paradigmas e reformas legislativas. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

MELO, Eduardo Alves, et al. Mudanças na política nacional de atenção básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, nesp, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>. Acesso em: 20 jun.2019.

MINAS GERAIS (Estado). **Plano Estadual de Saúde – 2016- 2019**. Versão Final aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde em 12 dez. 2016. Minas Gerais, MG: Secretaria de Estado de Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-de-saude/>. Acesso em: 2 nov 2021.

NOBRE, Noéli. Cunha recebe pedido de impeachment de Dilma elaborado por Hélio Bicudo. [Brasília, DF], **Agência Câmara de Notícias**, 17 set. 2015. Disponível em <https://www.camara.leg.br/noticias/470493-cunha-recebe-pedido-de-impeachment-de-dilmaelaborado-por-helio-bicudo/> Acesso em: 30 set. 2021

NOVO MINISTRO DA SAÚDE, Marcelo Castro já teve embate com Cunha. Brasília, DF, Site G1, 02 out. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/10/novo-ministro-da-saude-marcelocastro-ja-teve-embate-com-cunha.html> Acesso em: 30 set. 2021.

OFICINA Nacional de Associações e Coletivos de Usuários(as) e/ou Familiares do Campo da Saúde Mental. Vídeo (2:06:36). [Publicado pelo] Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2 set 2021. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=n7697iUYpmc>. Acesso em: 20 out 2021.

OLIVEIRA, Dalila Andrade de. Das políticas de governo à política de Estado: Reflexões sobre a atual agenda educacional brasileira. **Educação & Sociedade** [online], v. 32, n. 115, p. 323-337, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302011000200005>. Acesso em: 20 out. 2021.

OLIVEIRA, Luciel Henrique de. **Exemplo de cálculo de ranking médio para Likert. Notas de aula. Metodologia científica e técnicas de pesquisa em administração**. Minas Gerais, Varginha: Mestrado em Administração e Desenvolvimento Organizacional - PPGA CNEC/FACECA, 2005. Disponível em: [https://www.academia.edu/24318916/EXEMPLO\\_DE\\_C%C3%81LCULO\\_DE\\_RANKING\\_M%C3%89DIO\\_PARA\\_ESCALA\\_DE\\_LIKERT](https://www.academia.edu/24318916/EXEMPLO_DE_C%C3%81LCULO_DE_RANKING_M%C3%89DIO_PARA_ESCALA_DE_LIKERT) Acesso em: 31 out. 2021.

OLIVEIRA, Thaís Reis. É inevitável a volta dos manicômios. **Carta Capital**, São Paulo, fev. 2019. Seção Política [Entrevista de José Gomes Temporão Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/e-inevitavel-a-volta-dos-manicomioslamenta-ex-ministro-temporao/> Acesso em: 12 dez. 2019.

OLIVEIRA, Tiago Bernardon de. O golpe de 2016: breve ensaio de história imediata sobre democracia e autoritarismo. **Historiæ**, v. 7, n. 2, p. 164 191–232, 2017. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/hist/article/view/6726>. Acesso em: 12 jan. 2022

PARALES-QUENZA, C. J.; URREGO-MENDOZA, Z. C.; HERAZO-ACEVEDO, E. A insuportável leveza da política nacional de saúde mental para a Colômbia: reflexões sobre a proposta de ajuste em 2014. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 17, n. 34, p. 81-95, jun. de 2018. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272018000100081&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272018000100081&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 maio 2020

PINHO, Leonardo. **Memorial ABRASME: Os retrocessos na atenção em saúde mental e drogas no Brasil**. São Paulo, ago. 2022. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/10lWe9ZaVfzTxuou26XkZA7EJaBQ38kvz/view>. Acesso em 09 dez 2022.

QUEIJO, Diego. **Governo amplia vagas e regulamenta o tratamento de dependentes químicos em comunidades terapêuticas**. [Brasília, DF], 19 mar. 2019. Site Ministério da Cidadania, Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Seção Imprensa: Notícias. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-deimprensa/noticias/2019/marco/governo-amplia-vagas-e-regulamenta-o-tratamento-dedependentes-quimicos-em-comunidades-terapeuticas> Acesso em: 31 out. 2021.

QUEIROZ, A. M.et al. (In)visibilidade da saúde mental no Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, out. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/31292/26830> Acesso em: 14 maio 2020.

RIBEIRO, Djamilia. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte, MG: Letramento, 2017.

RIBEIRO, Márcia Maria Rodrigues. Proposta intervencionista: o desafio da governança em saúde mental em uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte (MG). **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 117-133, jun. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 maio 2020.

ROSA, T. E. D. C. et al. Internações por transtornos decorrentes do uso do álcool e outras drogas no estado de São Paulo. **BIS**. Boletim do Instituto de Saúde, v. 16, n. 2, p. 43-54, 2017.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, jun. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 dez. 2019.

SÃO PAULO. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais – IBCCRIM. **Ofício Conjunto n. 01/2020**. São Paulo: IBCCRIM, dez. 2020. Assunto: Política de saúde mental. Disponível em: <https://ibccrim.org.br/media/posts/arquivos/arquivo-14-12-2020-11-23-17-435035.pdf> Acesso em: 23 out 2021.

SASSINE, Vinicius. General interino da saúde extingue serviço do SUS de apoio a presos com transtornos mentais. **O Globo** [online], Brasília, 2 jun. 2020. Seção Política. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/general-interino-da-saude-extingue-servicodo-sus-de-apoio-presos-com-transtornos-mentais-24458711>. Acesso em: 28 out. 2021.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (Brasil). Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Ministério da Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2.ed. revista. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao\\_censo.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf) Acesso em: 12 out. 2021.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À SAÚDE – SAPS (Brasil). Ministério da Saúde. **Grupo de trabalho com representantes do Ministério da Cidadania, do CFM, da ABP, do Conasems vai analisar e discutir as políticas de assistência psicossocial**. Brasília, DF, 08 dez. 2020. Seção Notícia: Nota: Saúde Mental. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10539> Acesso em: 23 out. 2021.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS (Brasil). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019**, de 4 fev. 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota\\_tecnica\\_-\\_esclarecimentos\\_sobre\\_as\\_mudancas\\_da\\_politica\\_de\\_saude\\_mental.pdf](http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf) Acesso em: 20 jun. 2019.

SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE – SAES (Brasil). Ministério da Saúde. Portaria n. 375, de 5 de agosto de 2022. Atualiza, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o serviço especializado de Atenção Psicossocial, incluindo o Tratamento em Regime de Internação para Transtornos Mentais e Dependência Química. **Diário Oficial da União** n. 155 – 16 de agosto de 2022 – Seção 1 – página 83. Brasília, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/08/2022&jornal=515&pagina=83>. Acesso em 17 dez. 2022.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS (Brasil). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf) Acesso em: 26 jul. 2019.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS (Brasil). Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Série Parâmetros SUS, v. 1. 2015. Disponível em: <https://docplayer.com.br/18889682-Ministerio-da-saude-criterios-e-parametros-para-o- planejamento-e-programacao-de-aco-es-e-servicos-de-saude-no-ambito-do-sistema-unico-de- saude.html> Acesso em: 31 out 2021.

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS (Brasil). Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed., 4. reimpressão. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2015b. 68 p. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_nacional\\_prioridades\\_2ed\\_4imp.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_4imp.pdf) Acesso em: 31 out. 2021.

SECRETARIA ESPECIAL DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL/SECRETARIA NACIONAL DE CUIDADOS E PREVENÇÃO ÀS DROGAS - SEDS/SENAPRED (Brasil). Ministério da Cidadania. Edital de Chamamento Público No 03/2022. Edital de chamamento público visando à seleção de organização da sociedade civil que preste atendimento como hospital psiquiátrico, nas modalidades de internação, e/ou hospital-dia, e/ou ambulatório e/ou pronto atendimento, interessada em celebrar termo de colaboração que tenha por objeto a execução de projetos de cuidado, tratamento e/ou reinserção social de pessoas com problemas decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, em ambiente hospitalar. **Diário Oficial da União** n. 59 – 28 de março de 2022 – Seção 3 – página 10. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/03/2022&jornal=530&pagina=10>. Acesso em 18 dez. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde – 2020-2023**. Rio de Janeiro: Conselho Estadual de Saúde. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-de-saude/>Acesso em: 2 nov. 2021.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – SENAD (Brasil). Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Edital nº 1/2018**, Brasília, DF, 25 de abril de 2018. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/aceso\\_informacao/Edital%20de%20Credencia%20-%20SENAD%20n%C2%BA%2001-2018.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/aceso_informacao/Edital%20de%20Credencia%20-%20SENAD%20n%C2%BA%2001-2018.pdf). Acesso em: 20 jun. 2019.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., Rio de Janeiro. **Documento técnico final**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fundação Calouste Gulbenkian/Organização Mundial de Saúde/Ministério da Saúde, 2015. 90 p. Tema: Desinstitucionalização e atenção comunitária: Inovações e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Organização: Pedro Godinho Delgado, Benedetto Saraceno, José Miguel Caldas de Almeida, Bruno Oliveira, Kely Valente, Maria Cristina Ventura Couto, Renata Weber Gonçalves.

SILVA, Denílson Gomes et al. Concepção de profissionais da estratégia saúde da família sobre a saúde mental na atenção básica. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 118-124, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762017000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000300002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 14 maio 2020.

SOBREIRA, Vinícius. Atendimento a pessoas com transtornos mentais que infringiram leis é extinto do SUS. **Brasil de Fato** [online], Recife, PE 03 jun. 2020. Seção Notícia: Saúde. Disponível em: <https://www.brasilefato.com.br/2020/06/03/atendimento-a-pessoascom-transtornos-mentais-que-infringiram-leis-e-extinto-do-sus>. Acesso em: 28 out 2021.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; JORGE, Maria Salete Bessa. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: Retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-19. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462019000100501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100501&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 dez. 2019.

SOUZA, Maurício Viana de. (org.). **O golpe de 2016 e o futuro da democracia no Brasil**. [recurso eletrônico]/ organizador Daniel. – Pelotas: Ed. UFPel, 2021. 187 p. Disponível em: [file:///C:/Users/Nelson/Downloads/O\\_golpe\\_de\\_2016\\_e\\_o\\_futuro\\_da\\_democracia.pdf](file:///C:/Users/Nelson/Downloads/O_golpe_de_2016_e_o_futuro_da_democracia.pdf). Acesso em: 12 jan. 2022.

TORRES, Monica. **Saúde Mental de Macaé encaminha pedido de audiência pública à Câmara dos Vereadores**. Site da Prefeitura de Macaé. Secretaria Municipal de Saúde. [Seção]: Notícias, 08 abr. 2010. Disponível em: <https://macae.rj.gov.br/saude/leitura/noticia/saude-mental-de-macae-encaminha-pedido-de-audiencia-publica-a-camara-dos-vereadores> Acesso em: 25 jul. 2019

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. D. S. Perfil dos usuários dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 2018. Disponível em: <https://rbbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/issue/view/171> Acesso em: 10 outubro 2019.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 maio 2020.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 55-66, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/issue/view/2979> Acesso em: 25 jul. 2019.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: Diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas-SP: Papel Social, 2016.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p. 218-251, 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/sociologias/article/view/8866/5107> Acesso em: 07 set. 2021.

VIEIRA, Márcia do Nascimento; MARCOLAN, João Fernando. Influência dos modelos inovadores paulistas na política brasileira de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 360-367, abr. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000200360](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000200360) Acesso em: 14 maio 2020.

WEBER, Renata (org.). **Painel saúde mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília, DF: DESINSTITUTE, 2021. 84 p. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1N7PIGsq\\_uWeHf2F-lacbmteAVf6p9UUd/view](https://drive.google.com/file/d/1N7PIGsq_uWeHf2F-lacbmteAVf6p9UUd/view) Acesso em: 12 out, 2021.

ZAPA, Marta; OLIVEIRA, Edmar. A Reforma psiquiátrica corre risco no novo governo. **O Globo** [online], Rio de Janeiro, 29 nov. 2018. Seção Saúde: Artigo. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/artigo-reforma-psiquiatica-corre-risco-nonovo-governo-23268103>. Acesso em: 23 fev.2019.

## CADASTRO NACIONAL DE ASSOCIAÇÕES E COLETIVOS DE USUÁRIOS E/OU FAMILIARES DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL - VERSÃO DEZEMBRO DE 2022



### CADASTRO NACIONAL DE ASSOCIAÇÕES E COLETIVOS DE USUÁRIOS E/OU FAMILIARES DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

#### **Dezembro de 2022**

Cadastro versão de dezembro, publicada em 26/12/2022.

Este é um cadastro dinâmico, atualizado mensalmente pelo NUPPSAM/IPUB/UFRJ, através da comissão de curadoria, com informações enviadas pelas associações e coletivos. A presente lista contém os dados recolhidos até 26/12/2022.

Veja ao final da listagem as instruções para envio de informações e retificações sobre os dados deste Cadastro Nacional.

Trata-se de um cadastro que se propõe a listar as associações e coletivos que, de alguma forma, atuam para promover a qualidade de vida, a representatividade, o combate ao estigma e o acesso ao cuidado das pessoas com sofrimento mental. Estão aqui incluídas as entidades que atuam na geração de renda, na militância por uma assistência melhor e no diálogo com gestores e profissionais de saúde mental. É imprescindível, para fazer parte, que o protagonismo da entidade seja, de fato, exercido por usuários e/ou familiares dos serviços de saúde mental – profissionais podem participar enquanto apoiadores. Também é necessário que a entidade esteja, de alguma forma, ativa.

Além disso, são incluídas apenas associações de caráter laico, uma vez que grupos religiosos têm natureza, objetivos e métodos de trabalho diferentes das associações e coletivos que são objeto deste cadastro.

Não há um critério de número mínimo de associados. Associações que funcionam junto a um CAPS específico são muito bem-vindas. No entanto, é importante apontar o número de associados a fim de se ter uma noção do tamanho do grupo.

As primeiras entidades incluídas foram localizadas por metodologia de busca ativa na internet, sendo incluídas a partir de pesquisa que indicou a real existência e atividade recente da Associação, independente de ter contato com seus representantes. A partir da constituição da comissão de curadoria e do início da publicação do Cadastro, passamos a incluir prioritariamente as associações que entrem em contato solicitando fazer parte do Cadastro Nacional.

Nossa proposta é manter estas informações públicas e acessíveis, a fim de fomentar encontros, diálogos, pesquisas e mobilização de todos os interessados. Também é uma forma de reconhecer e tornar mais visível o valioso serviço que cada uma delas realiza, e a força que podem ter juntas.

A fim de acompanhar as atualizações do cadastro e certificar a veracidade das informações, formou-se uma comissão de curadoria do Cadastro Nacional de Associações e Coletivos de Usuários e/ou Familiares do Campo da Saúde Mental. Com o objetivo de nos orientar quanto a questões mais complexas que surgirão, foi constituído um Conselho Consultivo, formado por pessoas com notória experiência em apoiar as associações.

Este trabalho é realizado junto ao Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - NUPPSAM/IPUB/UFRJ, e conta com o apoio da Frente Estamira de CAPS – Resistência e Invenção. Esperamos, com a criação e atualização permanente deste cadastro, contribuir para o fortalecimento do movimento de usuários e familiares, para sua organização, protagonismo e autonomia.

Segue a listagem atual (dezembro de 2022) e, ao final desta, o link para envio de informações e retificações sobre os dados.

**001 - APACOJUM - Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira:**

Endereço: Estrada Rodrigues Caldas, 3.400, sala 310. Rio de Janeiro, RJ.

Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos

E-mail: cemapolidoro@gmail.com

Telefone: (21) 99232-2732

Ano de fundação: 1992

Responsável: Iracema Polidoro

Informação fornecida por: Iracema Polidoro

**002 - Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Serviço de saúde Mental – AMEA**

Presidente Eduardo Calliga - <https://www.facebook.com/AmeaBahia10> / Salvador, BA.

**003 - Associação de Usuários, Familiares e Serviços em Saúde Mental- ASSUSAM**

Rua dos Timbiras, 1532, 6º. andar, CEP 30140061, Bairro de Lourdes (sede do CRP 04), Belo Horizonte, MG

Contato: Laura Carey, vice-presidente. Presidente Paulo Reis Braga.

**004 - Associação Loucos Por Você** <http://loucosporvoce.psicologiamg.com>  
[associacaoloucosporvoce@gmail.com](mailto:associacaoloucosporvoce@gmail.com) / Ipatinga, MG. Responsável: Cirlene Ornelas

**005 - AFLORE (Campinas)**

Telefone: 19 3266-8006 (Campinas, SP)

<https://www.facebook.com/AFLORE-262131190585420/>

**006 - CLUBE DOS AMIGOS DE SAÚDE MENTAL – Brasília- DF**

Endereço: Caps III Samambaia Sul DF

Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos

E-mail: [zealves.gestorsaudemental@gmail.com](mailto:zealves.gestorsaudemental@gmail.com)

Ano de fundação: 2009

Responsável: Jose Alves. Brasília, DF

Informação fornecida por: Jose Alves

**007 - Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (SOSINTRA)**

<https://sosintrarj.wordpress.com/?fbclid=IwAR2CRUnKHJ2fnFTUVkTkipDMZBeFtJNnr>

1s-VmnuAgBcvBiAyB6tVUnuVY

[sosintra.rj@gmail.com](mailto:sosintra.rj@gmail.com) / Rio de Janeiro, RJ.

**008 - A Associação Alegre Mente do CAPSII - Ponta do Coral, Florianópolis – SC**  
Vilmar Ventura (+554832285074 – telefone do CAPS) [alegredientesm@gmail.com](mailto:alegredientesm@gmail.com) / Florianópolis, SC.

### **009 - Associação de Trabalho e Produção Solidária Suricato**

CNPJ 08.808.991/0001-45. Associação SURICATO Belo Horizonte MG. Telefones:  
(31) 2526-5367 / 2552-0912 <http://www.suricato.org.br> / [espacosuricato@gmail.com](mailto:espacosuricato@gmail.com)

com

Nome da associação: Associação de Trabalho e Produção Solidária - Suricato

Endereço: Rua Souza Bastos, 175. Bairro Floresta. Belo Horizonte - MG

Ano de fundação: 2012

Nome do presidente ou equivalente: Iraci Fernandes da Silva Junior 4) Número de associados: 40 associados.

**010 – Geração POA** [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=6&p\\_secao=834](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=6&p_secao=834) [https://www.facebook.com/pg/geracaopoa/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/geracaopoa/about/?ref=page_internal)  
[geracaopoa@sms.prefpoa.com.br](mailto:geracaopoa@sms.prefpoa.com.br)

Rua Mariante, 500, Rio Branco Porto Alegre, RS tel (51) 3289-5535 (inclui usuários, serviços da rede de atenção psicossocial e profissionais). Porto Alegre, RS.

### **011 - Associação Maluco Sonhador “ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS, FAMILIARES E AMIGOS DA SAÚDE MENTAL DE PARACAMBI”**

Localizado na Av. Jonas Leal nº 277 - Lages - Paracambi / RJ. Considerada de utilidade pública pela lei estadual LEI Nº 7266 DE 25 DE ABRIL 2016 (ALERJ) tel 3693-6118. [associacao.malucosonhador@yahoo.com.br](mailto:associacao.malucosonhador@yahoo.com.br) / Paracambi, RJ.

**012 - Gerarte II - Associação de Trabalho e Produção Solidária da Saúde Mental**  
[gerarte2.goiania@gmail.com](mailto:gerarte2.goiania@gmail.com) [https://www.facebook.com/pg/GerarteII/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/GerarteII/about/?ref=page_internal) 3524-2464 / Goiânia, GO.

### **013- AUFASSAMC - Associação dos usuários, familiares e amigos dos serviços de saúde mental do Carmo**

Endereço: Rua Celso Carrilho de Faria, 458, Centro, Carmo, RJ

Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos

Ano de fundação: 2004

E-mail: [erica\\_victorio@hotmail.com](mailto:erica_victorio@hotmail.com) / [www.aufassamc.org.br](http://www.aufassamc.org.br)

Telefone: (22) 2537-0182

Responsável: Inês Kropf

Informação fornecida por: Erica Regina Victorio da Rocha

**014 - ABRE** <http://www.abrebrasil.org.br/> [https://www.facebook.com/pg/abre.esquizofrenia/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/abre.esquizofrenia/about/?ref=page_internal) Tel: (22) 2537-3831 / São Paulo, SP.

**015- ENLOUCRESCER - Associação de Familiares, Amigos e Usuários do Serviço de Saúde Mental de Blumenau – SC**

enloucrescer@yahoo.com.br - Angela da Silva e Paulo Ribeiro  
[https://www.facebook.com/pg/enloucrescerbnu/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/enloucrescerbnu/about/?ref=page_internal)  
Endereço: Ernesto Lindner, 110 - Blumenau, SC.  
Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos  
Ano de fundação: 1998  
E-mail: enloucrescer@yahoo.com.br  
Responsável: Rosangela Piaz  
Informação fornecida por: Alessandra Maria de Souza

**016 – Trabalharte Associação Saúde Mental**

associacaotrabalharte@gmail.com / [www.trabalhartejf.com.br](http://www.trabalhartejf.com.br) [https://www.facebook.com/pg/trabalharteassociacaosaudemental/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/trabalharteassociacaosaudemental/about/?ref=page_internal) / Juiz de Fora, MG.

Endereço: Av Rio Branco N 1863/ sala 1710 - Centro, Juiz de Fora/MG  
Associação de Usuários, familiares e profissionais  
Ano de fundação: 2001  
E-mail: associacaotrabalharte@gmail.com  
Responsável: Ilka Araújo  
Informação fornecida por: Chena Kim Huruta

**017 - FÊNIX - Associação em Saúde Mental de Parnaíba/PI** <http://fenixsaudemental.wix.com/associacao> CALEB 86 8896-3971 [assfenixphb@gmail.com](mailto:assfenixphb@gmail.com) / Parnaíba, PI.

**018 - Associação de Saúde Mental de Panambi – ASSAMPA – RS**

Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos  
Endereço: Rua Paissandu nº 48, Bairro Vila Nova - Panambi/RS CEP:98280-000 (sala ao lado do CAPS João de Barro)  
Endereço virtual: <https://www.facebook.com/associacaodesaudementaldepanambi/>  
E-mail: [assampa.panambi@gmail.com](mailto:assampa.panambi@gmail.com)  
Telefone: (55) 99120-0833  
Ano de fundação: 2014

Responsável: Ewerton Ehrardt

Informação fornecida por: Ewerton Ehrardt

**019 - LIBERSOL-Rede Saúde Mental e Economia Solidária de Curitiba e Região**

Campus Botânico, Av. Pref. Lothário Meissner, 632. Curitiba, PR <http://www.libersol.org>  
[libersolpr@gmail.com](mailto:libersolpr@gmail.com)

[https://www.facebook.com/pg/LIBERSOLPR/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/LIBERSOLPR/about/?ref=page_internal)

**020 - Associação dos Portadores de Transtorno Mental, seus Familiares, Cuidadores e Pessoas interessadas na Saúde Mental do Piauí – ÂNCORA**

Representante Marta. Endereço: Avenida Isidoro França, nº 6786 Teresina – PI Centro Social do Poty - Contatos: Marta (Coord. Financeira) E-mail: [loucavida.pi@ig.com.br](mailto:loucavida.pi@ig.com.br) . Teresina, PI.

**021 - AMA-BA - Associação de Amigos do Autista da Bahia @autismoamaba /**

[contato@ama-ba.org.br](mailto:contato@ama-ba.org.br) / (71) 3363-4463

Rua Macedo de Aguiar, 98 Casa Pituaçu 41740-085 / Salvador, BA.

**022 - Associação dos Usuários e Ex-usuários da Saúde Mental de Pelotas (ASSUMPE)**

Contato: Ivon. / Pelotas, RS.

**023 - Associação de Saúde Mental de Ijuí – ASSAMI – Ijuí – RS <https://www.facebook.com/assamicasaama/>**

(55) 3332-7213 / [assamiama@gmail.com](mailto:assamiama@gmail.com)

R. Floriano Peixoto, 642 - Centro, Ijuí - RS, 98700-000. Ijuí – RS.

**024 - Coletivo De Lírios – Garanhuns – PE <https://www.facebook.com/coletivodelirios/>**

<https://www.instagram.com/coletivodelirios/> / Garanhuns, PE.

**025 - Associação Prudentopolitana de Saúde Mental – APSM - Prudentópolis/ PR [https://www.facebook.com/pg/apsmprudentopolis/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/apsmprudentopolis/about/?ref=page_internal)**

[apsm.prudentopolis@gmail.com](mailto:apsm.prudentopolis@gmail.com) / Prudentópolis, PR.

**026 - ADSM - Associação em Defesa da Saúde Mental – Fortaleza – CE [https://www.facebook.com/adsm.org.br/?\\_\\_tn\\_\\_=%2Cd%2CP-R&eid=ARDuDDj8-h6Ei\\_uQTjP](https://www.facebook.com/adsm.org.br/?__tn__=%2Cd%2CP-R&eid=ARDuDDj8-h6Ei_uQTjP)**

8NuedUe2UeCJ0pJHWyAqDJVDhla9jLBw4-8Uh0z2D9EVnAinMzWLdciLad17Fy End:  
Desembargador Moreira, 2001 / contato@adsm.org.br / Fortaleza, CE.

**027 - AMME - Associação Mãos de Mães de Pessoas com Esquizofrenia** <http://www.maosdemaes.org.br>

Endereço: Av. Iguaçu, 1964 sobreloja (entrada pela Maurício caillet)- Água Verde – Curitiba -PR

E-mail: associacaomaosdemaes@gmail.com

Responsável pela Associação: Sarah Nicolleli (presidente).

Informação fornecida por: Sarah Nicolleli

**028 - Associação José Martins de Araujo Junior** [ass.josemartins@gmail.com](mailto:ass.josemartins@gmail.com)  
[https://www.facebook.com/pg/assjosemartinsajr/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/assjosemartinsajr/about/?ref=page_internal) Rua Jacupiranga, 123 – Utinga, Santo André, SP

**029 - Assufasm - Associação dos Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental – Lavras –MG** [https://www.facebook.com/pg/Assufasm-Associa%C3%A7%C3%A3o-dos-Usu%C3%A1rios-Familiares-e-Amigos-da-Sa%C3%BAde-Mental-827331834264845/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/Assufasm-Associa%C3%A7%C3%A3o-dos-Usu%C3%A1rios-Familiares-e-Amigos-da-Sa%C3%BAde-Mental-827331834264845/about/?ref=page_internal) [assufasm@gmail.com](mailto:assufasm@gmail.com) / Lavras, MG.

**030 - Associação Piauiense de usuários de álcool e outras drogas – HOMOLOBUS** Fundada em 26/05/18 - Presidente Luiz de Sousa Carvalho Filho - 32 cadastrados. Endereço: Rua Motorista Emídio Magalhães 2528 Primavera I – Teresina PI

**031 - ABRATA - Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (SP)**

CONTATO Tel: (11) 3256-4831. São Paulo, SP.

**032 - Associação Loucos pela Vida**

Rua Coronel Souza Franco, 630 - Centro

08710-020 Mogi das Cruzes, SP. (11) 4762-1724. Mogi das Cruzes, SP.

**033 - Associação Construção**

Associação de Usuários

Endereço: Rua Vigário José Inácio, 303 Porto Alegre, RS

Email: associacaoconstrucao@gmail.com

Endereço virtual: <https://www.facebook.com/associacaoconstrucao/>

Ano de fundação: 2014

Responsável: Lucineide Lopes

Informação fornecida por: Lucineide Lopes

**034 - Associação de Mulheres Usuárias da Rede de Saúde Mental Papo de Mulher** Ainda sem endereço oficial / Salvador, Bahia. Presidente: Renilda de Oliveira.

Número de associados: 22.

Fundada em 2015. Não se considera uma associação por não ter sede fixa nem estrutura formal de diretoria.

**035 - Acolher - Associação dos usuários e familiares da RAPS de Ouro Preto - MG.** Contato: Marcela e Paulo. Ouro Preto, MG.

**036 - Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos** [frentemineiradrogasdhumanos@gmail.com](mailto:frentemineiradrogasdhumanos@gmail.com) [https://www.facebook.com/pg/drogasedireitoshumanos/about/?ref=page\\_](https://www.facebook.com/pg/drogasedireitoshumanos/about/?ref=page_internal)  
internal Belo Horizonte, MG.

**037 – AUFA – Associação dos Usuários, Familiares e Amigos de Niterói**

Presidente: Sra. Nilza Ribeiro. Sede atual no Centro de Convivência de Niterói, avenida Amaral Peixoto, 169, 9º. andar, Centro. Inaugurada em 2007 em Niterói, no CAPS Alameda. [Mariavovozela59@hotmail.com](mailto:Mariavovozela59@hotmail.com) .

Contato Maria Alice, CAPS Alameda. Niterói, RJ.

**038 - Círculo de Familiares Parceiros do Cuidado**

Vinculado ao projeto Familiares Parceiros do Cuidado, iniciado em 2012, no NUPPSAM/IPUB /UFRJ.

O Círculo foi fundado em 2015, com 36 associados fundadores. Contato: [familiaresparceiros.nuppsam@gmail.com](mailto:familiaresparceiros.nuppsam@gmail.com). [www.nuppsam.org](http://www.nuppsam.org) Contato: Alice Daudt. Rio de Janeiro, RJ.

**039 – Associação de Apoio aos Portadores de Transtornos Mentais e seus Familiares Brilho e Luz**

Associação de Usuários e Familiares

Endereço: Tv Manuel Evaristo n° 465, Bairro Umarizal, Belém, Pará

Responsável: Luiz Felipe do Rosário Gentil  
Fundada em 2004  
Endereço virtual: facebook.com/asociacaobrilhoeluz  
E-mail: silvia.pena@hotmail.com  
Telefone: (91) 98378-1806  
Informação fornecida por: Sílvia Caroline Salgado Pena

**040 – AUFAMISMA – Associação de Usuários, Familiares e Militantes de Saúde Mental de Alegrete** Fundada em 1998.

Contato: Judete Ferrari. Alegrete, RS.

**041- AUFASSAM - Associação dos Usuários, Familiares e Amigos dos Serviços de Saúde Mental de Volta Redonda**

Endereço: Rua 93C/193 , Vila Sta Cecilia-Volta Redonda (CAPS Vila). Contato: Erinete Ferreira da Silva Luiz. Volta Redonda, RJ.

**042 - ASSUMA – Associação de Usuários e de Familiares de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Alagoas**

Associação de Usuários e familiares  
Endereço: Cj. Pajuçara, Rua K, 87, poço Maceió /AL  
Telefone: (82) 3025-0486  
E-mail: assimanossaloucura@hotmail.com  
Ano de fundação: 2013  
Responsável pela associação: Emilena do Nascimento Vieira  
Informações fornecidas por: Telma Vieira

**043 - ASSUMPI – Associação dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental de Palmeira dos Índios – Alagoas.**

Associação de Usuários, familiares, profissionais e amigos  
Telefone (82) 3025-0486 (082) 996519009  
Endereço: Rua Osório Horacio S,N  
E-mail: nilson.lopes2005@gmail.com  
Ano de fundação: 2004  
Responsável pela associação: Maria das Graças Silva Maia  
Informações fornecidas por: Nilson Lira Lopes

**044 - Associação Vida em Ação**

Associação de Usuários, familiares e profissionais

Endereço: Rua Henrique Machado, 33 - Vila Mariana - SP - SP

E-mail: vidaemacao2012@gmail.com

Ano de fundação: 2004

Telefone: 11 98136.8565

Responsável: Ana Luisa Aranha e Silva

Informação fornecida por: Ana Luisa Aranha e Silva

#### **045 - Associação Criativizando de atenção psicossocial de São Leopoldo**

Associação de Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: Rua Marechal Rondon 218, bairro Rio dos Sinos, São Leopoldo – RS

e-mail: nilson.lopes2005@gmail

Ano de fundação: 2017

Telefone: (51)99882-0231

Responsável: Nilson Lira Lopes

Informação fornecida por: Nilson Lira Lopes

#### **046 - Aussmpe- Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas**

Associação de Usuários, familiares, profissionais e amigos  
Endereço: Rua Almirante Barroso 1324 pelotas - RS

e-mail: aussmpe@gmail.com / ivonlopesnaval@gmail.com

Ano de fundação: 2003

Telefone: (53) 8438-3312

Responsável: Claudionei Fernando Oliveira Ferreira

Informação fornecida por: Ivon Fernandes Lopes

#### **047 - M.A.L.U.C.O**

Associação de Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: Sebastião Dantas s/n, centro, Santo Antônio de Tauá - PA

E-mail: paulopeixotofilho@hotmail.com Ano de fundação: 2016

Telefone: (91)996316996

Responsável: Marluce Floro

Informação fornecida por: Paulo Peixoto Filho

#### **048 - Associação Conviver**

Associação de Usuários

Endereço: Jataí – GO - Não tem espaço físico. Se reúnem nas dependências da UFJ ou em outros espaços públicos

Ano de fundação: 2010

Responsável: A diretoria é colegiada. Joao Batista (coordenador político)

Informação fornecida por: Rita de Cassia Andrade Martins

#### **049 – AFASAM – Associação dos familiares e amigos da Saúde Mental**

Associação de Usuários e familiares

Endereço: Rua Eurípedes de Paula 21, Tibira – Curvelo/MG

Telefone: (38)3721-1520

E-mail: adrocha1520@gmail.com / centrodeconvivencia.curvelo@gmail.com

Ano de fundação: 2005

Responsável: Carlos Roberto Pereira de Souza

Informação fornecida por: Raquel Alessandra Moreira Lages

#### **050 – MONULA - Movimento Nacional dos Usuários da Luta Antimanicomial**

Associação de Usuários

Endereço: [www.monula.wordpress.com](http://www.monula.wordpress.com) (Nacional)

E-mail: monulabrasil@gmail.com

Telegram - <https://t.me/joinchat/bY1Aa9SCXJAzMmEx>

Telefone: (21)98585-2090

Ano de fundação: 2000

Responsável: Alexandre Bellagamba de Oliveira

Informação fornecida por: Alexandre Bellagamba de Oliveira

#### **051 – Associação Potiguar-plural**

Associação de Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: dependências da UFRN / RN

E-mail: associacaoplural@gmail.com

Ano de fundação: 2002

Responsável: Todos que compõem a Plural

Informação fornecida por : Priscylla

### **052 – Espaço Nise da Silveira & AFAB**

Associação Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: Rua Floriano Peixoto, 1184, sala 510. Bairro centro, Santa Maria/RS

E-mail: afabsm@gmail.com / <https://www.facebook.com/AFABSM>

Ano de fundação: 1997

Telefone: (55) 3220-9238 (desativado durante a pandemia) ou (55) 99971-2611

Responsável: Alex

Informação fornecida por: Martha Helena Oliveira Noal

### **053 – Associação de Usuários, Familiares e Amigos do CAPS II – REVIVER**

Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 517- Venâncio Aires (RS)

E-mail: naralrauber@gmail.com

Ano de fundação: 2005

Responsável: Diamantina Leites

Informação fornecida por: Ângela Cristina Martins

### **054 – Participação (Coletivo para o Protagonismo de Usuários e Familiares em Saúde Mental – RJ)**

Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: Centro de Estudos do Instituto Phillipe Pinel / RJ

E-mail: emvasconcelos55@gmail.com; imach2011@gmail.com; cemapolidoro@gmail.com

Ano de fundação: 2018

Responsável: Coordenação de 4 membros: Iolanda Machado, Iracema Polidoro, Paula Magalhães e Eduardo Vasconcelos

Informação fornecida por: Eduardo Mourão Vasconcelos

### **055 – Associação de Familiares Amigos e Usuários do Cais (AFAUC)**

Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: Av. Almirante Julio César de Noronha nº90 – Centro

Angra dos Reis – Rio de Janeiro

E-mail: Afaucangra@yahoo.com.br

Ano de fundação: 1994

Responsável: João Batista Pereira de Souza

Informação fornecida por: Isabel França

**056 – Associação dos CAPSi do Município do Rio de Janeiro**

Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: Estrada do Quafa, 186, Bangu, Rio de Janeiro-RJ

E-mail: acamurj2017@gmail.com

Ano de fundação: 2015

Responsável: Roberto Oliveira de Almeida

Informação fornecida por: Roberto Oliveira de Almeida

**057 - Associação Gaúcha de Familiares de Pacientes Esquizofrênicos**

Associação: Usuários e familiares

Endereço: Rua Siqueira Campos 1184, 14º andar - Porto Alegre/ RS

E-mail: agafape@agafape.org.br

Site: www.agafape.org.br

Telefone: (51) 99565-1291

Ano de fundação: 1991

Responsável: Sara Oliveira Cardoso

Informação fornecida por: Sara Oliveira Cardoso

**058 – Associação dos Amigos da Saúde Mental**

Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: AC 03 LOTE 14/15 – Riacho Fundo/ DF

E-mail: assim21@hotmail.com

Endereço virtual: www.saudemental.org.br

Telefone: (61)3399-3900/98380-7564

Ano de fundação: 1988

Responsável: FLORA LUCIA ARRUDA SOARES

Informação fornecida por: GLAUCIELI DE JESUS

**059 - Associação Londrinense de Saúde Mental**

Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço; Rua Jaguaribe 325 Vila Nova – Londrina - PR

E-mail: alsaudemental@gmail.com

alsaudemental@blogspot.com

Ano de fundação: 2005

Responsável: Colegiado

Informação fornecida por: Jackeline Aristides

**060 - Associação dos Usuários, Familiares, Trabalhadores e Amigos da Saúde Mental de Apucarana- AUFTASMA- Mentas Brilhantes**

Associação: Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: Avenida Curitiba, atrás da catedral – Apucarana/ Paraná

E-mail: auftasma@gmail.com

Ano de fundação: 2013

Responsável: Colegiado

Informação fornecida por: Jackeline Lourenço

**061 - Associação Liberdade (Associação de Usuários, Familiares e Pessoas Interessadas em Saúde Mental de União - Piauí)**

Associação de Usuários, Familiares e Pessoas Interessadas

Endereço: Rua Sargento Protásio, 119 Bairro: São Judas Tadeu. União - Piauí CEP: 64120-000

Telefone: (86)99487-2808

E-mail: associacaoliberaldadedeuniao@hotmail.com

Ano de fundação: 2018

Responsável pela associação: Jossinete Maria Piauilino de Miranda

Informação fornecida por: Jossinete Maria Piauilino de Miranda

**062 - Associação Arnaldo Gilberti – “Associação Livremente”**

Associação de Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: Av. pref. Lothário Meissner, 632 – Curitiba/Paraná

Telefone: (41)99624-0667

E-mail: aaglivremente@gmail.com

Ano de fundação: 1994

Responsável pela associação: Luís Felipe Ferro

Informação fornecida por: Luís Felipe Ferro

**63 - Nada Sem Nós**

Associação de Usuários e familiares.

Endereço: Rua Espírito Santo, s/n, Lessa Ribeiro - Dias D'ávila – BA

Telefone: (71) 98759-9148

E-mail: associacaonadasemos@gmail.com

Ano de fundação: 2021

Responsável pela associação: Raviel Jorge dos Santos (presidente)

Informação fornecida por: Raviel Jorge dos Santos

Instagram: nadasemnos2020

Local das reuniões: Rua Espírito Santo, s/n, Lessa Ribeiro, Dias D'Ávila. CAPS Dias D'Ávila- BA

Número de Associados: 15 Apoiadores (profissionais): 6

#### **64 - Fórum Limeirense da Luta Antimanicomial - SP**

Associação de Usuários, familiares, profissionais e amigos

Endereço: Não tem

Telefone: Não tem

E-mail: anagapito@hotmail.com

Ano de fundação: 2015

Responsável pela associação: Ana Carolina Farto Agapito

Informação fornecida por: Ana Carolina Farto Agapito

#### **65 - ASM (associação de usuários, familiares e profissionais da saúde mental da cidade de Criciúma - SC)**

Associação de Usuários, familiares e profissionais

Endereço: Rua-Rosita Danovich Finster 219 bairro Jardim Angelica Criciúma SC (este endereço é provisório).

Telefone: +55 (48) 998088251

E-mail: asm.criciumasc@gmail.com

Ano de fundação: 2013

Responsável pela Associação: Vandecarlos Cardoso

Informação fornecida por: Vandecarlos Cardoso

=====

As entidades listadas estão presentes em 16 estados e no Distrito Federal, compreendendo todas as regiões do Brasil, sendo a distribuição pelo território nacional da seguinte forma:

Região Norte: 2 (2 PA);

Região Nordeste: 13 (4 BA, 4 PI, 1 PE, 1 RN, 1 CE e 2 AL);

Região Sudeste: 26 (11 RJ, 1 ES, 8 MG e 6 SP);

Região Sul: 19 (10 RS, 6 PR e 3 SC);

Região Centro-Oeste: 4 (2 GO, 2 Distrito Federal - Brasília).

Contatos sobre este Cadastro: cadastro.nuppsam.estamira@gmail.com

Link para o formulário de envio de informações para o cadastro: <https://forms.gle/5mfHeioeZib5oU7n6>

Informações, contato e envio de dados sobre associações e coletivos de usuários e familiares: [www.nuppsam.org](http://www.nuppsam.org) / <https://frenteestamiradecaps.org/>

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2022.

**Comissão de Curadoria:**

- Nelson Falcão de Oliveira Cruz
- Ana Clara Alves Moreira da Silva
- Pedro Gabriel Godinho Delgado

**Conselho Consultivo:**

- Adriana Santos (RJ)
- Carlos Henrique Martins (RJ)
- Eduardo Mourão Vasconcelos (RJ)
- Iolanda Machado (RJ)
- Iracema Polidoro (RJ)
- José Alves Ribeiro (DF)
- Judete Ferrari (RS)
- Thaís de Andrade Alves Guimarães (PI)

**Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental – NUPPSAM**

**Instituto de Psiquiatria – IPUB**

**Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ**

**Apoio: Frente Estamira de CAPS – Resistência e Invenção.**



**Projeto Familiares Parceiros do Cuidado – Rio de Janeiro**

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO DE JANEIRO



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.**

Prezado(a)

Esta pesquisa, provisoriamente intitulada: “Retrocessos Produzidos Pelas Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial no Período de 2016 a 2019” está sendo desenvolvida por Nelson Falcão de Oliveira Cruz, do mestrado profissional em atenção psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB-UFRJ, sob a orientação do(a) Prof. Pedro Gabriel Godinho Delgado. O objetivo do estudo é compreender os efeitos das mudanças na política nacional de saúde mental que ocorreram entre 2016 e 2019, no cuidado oferecido pelos serviços de saúde mental. Você está participando de uma etapa que consiste em um levantamento da percepção deste processo por parte de pessoas deste campo em posição representativa. Trata-se de um questionário breve com perguntas de múltipla escolha (em escala de intensidade).

Ao concordar em participar você estará ciente de que:

- está contribuindo para a construção de conhecimento no campo da atenção psicossocial e este é o benefício em participar;
- não há qualquer incentivo financeiro envolvido na sua participação, que é voluntária;
- autoriza o pesquisador a apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional;
- seu anonimato está garantido em qualquer apresentação dos resultados, incluindo a dissertação em si, não sendo revelado, em nenhuma circunstância, o nome de qualquer participante;
- sua participação neste estudo não trará nenhum risco à sua integridade física, social e emocional, mas se por ventura, como um risco não previsto, ocorrer algum desconforto, você receberá orientação para buscar serviço adequado à necessidade;
- o único risco identificado na elaboração do estudo, que ainda assim é considerado remoto, é o de vazamento dos dados. Os questionários ficarão registrados, inclusive com a identificação dos participantes, em serviço de armazenamento virtual, devidamente protegido, mas não completamente imune à possibilidade de vazamentos. O pesquisador se compromete a tomar todas as precauções possíveis para evitar isso e ratifica o caráter sigiloso da identidade de todos os participantes;
- a qualquer momento você poderá se recusar a continuar participando do estudo, ou deixar de responder qualquer questão que não deseje. Também poderá retirar este consentimento sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Ao final do questionário há um campo no qual é possível manifestar a vontade de receber uma cópia da dissertação quando esta estiver disponível publicamente. Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com o pesquisador pelo email [nelson.falcao@ipub.ufrj.br](mailto:nelson.falcao@ipub.ufrj.br) ou telefone/whatsapp [+55 21 2543-3101](tel:+552125433101) ou ainda pelo endereço Av. Venceslau Brás, 71, IPUB/UFRJ - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ, CEP 22290-140. Se preferir, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa ao qual esta pesquisa está submetida: telefone (21)3938-5510, fax (21)2543-3101 ou e-mail [comite.etica@ipub.ufrj.br](mailto:comite.etica@ipub.ufrj.br). Uma versão para impressão deste termo pode ser acessada pelo link abaixo. Por favor, imprima ou salve uma cópia como seu comprovante de participação nesta pesquisa.

  
Nelson Falcão de Oliveira Cruz

## ANEXO B - QUADROS CONSOLIDADOS COM AS RESPOSTAS DOS ESTADOS

Estado	MS 2014 <sup>1</sup>	SES 2020	Incremento absoluto	Incremento percentual
Acre	4	7	3	75%
Alagoas	55	64	9	16,36%
Bahia	216	256	40	18,51%
Goiás	60	73	13	21,66%
Mato Grosso	38	43	5	13,15%
Mato Grosso do Sul	23	31	8	34,78%
Minas Gerais	248	358	110	44,35%
Paraná	118	150	32	27,11%
Pernamuco	100	139	39	39%
Rio de Janeiro	139	165	26	18,7%
Rio Grande do Sul	180	208*	28	15,55%
Santa Catarina	91	102	11	12,01%
Distrito Federal	12	18	6	50%

Tabela Total de CAPS:

Para efeito de comparação, a resposta obtida junto ao MS apontou a existência de 2.137 CAPS em 2014 e 2.749 em 2020, o que corresponde a um incremento percentual de 28,63%.

\* 9 CAPS com portaria de implantação. 19 CAPS com proposta no SAIPS

Estado	MS 2014 <sup>2</sup>	SES 2020	Incremento absoluto *	Incremento percentual*
Acre	0	3 (PES)	3	-
Alagoas	0	1	1	-
Bahia	22 (8 habilitadas)	25 (14 habilitadas)	6	75%
Goiás	12 (11 habilitadas)	11	0	0
Mato Grosso	6 (0 habilitadas)	6 (0 habilitadas)	0	0
Mato Grosso do Sul	2 (1 habilitada)	3 (2 habilitadas)	1	100%
Minas Gerais	116 (96 habilitadas)	127 (115 habilitadas)	19	20%
Paraná	13 (10 habilitadas)	17	7	70%
Pernamuco	58 (53 habilitadas)	102 ( 91 habilitadas)	38	71,7%
Rio de Janeiro	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	21	46	25	119,05%
Santa Catarina	91	102	11	12,09%
Distrito Federal	0	0	0	-

### Residências terapêuticas

1. Saúde Mental em Dados nº 12 (2015, com dados de 2014)
2. Saúde Mental em Dados nº 12 (2015, com dados de 2014)

\* Considerou-se apenas o número de habilitadas  
Consultórios de/na rua

Estado	MS 2014 <sup>3</sup>	SES 2020	Incremento absoluto	Incremento percentual
Acre	1	1	0	-
Alagoas	6	6 (PES)	0	-
Bahia	7	-	-	-
Goiás	2	1	-1	-50%
Mato Grosso	1	2	1	100%
Mato Grosso do Sul	3	3	0	-
Minas Gerais	13	22	9	69,23%
Paraná	6	7	1	16,66%
Pernamuco	4	14	10	250%
Rio de Janeiro	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	4	6 (PES)	2	50%
Santa Catarina	-	-	-	-
Distrito Federal	3	3	0	-

UAA

Estado	MS 2014 <sup>4</sup>	SES 2020	Incremento absoluto	Incremento percentual
Acre	1	1	0	-
Alagoas	0	0	0	-
Bahia	0	0	0	-
Goiás	0	0	0	-
Mato Grosso	0	0	0	-
Mato Grosso do Sul	0	1	1	-
Minas Gerais	2	5	3	150%
Paraná	0	5	5	-
Pernamuco	0	6	6	-
Rio de Janeiro	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	1	3*	2	200%
Santa Catarina	-	-	-	-
Distrito Federal	1	1	0	-

\* 8 UAA com portaria de implantação. 1 UAA com proposta no SAIPS. Mas para efeito deste cálculo serão consideradas apenas as habilitadas.

3. Saúde Mental em Dados nº 12 (2015, com dados de 2014)

4. Saúde Mental em Dados nº 12 (2015, com dados de 2014)

Estado	MS 2014 <sup>5</sup>	SES 2020	Incremento absoluto	Incremento percentual
Acre	0	1 (PES)	1	-
Alagoas	0	1	1	-
Bahia	0	1	1	-
Goiás	0	0 (1 UAIJ)	1	-
Mato Grosso	0	0	0	-
Mato Grosso do Sul	0	0	0	-
Minas Gerais	4	6	2	50%
Paraná	0	2	2	-
Pernamuco	0	1	1	-
Rio de Janeiro	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	2	3*	1	50%
Santa Catarina	-	-	-	-
Distrito Federal	0	0	0	-

#### UAI

\* 1 UAI com portaria de implantação.

#### Leitos em Hospitais psiquiátricos públicos (rede própria e rede conveniada)

Estado	MS 2014 <sup>6</sup>	SES 2020	Incremento absoluto	Incremento percentual
Acre	65	65	0	-
Alagoas	880	600	-280	-31,82%
Bahia	671	524	147	-21,91%
Goiás	791	737	-54	-6,83%
Mato Grosso	202	202	0	-
Mato Grosso do Sul	200	96	-104	-52%
Minas Gerais	1.798	676	-1122	-62,4%
Paraná	2.273	1.903	-370	-16,28%
Pernamuco	1.262	358	-904	-71,63%
Rio de Janeiro	-	-	-	
Rio Grande do Sul	851	741	110	-12,93%
Santa Catarina	-	-	-	-
Distrito Federal	85	122	37	43,53%

5. Saúde Mental em Dados nº 12 (2015, com dados de 2014)

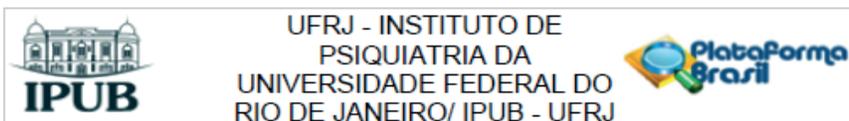
6. Saúde Mental em Dados nº 12 (2015, com dados de 2014)

## Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais

Estado	MS 2014 <sup>7</sup>	SES 2020	Incremento absoluto	Incremento percentual
Acre	18	11	-7	-38,88%
Alagoas	15	15	0	-
Bahia	2	0	-2	-100%
Goiás	4	4	0	-
Mato Grosso	0		-	-
Mato Grosso do Sul	0	25 (13 habilitados)	13	-
Minas Gerais	176	365	189	107,39%
Paraná	10	31	21	210%
Pernamuco	7	121	114	1.628,57%
Rio de Janeiro	-	-		
Rio Grande do Sul	346	1.256	910	263,01%
Santa Catarina	-	-	-	-
Distrito Federal	45	45	-	-

7. Saúde Mental em Dados nº 12 (2015, com dados de 2014)

## ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** RETROCESSOS PRODUZIDOS PELAS MUDANÇAS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PERÍODO DE 2016 A 2019

**Pesquisador:** NELSON FALCAO DE OLIVEIRA CRUZ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 37024320.1.0000.5263

**Instituição Proponente:** Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.296.394

#### Apresentação do Projeto:

Estudo atrelado ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial IPUB-UFRJ, parte da publicação de um conjunto de documentos normativos editados entre 2017 e 2019, dentre portarias, resoluções, editais e decretos, do Ministério da Saúde e outros, que mudam a orientação clínica da política Nacional de Saúde Mental, com repercussão entre os profissionais deste campo e as instituições que os representam. A nota técnica

11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, publicada em 4 de fevereiro de 2019, veio chamar estas mudanças de "Nova Política Nacional de Saúde Mental" (PNSM), caracterizada pelo incentivo à internação psiquiátrica, e pela separação da saúde mental da agora denominada "Política Nacional Sobre Drogas", com ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista/punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2017a, p.8). Esta pesquisa tem por objetivo avaliar como esta "nova" PNSM afeta o cuidado oferecido no campo da atenção psicossocial no Brasil. O processo de coleta dos dados será realizado a partir de três componentes: estudo dos documentos governamentais que compõem ou que se contrapõem ao conjunto de mudanças em questão, levantamento de dados de gestão de caráter público sobre a constituição das Redes de Atenção Psicossocial antes e durante o período de mudanças na PNSM e um estudo da percepção de pessoas representativas no campo da atenção psicossocial.

**Endereço:** Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS  
**Bairro:** Botafogo **CEP:** 22.290-140  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br



UFRJ - INSTITUTO DE  
PSIQUIATRIA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO/ IPUB - UFRJ



Continuação do Parecer: 4.296.394

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Analisar, junto aos atores das RAPS e em documentos governamentais, os efeitos produzidos nestas redes pelas mudanças implementadas pela "nova" Política Nacional de Saúde Mental.

##### Objetivo Secundário:

- Analisar a estrutura documental normativa da "nova" PNSM;- Relacionar dados de gestão demonstrando o impacto das mudanças na PNSM nas RAPS;
- Realizar um estudo da percepção (swotanalysis) dos atores que compõem as RAPS, em todo o território nacional, acerca da "nova" PNSM;
- Analisar como estas modificações transformam o cuidado oferecido pelas RAPS;

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Se resumem ao vazamento de dados - os participantes devem se identificar ao responder o questionário, sendo a identidade dos mesmos de conhecimento unicamente do pesquisador, que se compromete a nunca divulgá-los e a tomar os devidos cuidados ao armazenar os mesmos. Também podemos considerar a possibilidade de algum participante sentir-se afetado emocionalmente ao responder o questionário - o pesquisador se compromete a acolher este tipo de incômodo e, se for o caso, direcionar ao serviço adequado para lidar com o mesmo.

##### Benefícios:

Os benefícios são eminentemente indiretos, ao se contribuir para a produção de conhecimento no campo das políticas públicas de saúde mental. No entanto, ler o material disponível na pesquisa pode ter o efeito de produzir, no participante, um melhor entendimento do processo objeto do estudo.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O processo de coleta de dados será realizado a partir de três componentes: estudo dos documentos governamentais, levantamento de dados de gestão sobre a constituição das RAPS antes e durante o período de mudanças na PNSM e um estudo da percepção de pessoas representativas no campo da atenção psicossocial.

##### -Critérios de inclusão

- Gestores estaduais de todas as unidades federativas. O questionário será referido ao coordenador estadual de saúde mental (ou cargo que mais se aproxime desta função) ou seu representante direto por este indicado;

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo CEP: 22.290-140

UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 4.296.394

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos devidamente apresentados.

TCLE alterado conforme orientação emitidas por este CEP

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1609749.pdf	19/09/2020 12:09:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/09/2020 12:07:57	NELSON FALCAO DE OLIVEIRA CRUZ	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	justificativa_alteracao_TCLE.docx	19/09/2020 12:06:58	NELSON FALCAO DE OLIVEIRA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	26/08/2020 15:50:20	NELSON FALCAO DE OLIVEIRA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_nelson_Falcao.docx	13/08/2020 17:55:51	NELSON FALCAO DE OLIVEIRA CRUZ	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Setembro de 2020

Assinado por:

Rosa Gomes dos Santos Ferreira  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Venâncio Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br

### Rede de Atenção Psicossocial

A ampliação da Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivo principal qualificar a atenção em saúde mental, tornando-a mais acessível para todos.

Os principais pontos de Atenção Psicossocial são o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), as Unidades de Acolhimento Adulto (UA), as Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UI) e os Leitos em Hospital Geral, dentre outros pontos de atenção nos diferentes níveis de complexidade.

### Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) -

Unidades de serviços que acolhem os pacientes com transtornos mentais, estimulam a integração social e familiar e oferecem apoio em sua busca por autonomia, prestando atendimento médico e psicológico.

### Leitos de Saúde Mental -

Oferecem cuidado hospitalar para pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, para que sejam realizadas a avaliação diagnóstica e a discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas, e seja feito o manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema, como risco de morte para o usuário.

### Unidades de Acolhimento Adulto (UA) -

Oferecem cuidados contínuos de saúde para maiores de 18 anos, com funcionamento 24 horas por dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.

### Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UI) -

Oferecem nos mesmos cuidados que a infraestrutura para adultos, atuando, contudo, com crianças e adolescentes entre dez e 18 anos de idade incompletos.

### Programa de Volta para Casa (PVC) -

A Portaria de Consolidação nº 5 (antiga Portaria nº 2017) regulamentou a Lei

nº 10.708/2003, resgatando a cidadania de todas as pessoas com transtorno mental que estavam internadas em hospitais psiquiátricos de forma ininterrupta e por longa permanência, ao possibilitar o seu retorno ao convívio familiar.

Desde sua criação, 6.711 pessoas foram beneficiadas, recebendo o pagamento

mensal de um auxílio pecuniário no valor de R\$ 412,00.

Em dezembro de 2018, um total de 4.458 beneficiários constava na folha de pagamento do Programa de Volta para Casa (PVC). Desse conjunto, 370 eram novos beneficiários. No ano, houve ainda 136 suspensões e 83 cancelamentos.

## SAÚDE MENTAL MAIS PERTO DA POPULAÇÃO



Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

2.581  
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

1455  
leitos habilitados no Brasil



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

102 CAPS em 2016  
80 CAPS em 2017  
30 CAPS em 2018

Total de 212 habilitações referentes ao período de 2016-2018

102 CAPS em processo de habilitação

### Serviços Habilitados

	UA*	SRT*
2016	8	127
2017	6	90
2018	1	42
2019**	13	44

\*\* Previsão

\* UA: Unidades de Acolhimento Adulto

\* SRT: Serviço Residencial Terapêutico



### 2.2.7 Rede de Atenção Psicossocial

A ampliação da Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivo principal qualificar a atenção em Saúde Mental, tornando-a mais acessível para todos.

Os principais pontos de Atenção Psicossocial são o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), as Unidades de Acolhimento Adulto (UA), as Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil (UIA) e os Leitos em Hospital-Geral, dentre outros pontos de atenção nos diferentes níveis de complexidade.

» **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** - unidades de serviços que acolhem os pacientes com transtornos mentais, estimulam a integração social e familiar e oferecem apoio em sua busca por autonomia, prestando atendimento médico e psicológico.

» **Leitos de Saúde Mental** - oferecem cuidado hospitalar para pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, para que sejam realizadas a avaliação diagnóstica e a discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas, e seja feito o manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema, como risco de morte para o usuário.

» **Unidades de Acolhimento Adulto (UA)** - oferecem cuidados contínuos de saúde para maiores de 18 anos, com funcionamento 24 horas por dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.

» **Unidades de Acolhimento infantojuvenil (UIA)** - oferecem os mesmos cuidados que a infraestrutura para adultos, atuando, contudo, com crianças e adolescentes entre 10 e 18 anos de idade incompletos.

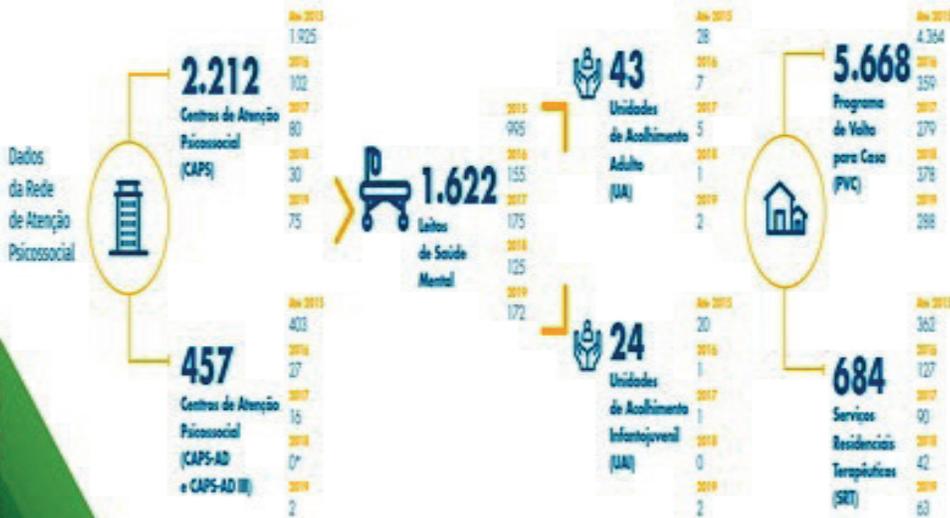
» **Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (tipos I, II e III)** - oferece cuidados em serviços, como Policlínicas, Clínica Especializada e hospitais. Atende pessoas com transtornos mentais mais prevalentes e de gravidade moderada, como transtornos de ansiedade e de humor, e dependência química, sendo referenciada pela Atenção Básica e pelos CAPS. Em 2019, houve as 29 primeiras habilitações de equipes.

» **Programa de Volta para Casa (PVC)** - a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (antiga Portaria nº 207, de 31 de outo-

bro de 2003), regulamentou a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, registrando a cidadania de todas as pessoas com transtorno mental, que estavam internadas em hospitais psiquiátricos de forma ininterrupta e por longa permanência, ao possibilitar o seu retorno ao convívio familiar.

Desde sua criação, 7.057 pessoas foram beneficiadas com pagamento mensal de um auxílio pecuniário no valor de R\$ 42.

Em dezembro de 2019, 4.520 beneficiários estavam na folha de pagamento do Programa. Desse conjunto, 268 eram novos beneficiários. No ano, houve, ainda, 133 suspensões e 93 cancelamentos por não atendimento a critérios do programa.



Fonte: DAPE/CAPS/MS 2015 a 2019. \*Em 2018, houve uma desabilitação.

## ANEXO E - LISTA DE SIGLAS

AC Acre

AFDM Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais

AM Amazonas

ASPAS Associação de Parentes, Amigos e Usuários da Saúde Mental

ACS Agente Comunitários de Saúde

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRASME Associação Brasileira de Saúde Mental

AL Alagoas

AMB Associação Médica Brasileira

BA Bahia

BVS Biblioteca Virtual em Saúde

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPJ Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

CAPSad Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CEBAS Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde

CGMAD Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

CIT Comissão Intergestores Tripartite

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

CFM Conselho Federal de Medicina

CNDH Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNS Conselho Nacional de Saúde

CONAD Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas

CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CINAHL *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

DAPES Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DF Distrito Federal

DPU Defensoria Pública da União

DESF Departamento de Saúde da Família

EAP Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF Estratégia Saúde da Família

FBH Federação Brasileira de Hospitais

FNS Fundo Nacional de Saúde

GO Goiás

HMIB Hospital Materno Infantil de Brasília

HRC Hospital Regional da Ceilândia

HRG Hospital Regional do Gama

HRS Hospital Regional de Sobradinho

IBCCRIM Instituto Brasileiro de Ciências Criminais

IPCA Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

MA Maranhão

MNPCT Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MDS Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome / Ministério da Cidadania

MG Minas Gerais

MJ Ministério da Justiça

MJSP Ministério da Justiça e Segurança Pública

MP Ministério Público

MPF Ministério Público Federal

MS Ministério da Saúde

MT Mato Grosso

MT Ministério do Trabalho

MNLA Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

NUPPSAM Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental

OMS Organização Mundial de Saúde  
ONU Organização das Nações Unidas  
PES Plano Estadual de Saúde  
PET Programa de Educação Tutorial  
PMDB Partido do Movimento Democrático Brasileiro  
PNAB Política Nacional de Atenção Básica  
PNAD Política Nacional Sobre Drogas  
PNSM Política Nacional de Saúde Mental  
PFDC/MPF Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal  
PDL Projeto de Decreto Legislativo  
PI Piauí  
PR Paraná  
PT Partido dos Trabalhadores  
RAPS Rede de Atenção Psicossocial  
RENILA Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial  
RPB Reforma Psiquiátrica Brasileira  
RAG Relatório Anual de Gestão  
RN Rio Grande do Norte  
RJ Rio de Janeiro  
RS Rio Grande do Sul  
SAS Secretaria de Atenção à Saúde  
SENAD Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas  
TO Tocantins  
EAP Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei  
PB Paraíba  
PE Pernambuco  
SRT Serviço Residencial Terapêutico  
SAPS Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
SAIPS Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde

SC Santa Catarina

SESACRE Secretaria de Estado de Saúde do Acre

SES-MG Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SES-RJ Secretaria Estadual de Saúde (Rio de Janeiro).

SP São Paulo

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAA Unidade de Acolhimento Adulto

UAI Unidade de Acolhimento Infantil

**PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO** - Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1975), fez especialização, residência e mestrado em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1983), doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1992) e pós-doutorado na London School of Hygiene and Tropical Medicine, da Universidade de Londres (2008). Trabalhou como psiquiatra na Colônia Juliano Moreira, nos anos 1980 e 1990, participando do processo de desinstitucionalização daquele serviço. Foi Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas do Ministério da Saúde, de agosto de 2000 a dezembro de 2010, e presidiu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (2010). Professor associado da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Faculdade de Medicina e Instituto de Psiquiatria-IPUB), tem experiência nas áreas de Medicina/Psiquiatria e Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas de saúde mental; psiquiatria; tendências em saúde mental; desinstitucionalização; políticas públicas para atenção em álcool & outras drogas; saúde mental e atenção primária à saúde. É vice-presidente regional da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial – World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR). Em 2022 recebeu o Prêmio Nise da Silveira de Boas Práticas em Saúde Mental, outorgado pela Câmara dos Deputados.

**NELSON FALCÃO DE OLIVEIRA CRUZ** - Graduado em musicoterapia pelo Conservatório Brasileiro de Música (2000). Especialista em Rede de CAPSad pelo IPUB/UFRJ (2003) e em Psicodrama, pelo Instituto Mineiro de Psicodrama - IMPSI/FMBH (2007). Mestre em Atenção Psicossocial pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB/UFRJ (2022). Trabalha no campo da Saúde Mental desde 2001, sendo em CAPS desde 2004 até atualmente. Foi coordenador técnico do CAPS Arthur Bispo do Rosário, no Rio de Janeiro e do CAPS Betinho, em Macaé. Membro da Comissão de Curadoria do Cadastro Nacional de Associações e Coletivos de Usuários e/ou Familiares do Campo da Saúde Mental, iniciativa do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental - NUPPSAM, com o apoio da Frente Estamira de CAPS: Resistência e Invenção.

## REFORMA PSIQUIÁTRICA NO LITORAL DE UM VASTO MUNDO

Pedro Gabriel Delgado

O que fica nas retinas é a luminosa subida da rampa do Planalto, a tomada simbólica do poder pelas minorias oprimidas. O cenário do país ainda é de grande tensão e violência. Violência política do fascismo, violência social oriunda da desigualdade. É preciso construir e avançar com a agenda da reforma psiquiátrica.

O exaustivo levantamento das portarias, notas técnicas e documentos diversos, produzidos no período de 6 anos, de 2016 a 2022, servirá de memória fundamental, e de material de análise para compreender as dimensões da destruição e também sua lógica e fundamento político. Apenas como exemplo: excluir a palavra “substitutivo” para qualificar os serviços da rede comunitária de atenção psicossocial não é irrelevante, pois exprime a lógica da defesa do modelo hospitalocêntrico. Disseminar financiamento pulverizado para atendimento ambulatorial não parece ter o objetivo de ampliar o acesso ao cuidado, mas de desmontar a lógica do cuidado integral e intersetorial no território. Desterritorializar o cuidado. Portanto, há uma lógica no itinerário do desmonte.

Esta é uma das vias para leitura e consulta da vasta documentação produzida na pesquisa de Nelson Cruz: uma memória crítica do projeto político de desconstrução da reforma psiquiátrica. Documentos que não chegaram a ser publicados, mas serviram de fonte de estudo, dão conta da intenção do governo anterior de revogar todos os atos normativos da reforma psiquiátrica, desde a histórica portaria 224 de 1992 (a primeira norma do Ministério da Saúde a propor atendimento em saúde mental em serviços comunitários), buscando apagar todo o período de 25 anos de mudanças normativas na saúde mental do SUS. A resistência política impediu este “revogaço”, que ilustra com eloquência o projeto do governo de extrema-direita de extinguir os serviços e a memória do processo de Reforma, na contramão da lei 10.216/2001. Além da desregulamentação intencional da saúde mental, retornando ao modelo reducionista hospitalocêntrico e biomédico, ocorreu um brutal desfinanciamento dos serviços, que resultou na estagnação da rede de atenção psicossocial, com precarização das condições de trabalho. Há, portanto, muito o que reconstruir, no governo de frente democrática liderado pelo presidente Lula.

Mas não basta reconstruir, é preciso avançar. E olhar de frente para as novas fronteiras da atenção psicossocial, desenvolvendo imediatamente estratégias de ampliação das ações de saúde mental, com o objetivo de enfrentar os desafios da precarização da vida, da iniquidade, racismo, violência, preconceitos, violência contra mulheres e população LGBTQIA+, abandono da infância e juventude, disseminação do ódio, efeitos psicossociais da pobreza, desemprego e fome. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, de 2010, apontou alguns caminhos para aprofundar a necessária inflexão para transversalizar a saúde mental em todas as políticas sociais. Temos que ir adiante da fronteira intersetorial (que sequer atingimos plenamente), e colocar de fato o paradigma da atenção psicossocial nas ruas, favelas, periferias, no campo e na cidade, nas aldeias e quilombos.

Os dois eixos estratégicos da Reforma, do ponto de vista da política pública (do SUS, SUAS, Educação, Cultura e outros setores), são a desinstitucionalização e a atenção comunitária, que permanecem como prioridades máximas na tarefa da reconstrução e fortalecimento da atenção psicossocial. Mas é preciso ir adiante. Aprender com a experiência do passado, especialmente com os anos exitosos de avanço da desinstitucionalização e implantação de rede de CAPS e demais serviços (sim, substitutivos!), especialmente a partir da lei 10216 e III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, até 2015, pois em 2016 tivemos o golpe de estado (que imediatamente congelou os gastos sociais através da Emenda Constitucional 95 e iniciou o desmonte do SUS e da atenção psicossocial). De 2002 a 2015 tivemos o período de implantação de serviços e desinstitucionalização, e os dados são muito expressivos. Devemos analisar este período exitoso também em suas fragilidades e lacunas, para nos guiar no aprofundamento da luta antimanicomial e da reforma.

A leitura atenta deste livro, que se originou da dissertação de mestrado de Nelson Cruz no programa de Mestrado Profissional do IPUB/UFRJ, permite conhecer a dinâmica interna do processo de desmonte que foi posto em marcha nos últimos 6 anos (com maior gravidade nos 4 anos do governo de extrema-direita). É um documento valioso, para o registro histórico e a construção de estratégias.

Além do desafio da reconstrução, e da retomada do processo de reforma, precisamos enfrentar, sob a luz nascida da análise dos anos de trevas, alguns nós cruciais que já existiam antes de 2016. Vamos mencionar rapidamente, a voo de pássaro, três destes nós cruciais.

*Primeiro:* o crônico problema do desfinanciamento. Há boas perspectivas pela frente. A tragédia sanitária e social da pandemia mostrou para todos os países a importância da política de saúde mental, e já foi possível conseguir que, na organização do Ministério da Saúde do governo Lula, a saúde mental ampliasse sua estrutura de gestão, tornando-se um Departamento. Mas é preciso ir além. Todos os serviços comunitários são subfinanciados, e as iniciativas intersetoriais decisivas para a atenção psicossocial sempre foram apoiadas de forma reticente e pouco generosa pela gestão pública. Aqui se incluem: iniciativas de geração de renda e economia solidária, ações culturais, ações de educação permanente e de educação popular em saúde mental, programas estratégicos de indução da pesquisa em atenção psicossocial, fomento à organização de coletivos e associações de usuários e familiares, projetos experimentais (aplicados exitosamente em diversos países) de *recovery*, projetos sustentáveis de apoio de pares, intervenções estratégicas democráticas e sustentáveis em situações de agudo sofrimento social. São vários exemplos. Não basta financiar adequadamente os serviços comunitários (o que não ocorre, pois são desfinanciados): é preciso ampliar o escopo e o universo de ações do amplo campo da atenção psicossocial.

*Segundo:* enfrentar, como desafio global de governo, com a gradualidade exigida, a política integral sobre álcool e outras drogas. Com poucas semanas de governo Lula, já estamos vendo a enorme pressão (que já existia, e se tornou maior com o apoio maciço dos dois últimos governos) que as comunidades terapêuticas, quase totalmente ligadas a grupos religiosos, estão fazendo sobre o governo, através do Ministério do Desenvolvimento Social, Família e Combate à Fome. Em 2003, no primeiro governo Lula, o Ministério da Saúde aprovou e publicou um documento importante, *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* (veja em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)), propondo algumas linhas gerais para uma nova política sobre o tema, e argumentando que o problema das drogas deve ser colocado prioritariamente no campo da saúde pública. Certamente existem as dimensões jurídicas, legais, de segurança pública, culturais, envolvendo a questão das drogas, porém o tratamento, promoção e prevenção são atribuições da saúde pública. Quem acompanha o campo da reforma psiquiátrica conhece a dimensão árdua e conflituosa que o tema assumiu, especialmente a partir de 2009, com a crise política que se vinculou ao tema do *crack*, grave problema de saúde pública, erroneamente

tratado como “epidemia” (estudo definitivo da Fiocruz demonstrou que o uso de *crack* não atingia níveis epidêmicos, apesar da evidente gravidade social e sanitária do problema). No período do retrocesso da reforma psiquiátrica, como vimos neste livro, as Comunidades Terapêuticas foram fartamente financiadas, e não foram submetidas à obrigatória fiscalização pela gestão pública. O tema das drogas se divide em 3 Ministérios – Justiça, Desenvolvimento Social e Saúde, em uma articulação absolutamente imprecisa e ambígua. É preciso enfrentar este desafio com a complexidade que ele tem, e caminhar no sentido das modernas democracias que foram aos poucos mudando o retrógrado estatuto jurídico das drogas, construindo estratégias para lidar com a pressão exercida pela intolerância cultural, por países proibicionistas e pela UNODC, o escritório da ONU para drogas e crime.

*Terceiro:* ampliar os termos do debate público sobre a saúde mental, tomando a iniciativa de superar falsas oposições que lançam confusão no campo (exemplo: tratar ou não tratar o sofrimento mental com recursos terapêuticos da saúde, distorcendo a controvérsia que realmente interessa, isto é, qual a mais adequada forma de tratar, ouvindo-se o paciente e sua família), e construindo uma cultura de compartilhamento das informações sobre saúde mental, combate ao estigma e apoio à solidariedade. Trata-se aqui da ampla agenda da promoção em saúde mental, que vai muito além da saúde pública, mas depende dela para prosperar. Isso envolve mudar a forma de participação das instituições de formação e pesquisa, entidades da cultura, movimentos sociais, em uma ampla convocação, a ser inicialmente liderada pela saúde pública.

O tempo do retrocesso passou. Recuperamos a democracia. A desigualdade é o principal desafio do país. A atenção psicossocial tem um longo caminho pela frente.

Rio, 26/01/2023

# O manicômio contra-ataca:

efeitos do golpe de 2016 e do governo de  
extrema direita na política nacional de  
saúde mental (2016-2022)

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

Atena  
Editora

Ano 2023

# O manicômio contra-ataca:

efeitos do golpe de 2016 e do governo de  
extrema direita na política nacional de  
saúde mental (2016-2022)

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

 **Atena**  
Editora

Ano 2023