

UMA ANÁLISE ACERCA DOS RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Carlos Marcelo Assis Souza¹, Karina da Silva Jacobina¹, Lorena Muniz Teixeira Coutinho¹, Adriana Elisa de Alencar Macedo².

Graduando do Curso de Psicologia da Faculdade Multivix - Campus Vitória

² Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Pará - Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Multivix Campus Vitória

RESUMO

O presente artigo analisa as políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil, visando produzir uma reflexão sobre normatizações do Ministério da Saúde, divulgadas no período de 2016 a 2019. A metodologia utilizada é pautada na pesquisa documental explicativa, em que se propõe analisar as políticas que têm regido os serviços de atenção psicossocial no Brasil nos últimos anos e refletir sobre as consequências que implicam num retrocesso das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, conquistados com tanto esforço a partir da luta popular.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, retrocessos, políticas de saúde mental.

ABSTRACT

This article examines the political scene's influences on the creation of mental health, alcohol and other drugs' public policies in Brazil aiming to create a reflection on normativization from the Ministry of Health published between 2016-2019. The methodology applied is based on the documental explicative research, which seeks to analyze the policies that have ruled the psychosocial services of attention in Brazil over the last few years and reflect over the consequences that imply in setbacks of the Psychiatric Reformation's guidelines, accomplished with such effort by popular request.

Keywords: Psychiatric reformation, setbacks, mental health politics.

INTRODUÇÃO

De acordo com Amarante (1995), durante a década de 1970 o Brasil vivia um processo de redemocratização e mobilização de lutas sociais contra o regime ditatorial vigente. No decorrer desse processo, os movimentos de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ganham força e promovem grandes mudanças no cenário das políticas de saúde e saúde mental no país.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 institui como dever do Estado assegurar a garantia dos direitos básicos sociais e individuais a todo povo brasileiro a partir da igualdade, liberdade, saúde e bem-estar, pautadas numa sociedade livre, justa, pluralista, solidária e sem preconceitos. A criação da Lei 8080/90 dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilita condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços baseados nos princípios da universalização, equidade e integralidade. E a Lei 10.216 de 2001 versa sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo

assistencial de saúde mental, se pautando na garantia dos direitos básicos, na reinserção social e na desospitalização. Esses são exemplos dos ganhos obtidos pelos movimentos de reforma que asseguram aos indivíduos com transtornos mentais sua condição de sujeito de direito e instituem o início do rompimento de uma longa trajetória da lógica manicomial e hospitalocêntrica.

Com a criação do SUS, é possível observar mudanças profundas nas políticas de saúde no Brasil no que diz respeito à atenção básica, possibilitando ganhos como a participação popular, a universalização do direito do acesso da população aos serviços de saúde independente de características sociais, a diminuição das desigualdades, a descentralização, além de uma concepção ampliada de saúde que supera o modelo organicista e medicalizante.

O movimento da Reforma Psiquiátrica estabeleceu a responsabilidade do Estado no desenvolvimento das políticas públicas de saúde e possibilitou o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e a abertura de novos serviços como a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que são métodos substitutivos do modelo asilar e garantem a dignidade do usuário do serviço de saúde mental, álcool e outras drogas a possibilidade de tratamento e reabilitação dentro de parâmetros que preconizam seus direitos como sujeitos sociais, incentivando a autonomia, respeito e liberdade.

Entretanto, na contramão dessas conquistas, nos últimos anos têm-se vivenciado no Brasil a publicação de normativas do Governo Federal que promovem um desmonte da política nacional de saúde mental, estabelecendo a criação de uma nova política com princípios que se assemelham à lógica manicomial e hospitalocêntrica, e que subvertem os ganhos sociais que essas políticas proporcionaram nas últimas décadas ao propor o retorno do incentivo às internações psiquiátricas, a abstinência nos tratamentos de usuários de álcool e outras drogas, o incentivo à eletroconvulsoterapia, dentre outros fatores que apontam não só para o descumprimento das medidas conquistadas pela Lei 10.216, mas também para um retrocesso nas políticas de saúde mental, álcool e outras drogas.

Entre os documentos que apontam para esses retrocessos está a Resolução Nº 32/2017, que, pela primeira vez desde a Reforma Psiquiátrica, passa a mencionar o hospital psiquiátrico como um dos dispositivos da rede de atenção psicossocial. Junto a ela, a Portaria MS 3.588 de 21/12/2017, que institui o Caps AD IV, um serviço de atendimento em modalidade de urgência e emergência que põe em xeque a teorização do vínculo terapêutico que faz parte da forma de tratamento oferecida pelos Caps.

Ainda entre os retrocessos, a resolução Nº1 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) promove o desmonte da política de redução de danos no

tratamento de usuários de álcool e outras drogas, instituindo como método a abstinência total. Esses dados culminam na criação da Nota Técnica Nº 11/2019, que determina essas mudanças na política nacional de saúde mental e sobre drogas, e, posteriormente, no Decreto Presidencial Nº 9.761, de 14/04/2019, que revoga o Decreto Nº 4.345 de 2002 sobre a política nacional antidrogas baseadas na redução de danos. As consequências dessa nova política põem em xeque toda a história de uma luta pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e apontam para o retorno a um modelo excludente, medicalizante, manicomial e asilar.

ANÁLISE ACERCA DOS GANHOS E RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Segundo Silva e Silva (2020), a tendência ao conservadorismo e as políticas neoliberais que permeiam o cenário político do Brasil nos últimos anos tendem a reorganizar os serviços de saúde mental de forma que andem na contracorrente dos direitos obtidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, tendo em vista que esses movimentos possibilitaram a criação de políticas que instituíssem como dever do Estado assegurar que os direitos básicos de todos os brasileiros fossem garantidos ao passo que as políticas neoliberais, por sua vez, influenciam a criação de propostas que beneficiem o setor privado, como por exemplo o retorno aos hospitais psiquiátricos, parcerias com residências terapêuticas privadas e incentivo à medicalização.

Ao analisar os pontos destacados abaixo, será possível perceber como as perdas sociais mais significativas ocorridas nos últimos cinco anos nas políticas de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil parecem estar relacionadas com a forma de governo vigente nesse período e com as ideias propagadas por ele, de influência conservadora e neoliberal, o que como consequência provoca um desmonte de diversas políticas sociais e humanizadas em prol de um modelo moralista e excludente.

CENÁRIO DE REDEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL E CONQUISTAS DOS MOVIMENTOS DE REFORMA

Em termos de ações no âmbito da saúde, na história das políticas públicas, percebeu-se que o Brasil vive cenários alarmantes e críticos enquanto provedor de recursos, ao passo que ao longo do tempo, movimentos importantes foram organizados para conquistar e estabelecer uma perspectiva diferente e mais ética. Contudo, a tendência ao conservadorismo e neoliberalismo, indicadas por meio das mais recentes

reorganizações dos serviços de saúde mental dentro do cenário político atual, apontam para um retrocesso diante das conquistas compreendidas ao longo dos anos posteriores à Reforma Psiquiátrica.

Dentre os cenários que demandaram expressões críticas e calorosas em prol de mudanças no Brasil esteve o Golpe Civil-Militar de 1964 (SANTOS, 2013). Esse tempo não somente impactou a democracia, mas também os serviços de saúde vigentes na época de modo muito particular aos que assumiam os cuidados na área de saúde mental. A “Indústria da Loucura” (MELLO, 1977) refletiu ações de segregação a pessoas consideradas desviantes, alienadas e até mesmo improdutivas. Os Hospitais Psiquiátricos, em ampla escala de inauguração, acabaram por tornar-se instrumentos de repressão política, influenciados ainda por questões de ordem econômica ao contemplar a indústria farmacêutica com a medicalização das pessoas internadas (ARANHA, 2003). Segundo dados do mais recente Relatório de Inspeção Nacional em Hospitais Psiquiátricos do Brasil, 52% da inauguração de instituições asilares com esse perfil foram estabelecidos durante o Golpe de 1964, o que demonstra uma preocupação por entender a potência que é trabalhar o repertório mental nos sujeitos, contudo, utilizando-se de ferramentas antiéticas, inaceitáveis e condenáveis.

Foi na década de 1950 que os Hospitais Psiquiátricos tomaram força no quesito quantitativo e acabaram por não sustentar tal métrica, assim como as práticas contrárias a um cuidado humanizado, de modo a gerar questionamentos acerca de sua eficácia. Desse modo, em 1978, com influência de movimentos importantes, como o do italiano Franco Basaglia e a proposta de erradicar o contexto que engloba o manicômio, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental abre caminho para mudanças importantes. Em 1980, estruturas que antes funcionavam como manicômios passaram a ser Centros de Atenção Psicossocial (Caps), com uma proposta completamente diferente da estabelecida por meio do viés prioritariamente biomédico. Esse período, no Brasil, foi marcado pela então Reforma Psiquiátrica e início dos trabalhos em relação à Luta Antimanicomial, que persiste nos dias atuais (BATISTA, 2014).

Paulo Amarante, em sua obra “Loucos pela vida”, disserta sobre o importante movimento de Reforma Psiquiátrica, trazendo ainda uma análise sobre o Paradigma Psiquiátrico clássico que precisava ser confrontado, em que fica evidente a segregação do louco em vista da produção do saber médico:

A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e

equilíbrio. Dessa forma, a relação que se estabelece entre o sujeito que cura e o objeto de intervenção, subtrai a totalidade subjetiva e histórico-social a uma leitura classificatória do limite dado pelo saber médico (AMARANTE, 1995 p.88).

A partir dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, o setor de saúde passa a fomentar articulações que possibilitem a elaboração de um sistema de saúde eficaz. Segundo Castro e Machado (2012), nos anos 1970, a partir do plano internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) possibilitaram a difusão do conceito de atenção primária à saúde por meio da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata. Nessa conferência, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi adotada como um modelo eficaz e uma estratégia para alcançar a meta "Saúde Para Todos no ano 2000".

Após esse marco, muitas reformas continuaram acontecendo no sistema de saúde do Brasil. A Psicologia, por sua vez, começou a aparecer nesse modelo a partir da década de 1980, quando, de acordo com Jimenez (2011), surgiram várias propostas e reivindicações apontando para a necessidade de mudanças na abordagem dos problemas de saúde de modo geral e também na complexidade das questões de saúde mental, reforçando a importância da Psicologia como uma área de grandes possibilidades de contribuição nas equipes multiprofissionais.

Assim, entre 1983 e 1987, a configuração do setor de saúde era representada pelas ações integradas de saúde (AIS). Eventos como a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, reforçaram os ideais já discutidos até ali e acrescentaram a urgência de reformular o currículo dos profissionais de saúde, adaptando-os à nova realidade do trabalho em equipes multiprofissionais e para o desafio de reverter o modelo assistencial biomédico. Em 1987, as AIS foram substituídas pelo Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), e, no ano seguinte, em 1988, foi aprovado na nova Constituição o Sistema Único de Saúde (SUS) (JIMENEZ, 2011).

De acordo com Castro e Machado (2012), a partir da criação do SUS, é possível observar mudanças profundas nas políticas de saúde no Brasil no que diz respeito à atenção básica, possibilitando ganhos como a participação popular, a universalização do direito do acesso da população aos serviços de saúde independente de características sociais, a diminuição das desigualdades, a descentralização, além de uma concepção ampliada de saúde que supera o modelo organicista e medicalizante. A criação do SUS permitiu não somente um novo modo de funcionamento nas práticas

de saúde, mas também direcionou tais serviços à população como um todo, sendo seus membros vistos como sujeitos de direitos.

Desse modo, as políticas de saúde no Brasil foram se estabelecendo em diferentes ramificações para obter um maior alcance e, nesse processo, a saúde mental foi contemplada com programas que trouxeram mudanças significativas em relação à lógica de cuidados que persistia até o século XX, voltado para um modelo asilar. Dentre eles, pode-se mencionar a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Estratégia de Consultório na Rua, entre outros.

Os avanços em relação ao tratamento e tratativa de sujeitos acometidos de transtorno mental foram significativos, e aqui destaca-se a Lei 10.216, de abril de 2001. Uma vez que, por meio do SUS, o modo de funcionamento dos dispositivos públicos considera indivíduos como sujeitos de Direitos, essa lei busca acolher o público que demanda esses cuidados, reforçando que não pode haver nenhum tipo de discriminação no processo. O contexto para a pessoa com transtorno mental tornou-se mais humano, priorizando aspectos como o respeito, sigilo, informação adequada, tratamento feito por profissionais, ambiente terapêutico, entre outros. Além disso, até mesmo para casos de internação elas passaram a não ser feitas com objetivo quantitativo e, por vezes, desordenado, sendo estipulado uma métrica para garantir maior atenção e ética.

Para além, a Política Nacional de Saúde Mental brasileira ampliou-se ao instituir uma rede em que os casos que englobam a saúde mental seriam cuidados e organizados desde a prevenção até a reabilitação. A Raps foi pautada nos princípios do cuidado, atendimento integral e singularidade, de modo que o acolhimento e acompanhamento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou também com questões derivadas do uso de drogas, é feito de modo único e humanizado, considerando o contexto da pessoa envolvida - suas possibilidades e dificuldades enfrentadas. Para isso, os Caps tornaram-se unidades especializadas nesse atendimento, focando não somente no tratamento e aspectos biomédicos, mas também na adequada reinserção desses sujeitos de direitos. É importante mencionar a potência do trabalho desenvolvido nas seis diferentes modalidades desses centros (Caps I, Caps II, Caps i, Caps ad, Caps III, Caps ad III), pois, com equipes multidisciplinares, atendem casos de transtornos mentais graves e persistentes e transtornos pelo uso de álcool e outras drogas ou uso de substâncias psicoativas, sendo essas práticas muito diferentes do modelo asilar vivenciado décadas anteriores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, acesso em 07 nov. 2021).

Em sequência, segundo dados do Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua (2012), em 2011 deu-se início ao trabalho de

Consultório na Rua em Suas Três Diferentes Modalidades. Por meio de equipes multiprofissionais, foram contempladas pessoas em situação de vulnerabilidade, que indicavam estar com vínculos extremamente fragilizados em relação a familiares, tendo, por conseguinte, a realidade de pessoas em situação de rua. Esses consultórios não foram pensados e estruturados como local físico, pelo contrário, com dispositivos móveis, um cuidado integral poderia chegar aos sujeitos alvo do projeto. Assim, grupos profissionais, incluindo psicólogos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, entre outros trabalhadores da saúde e educação, puderam contribuir em sua formação específica.

Ainda sobre os importantes e excepcionais projetos contemplados pela Atenção Básica no Brasil, está o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Ele também se trata de uma atividade multidisciplinar e, portanto, diversos conhecimentos e perspectivas na área de saúde são ofertados em prol de um cuidado mais efetivo. Um dos maiores objetivos ao atuar pelo PTS é ampliar as possibilidades terapêuticas, de modo que o foco seja o usuário e o seu caso em específico. Assim, adaptações são consideradas durante a construção de ideias e implementações das ações, entendendo que elas podem ser únicas para o sujeito, mas o saber e os cuidados desenvolvidos podem ser compartilhados em casos similares (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

É surpreendente e, por vezes, desanimador notar como os períodos de tempo se distanciam e algumas práticas permanecem, salvo determinadas adaptações que ocorrem no processo. Ao passo que essa correlação pode soar extrema, entende-se que há uma linha tênue separando momentos antigos e duradouros de segregação de algumas das alterações propostas na Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017, e na Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Nota-se, ainda, que para contemplar o modelo biomédico, muitas pautas trabalhadas por psicólogos e outros profissionais da saúde em todo o Brasil foram marginalizadas.

RETORNO DO HOSPITAL PSQUIÁTRICO E AUMENTO DE VERBA COMO INCENTIVO À INTERNAÇÃO

Depois de tantos avanços na política de saúde mental, que vieram como resultado da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, percebe-se uma recente mudança de direção nesse campo. As conquistas que foram consagradas na constituição de 1988, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e especialmente na Lei 10.216 de 2001, garantiam às pessoas com transtorno mental um tratamento tanto digno quanto adequado, pois reconhecia-os enquanto sujeitos de direitos. E tal cenário

começou a mudar com a publicação de novas resoluções, decretos e portarias que desfiguraram o espírito dessas leis e indicam um retrocesso histórico.

A Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017, e a Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro do mesmo ano, trazem de volta o hospital psiquiátrico como parte da Rede de Atenção Psicossocial. Tais documentos vão além, pois sinalizam um significativo aumento do investimento financeiro nessa estratégia de tratamento, como podemos ler no artigo 9º e seus parágrafos da Resolução Nº 32 do ministério da saúde:

Art. 9º - Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. I - Estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais; [...] III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo; IV - reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital (BRASIL, 2017, Art. 9º).

Embora tais documentos não declarem a substituição do modelo comunitário de atendimento, privilegiam abertamente o modelo asilar ao apontar para a ampliação da oferta de leitos hospitalares. Se a Reforma Psiquiátrica orientou a política de saúde mental na direção de um atendimento integral e humanizado, caracterizado por múltiplos dispositivos como os Caps e toda a Rede de Atenção Psicossocial que inclui serviços como os consultórios de rua e os serviços residenciais terapêuticos, por exemplo, as normativas recentes vão em sentido contrário, hospitalocêntrico, ao garantir um pagamento mínimo e oferecer reajuste de valores de diárias para internação.

Essa mudança na abordagem tem como pano de fundo o uso de verbas públicas para financiar a atuação da iniciativa privada no setor de saúde mental, num evidente desvio de finalidade, que enfraquece o Sistema Único de Saúde em seus princípios e suas práticas. Como aponta Siqueira (2019), já em 2018 é publicada a Portaria Nº 2.434, que reajusta em 60% o valor das diárias de internação. Algo que na visão do então presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos e vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental, Leonardo Pinho, provocou um aumento na permanência desses pacientes nas unidades hospitalares: “volta aquela visão de que as pessoas podem ser retiradas do convívio social e serem colocados em lugares de internação, já que começa a se receber mais verbas por isso” (SIQUEIRA, 2019).

Desse modo, fica explícito o interesse em atender a demanda de grupos econômicos privados em detrimento das reais necessidades das pessoas com transtornos mentais. Também o gradativo esvaziamento dos princípios norteadores das políticas públicas, bem como das novas estratégias e estruturas que emergiram como resultado da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, e que representavam um grande avanço no atendimento aos usuários dos serviços públicos de saúde mental. Tal posicionamento por parte de governos recentes representa um retrocesso e também um ataque aos fundamentos que garantiram tantos avanços na política de saúde mental no Brasil. Pois, como explicam Darosci e Cabral (2019), a Reforma Psiquiátrica pressupõe uma mudança importante no que concerne à assistência às pessoas com transtornos mentais, substituindo os conhecidos asilos por uma transformação na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL E O DESMONTE DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

Historicamente é possível perceber que as drogas fazem parte da experiência humana, como aponta o Conselho Federal de Psicologia (2019), ao fazer uma contextualização histórica acerca do tema no livro de Referências Técnicas para a atuação de psicólogas (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas.

Ainda no texto de contextualização histórica, o documento aponta para a dificuldade de se esperar por uma sociedade sem drogas, visto que desde tempos muitos antigos até os dias de hoje sempre houve registros na história da humanidade do uso de substâncias psicoativas. O que essa introdução visa produzir é um olhar crítico para a problemática do proibicionismo, posto que no Brasil o início da prática de proibição ao uso de substâncias consideradas ilícitas se dá no contexto da escravidão, como medida exclusivamente racista por meio da criminalização dos hábitos culturais associados aos povos negros por relacionarem o hábito de fumar maconha com essa comunidade. Dessa forma, a política proibicionista no Brasil é permeada por um recorte racista e de violência de Estado, como aponta o documento do CFP:

Ao longo da história as políticas de drogas também serviram de engrenagem para o racismo e a violência de Estado. Como fica evidente no caso da proibição do “pito do pango” no passado e os altos índices de letalidade decorrentes do uso da força policial no presente. Isso está associado no Brasil à criminalização

dos hábitos e o controle dos corpos a partir de um recorte étnico-racial (Conselho Federal de Psicologia, 2019 p.27).

É importante ressaltar essa visão histórica pois implica que a problemática das drogas vai muito além dos danos e agravos à saúde do usuário, sem contar também que as drogas lícitas, como álcool e fármacos, por exemplo, podem provocar sérios danos à saúde e são consideradas legais, o que leva a outros questionamentos mercadológicos e capitalistas envolvendo as indústrias que os produzem.

Considerando o problema de saúde pública relacionado ao uso de álcool e outras drogas, sabe-se que durante muito tempo a forma de tratamento utilizada era baseada no modelo asilar, com internações nos antigos hospitais psiquiátricos, clínicas de reabilitação ou comunidades terapêuticas de cunho religioso, por meio da prática de abstinência e medicalização. Muitas dessas internações eram feitas de forma compulsória, advindas de um modelo médico-moral de tratamento, sem levar em conta a singularidade e a autonomia do sujeito (CFP, 2019).

Apesar de terem sido conquistados diversos direitos de assistência às pessoas em sofrimento psíquico com os movimentos de reforma a partir da década de 1970, somente em 2003 que passa a vigorar no Brasil uma política voltada para usuários de álcool e outras drogas e que leva em consideração a autonomia do usuário e seus direitos como sujeito, por meio da Política de Redução de Danos. E como medida inicial para a implementação de novas políticas de saúde para usuários de álcool e outras drogas está a criação do Decreto Nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, que institui a Política Nacional Antidrogas, estabelecendo diretrizes para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao problema das drogas no país e baseando a forma de tratamento na política de redução de danos.

Vale ressaltar que esse documento é criado a partir das discussões promovidas na Assembleia Geral das Nações Unidas realizada em 7 de junho de 1998 para tratar do “Problema Mundial das Drogas”. É um documento permeado de ideais proibicionistas, que como já citado aqui é problemático quando se trata de direitos humanos por ser um modelo que reforça a prática da abstinência e as internações involuntárias, além de implicar em questões sociais e raciais que se relacionam com a proibição e diminuição da demanda de circulação de drogas ilícitas. Já as formas de tratamento surgem no decreto como pautadas na política de redução de danos e na reinserção social, visando reduzir as situações de risco mais constantes decorrentes do uso de drogas, que representam potencial prejuízo para o indivíduo e para a sociedade.

É perceptível que, como aponta Andrade (2000), o proibicionismo e a redução de danos são modos distintos de lidar com o “fenômeno das drogas”, visto que o

proibicionismo visa reduzir oferta e demanda por meio de repressão e criminalização tanto de uso quanto de comércio e produção, enquanto a redução de danos permite a possibilidade de um tratamento que é elaborado junto com o usuário de forma a respeitar sua autonomia e direitos, sem julgamentos morais, reduzindo possíveis riscos para o usuário.

Segundo Zaghout (2018), o início da política de proibição e criminalização do uso de drogas no Brasil se dá quando substâncias utilizadas por grupos dominantes da sociedade passam a ser consumidas por grupos minoritários, o que demonstra a origem racista que permeia o proibicionismo desde tempos antigos até a atualidade:

Isso acontece de tal forma que essa origem racista da política proibicionista é refletida diariamente na legislação que hoje regulamenta a política criminal de drogas no Brasil. A Lei n. 11.343/2006 é, atualmente, uma das principais responsáveis pelo alto número de encarceramento nos presídios, sendo maioria brutal dos encarcerados composta por negros. Seguindo com o reflexo de preconceitos e estigmas, junto com a lei foi criado um estereótipo de quem seria enquadrado como traficante e usuário. Partindo também de vários estudos criminológicos de que a Justiça Penal é mais severa com os criminosos negros do que para os brancos, é permitido dizer: o princípio consagrado na Carta Magna, que articula que “todos são iguais perante a lei” não vigora nesses casos (ZAGHLOUT, 2018 p.88).

Essa problemática implica também na questão da "guerra às drogas", onde, para diminuir a produção e consumo de drogas, é preciso combater quem a produz e comercializa, o que consiste em resultados como brutalidade policial em populações periféricas, corrupção, incentivo ao comércio ilegal de armas e encarceramento, em sua maioria, da população negra e pobre, como explica a pesquisa “Um Tiro no Pé: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo” do projeto “Drogas: Quanto Custa Proibir” (2019).

Porém, mesmo diante de diversos problemas sociais que permeiam o proibicionismo e foram desconsiderados na criação destas políticas públicas, com a publicação do Decreto Nº 4.345, o país começa a utilizar a política de redução de danos para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, o que, sem dúvidas, é um avanço significativo na luta pelos direitos dos usuários. Historicamente, como aponta o documento do CFP (2019), a redução de danos já vinha sendo praticada e muito estudada em diversas universidades e órgãos nacionais por meio das políticas de

prevenção à Aids e também em centros de tratamento e pesquisa sobre uso de álcool e drogas. E justamente por se mostrarem eficazes em articular práticas de atenção e cuidado integral, foram instituídas como política pública para a atenção psicossocial direcionada aos usuários de álcool e outras drogas.

Dessa forma, a política de redução de danos foi um importante marco de cidadania na história das políticas públicas de álcool e outras drogas por incentivar um rompimento das práticas punitivas, preconceituosas, pautadas em moralidade e no modelo asilar do tratamento e incentivar o início de uma nova forma de tratamento que visa a autonomia do sujeito, dando informações sobre as consequências do uso de drogas, conscientizando dos possíveis agravos à saúde sem discriminação e garantindo aos usuários que seus direitos básicos sejam assegurados.

A política de redução de danos se torna um marco justamente por promover um rompimento do modelo manicomial e asilar no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, pois, unida às Raps e aos Centros de Atenção Psicossocial, proporciona ao usuário que busca o serviço um atendimento humanizado, feito de forma singular e valorizando a autonomia, tendo o vínculo de tratamento como base para um processo de diminuição do sofrimento causado pelo uso excessivo de substâncias e conscientização de possíveis agravos, para que o próprio usuário compreenda seus limites e possa lidar de maneira mais saudável com o consumo ainda que não consiga deixar de consumir totalmente.

Desde o decreto Nº 4.345, em 2002, até o ano de 2017, as políticas voltadas para a atenção a usuários de álcool e outras drogas estiveram pautadas na política de redução de danos como uma das possibilidades oferecidas no tratamento e reabilitação desses usuários, porém as coisas começam a mudar quando o Governo Federal publica a Resolução Nº 1, de 9 de março de 2018, abrindo caminhos para a construção de uma nova política nacional sobre drogas e trazendo em seu texto pela primeira vez depois de décadas de lutas por direitos o incentivo à abstinência total como forma de tratamento para os usuários, promovendo assim um pontapé inicial para o desmonte da política de redução de danos.

Essa nova política fica ainda mais evidente com a publicação do Decreto Presidencial Nº 9.761 de 11, de abril de 2019, que aprova a Política Nacional Sobre Drogas (Pnad) e traz um texto permeado de ideias que aponta para um retorno do modelo asilar, medicalizante e hospitalocêntrico. Esse decreto revoga totalmente o Decreto Nº 4.345 citado anteriormente, que foi responsável pela conquista da política de redução de danos, o que só confirma o seu desmonte, além de fortalecer ainda mais as ideias proibicionistas, incentivar a internação em hospitais gerais e comunidades

terapêuticas e promover a abstinência total como objetivo do tratamento (BRASIL, 2019).

NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SOBRE DROGAS QUE ESTÁ SENDO CONSOLIDADA A PARTIR DA NOTA TÉCNICA Nº 11/2019

Como resultado desse processo recente porém acelerado de desconstrução dos ganhos e conquistas na política de saúde mental, álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde publicou em 04 de fevereiro de 2019 a Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Com o título “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”, esse documento consolida os instrumentos legais que trazem de volta a lógica hospitalocêntrica e asilar, bem como medicalizante e punitiva. E faz referência a todas as portarias e resoluções que promovem redirecionamento de recursos para os instrumentos e estratégias contidos na Luta Antimanicomial e na Reforma Psiquiátrica, bem como na política de redução de danos, como a Resolução CIT N.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017, a Portaria GM/MS N.º 3588, de 21 de dezembro de 2017, e a Portaria GM/MS N.º 2.434, de 15 de agosto de 2018.

Esse documento faz uma defesa explícita dos hospitais psiquiátricos como parte da Raps, e cita o aumento de investimento financeiro nesse dispositivo como forma de garantir o atendimento adequado (BRASIL, 2019 p.4). Afirma que a desinstitucionalização continuará sendo incentivada, mas que isso “não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (BRASIL, 2019 p.5). Justifica essa mudança na política de saúde mental afirmando que a cobertura de leitos está deficitária em comparação aos padrões internacionais, e que a redução de leitos psiquiátricos trouxe vários impactos negativos, como a migração de doentes mentais para os presídios ou para morar nas ruas; aumento das taxas de suicídio; proliferação das crackolândias; aumento da mortalidade de pessoas com transtornos mentais e dependência química, entre outros (BRASIL, 2019 p.5).

Entretanto, o único trabalho científico utilizado para fundamentar essas informações e a consequente mudança de estratégia não trata de nenhuma dessas questões. É um estudo epidemiológico sobre a prevalência de transtornos mentais na população carcerária (ANDREOLI, et. al 2014), e não estabelece qualquer relação entre os dados levantados e a necessidade de leitos psiquiátricos em hospitais. A mesma carência de fundamentação científica fica patente na inclusão das comunidades terapêuticas como parte da Raps, visto que são apresentados apenas documentos governamentais como a Portaria Interministerial Nº 2, de 21 de dezembro de 2017, e a

resolução do Conad 01/2015, que estabelecem critérios não só para seu funcionamento, mas também para sua expansão e financiamento (BRASIL, 2019 p.5). Como destaca Dias (2019), ao comentar a entrevista de Paulo Amarante para o Informe ENSP da Fiocruz, sobre a Nota Técnica 11/2019:

Ao ser nomeada como “técnica” e seus defensores qualificarem as críticas como “ideológicas”, há uma estratégia de mascaramento dos interesses políticos e econômicos que compõem o documento, na visão de Amarante. “As ‘robustas evidências científicas’ que atribuem ao documento são utilizadas quando interessam, descartando as que não corroboram a visão de mundo que tem (ABRASCO, 2019).

Embora o documento traga em si a alegação de que suas medidas atendem a anseios de movimentos sociais, a imediata e intensa reação de associações, conselhos profissionais e de saúde, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Conselho Federal de Psicologia, Conselho Regional de Enfermagem - SP, Conselho Regional de Fisioterapia e Conselho Regional de Serviço Social (Darosci e Cabral 2019), mostra que não houve qualquer debate ou discussão com todos os segmentos interessados. E mais: desconsidera todas as lutas que culminaram com a criação do SUS, a Reforma Psiquiátrica e a construção de uma nova abordagem para o tratamento de doenças mentais no Brasil.

Por tudo isso, fica evidente que o verdadeiro propósito da Nota Técnica 11/2019 é consolidar os recentes retrocessos nas políticas de saúde mental, fornecendo-lhes amparo legal, pois ao mesmo tempo em que robustece instrumentos, como as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, enfraquece conquistas históricas, como a estratégia de redução de danos em dependência química.

É importante ressaltar como fica evidente a relação dos ideais moralistas e neoliberais explícitos no atual governo, responsável pela consolidação de tais mudanças nas políticas de saúde mental no Brasil, com os retrocessos percebidos nas portarias e normativas aqui analisadas, que apontam para o fato de que quando esse tipo de política se fortalece fica perceptível um tremendo impacto negativo nas políticas sociais e nos direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial contribuíram para a restauração da democracia no Brasil e também foram decisivos para a conquista de direitos fundamentais à população. A Constituição de 1988, a criação do Sistema

Único de Saúde e a promulgação da Lei 10.216 de 2001 garantiram que as pessoas com transtornos mentais fossem reconhecidas como sujeitos de direitos e passassem a receber cuidado integral e tratamento humanizado. A criação de uma política de saúde mental que prioriza o respeito, a autonomia e a liberdade possibilitou a implementação de novos dispositivos como a Raps e os Caps e outras estratégias como a política de redução de danos.

Entretanto, várias resoluções, portarias e decretos governamentais publicados a partir de 2017 promoveram um contundente ataque a todas essas conquistas. A análise de tais documentos não deixa dúvidas sobre a tentativa de retorno ao modelo asilar, à lógica hospitalocêntrica e medicalizante, que atende aos interesses de grupos econômicos em detrimento das necessidades das pessoas com transtornos mentais e usuárias de substâncias psicoativas. Tais medidas mostram como a influência da política neoliberal, do capitalismo e do moralismo colocam em risco todas as conquistas listadas acima e representam a ameaça de um retrocesso sem precedentes na história recente da política de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil.

REFERÊNCIAS

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

ANDRADE, T. **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000.

Andreoli SB, dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JGV, et al. (2014) **Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of São Paulo**, Brazil. PLoS ONE 9(2): e88836. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088836>

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Política & Trabalho**, n. 40, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Micheline-Batista/publication/264943132_Breve_historia_da_loucura_movimentos_de_contestacao_e_reforma_psiquiatica_na_Italia_na_Franca_e_no_Brasil/links/53f732b00cf22be01c454a7d/Breve-historia-da-loucura-movimentos-de-contestacao-e-reformapsiquiatica-na-Italia-na-Franca-e-no-Brasil.pdf Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Decreto Nº 4.354, de 26 de agosto de 2002. Institui a política nacional antidrogas e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm> Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a política nacional sobre drogas. **Presidência da República**, Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm> Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Presidência da República**, Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 11 out. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em **situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf> Acesso em: 07 nov. 2021.

Brasil. Ministério da saúde. Ações e programas. **Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoese-programas/caps>> Acesso em: 07 nov. 2021.

BRASIL. Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre drogas. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf> Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. 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. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2018. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html>
Acesso em 07 out. 2021.

BRASIL. 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. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>
Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL. Resolução Nº 1, de 09 de março de 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9de-marco-de-2018-6285971>> Acesso em: 11 out. 2021.

BRASIL. Resolução Nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Ministério da Saúde**, Brasília, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html>
Acesso em: 07 out. 2021.

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). In: III SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 2019, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 13 a 14 de novembro de 2019.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [2]: 477-506, 2012.

CESeC. Um Tiro no Pé: Impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo. **Drogas: Quanto custa proibir**, 2019. Disponível em: <<https://drogasquantocustaproibir.com.br/seguranca-e-justica/>> Acesso em: 23 out. 2021

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas** [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia. 2. ed. Brasília: CFP, 2019. Dados eletrônicos (pdf). Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas_web-FINAL.pdf> Acesso em: 11 out. 2021

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). **Hospitais psiquiátricos no Brasil: Relatório de inspeção nacional** [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília: CFP, 2019. Dados eletrônicos (pdf). Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapaFinal_v2Web.pdf> Acesso em: 01 nov. 2021.

DIAS, B. C. Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental. **Abrasco**, 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemasde-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>> Acesso em: 01 nov. 2021.

Ditadura militar e democracia no Brasil: história, imagem e testemunho. Maria Paula Araujo, Izabel Pimentel da Silva, Desirree dos Reis Santos (**org**). 1 ed., Rio de Janeiro: Ponteio, 2013.

JIMENEZ, L. Psicologia na atenção básica à saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**, 23(n. spe.), 129-139, 2011.

MELLO, C.G. **Saúde e assistência médica no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBES; 1977.

MIRANDA, F. A. C.; COELHO, E. B. S.; MORÉ, C. L. O. O. **Projeto terapêutico singular** [Recurso eletrônico] / Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1089>> Acesso em: 07 nov. 2021.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde: Aranha, Márcio Iorio (**Org.**). Direito sanitário e saúde pública: Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf>. Acesso em: 29 out. 2021.

SILVA, L. B.; SILVA, A. X. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 23, N.1, p.99-119, jul. /set. 2020.

SIQUEIRA, E. **É um retrocesso de 30 anos na saúde mental**. ISC - UFBA, 2019. Disponível em: <<http://www.isc.ufba.br/e-um-retrocesso-de-30-anos-na-saude-mental-critica-presidente-do-conselho-nacional-de-direitos-humanos/>> Acesso em 06 out. 2021.

ZAGHLOUT, S. A. G. **Seletividade racial na política criminal de drogas: perspectiva criminológica do racismo** [recurso eletrônico] / Sara Alacoque Guerra Zaghout - Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018. Dados eletrônicos (pdf). Disponível em: <<https://www.editorafi.org/466sara>> Acesso em: 23 out. 2021.