



## A política de saúde mental na atualidade e o avanço do conservadorismo

*Current mental health policy and the advance of conservatism*

**Tereza Cristina Ribeiro da COSTA\***

**Resumo:** Na atual crise, faz-se necessário pensar no avanço do conservadorismo na Política de Saúde Mental e seus dilemas contemporâneos frente a ofensiva neoliberal. O artigo discute inicialmente algumas das contradições que se constituíram na formulação e estiveram presentes nos principais debates sobre a política de saúde mental na última década. O artigo também aponta para a atual onda conservadora e como a mesma vem atingindo a política de saúde mental nos últimos anos. No Brasil, a Política de Saúde mental tem sido fortemente impactada pela onda conservadora que tem tomado as discussões políticas, econômicas e sociais na atualidade, sendo atingida em seus princípios fundamentais – a substituição do modelo manicomial historicamente existente por uma rede substitutiva.

**Palavras-chave:** Reforma psiquiátrica. Conservadorismo. Saúde mental.

**Abstract:** In the current crisis, it is necessary to think about the advance of conservatism in Mental Health Policy and its contemporary dilemmas in the face of the neoliberal offensive. The article initially discusses some of the contradictions that were constituted in the formulation and were present in the main debates on mental health policy in the last decade. The article also points to the current conservative wave and how it has been reaching the mental health policy in the last years. In Brazil, Mental Health Policy has been strongly impacted by the conservative wave that has taken political, economic and social discussions in the present time, being reached in its fundamental principles - the replacement of the historically existing manicomial model by a substitutive network.

**Keywords:** Psychiatric reform; Conservadorism; Mental health.

*Submetido em: 30/7/2018. Revisto em: 9/11/2018. Aceito em: 4/4/2019.*

### INTRODUÇÃO

A dinâmica histórico-dialética de desenvolvimento da política de Saúde Mental está diretamente relacionada ao contexto em que se dão as relações sociais no capitalismo, com o avanço do Neoliberalismo no mundo.

No Brasil, a aprovação da Lei 10.216/01 foi uma conquista da luta de classes, todavia, não podemos nos esquecer que esse processo se dá na contramarcha do movimento político-econômico mundial, diante da implementação do Neoliberalismo em resposta à crise mundial. A política de saúde mental se consolida num cenário de reversão de

---

\* Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. (UEPA, Campina Grande, Brasil). R. Baraúnas, 351 - Universitário, Campina Grande - PB, 58429-500. E-mail: <terezadacosta@hotmail.com>.

 © A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2018 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

direitos conquistados e ao mesmo tempo que atende a uma demanda da classe trabalhadora, dos usuários e familiares e expressa através da luta social dos movimentos organizados, passa a ser implementada pelos setores dominantes a partir das diretrizes neoliberais dando origem a uma série de contradições. Na atualidade, o cenário é preocupante, visto que as políticas sociais de modo geral têm enfrentado um verdadeiro desmantelamento de seu aparato no âmbito dos direitos. Na saúde mental, percebemos uma invasão de propostas conservadoras e que colocam em risco os direitos conquistados.

Este artigo texto foi construído a partir dos estudos produzidos na tese de doutorado defendida na Universidade Federal de Pernambuco, atualizando com dados mais recentes dos novos contornos que tem tomado a política de saúde mental na atualidade. Está fundamentado numa leitura crítica da realidade e, tem como objetivo contribuir na análise da crise atual, análise das contradições presentes na política no últimos anos e as repercussões do avanço do conservadorismo na política de saúde mental.

Este estudo utilizou a análise bibliográfica e documental. Procuramos aprofundar as categorias: conservadorismo, contradição, reforma psiquiátrica, bem como Dialogamos com autores debatessem o tema no brasil Esse movimento nos auxiliou a desvelar as contradições da política de saúde mental na contemporaneidade

Por sua vez, a análise documental foi realizada a partir do levantamento e análise de leis, portarias, relatórios e boletins periódicos produzidos pela Coordenação de Saúde Mental / Ministério da Saúde, eleitos como fundamentais. Assim, realizamos a leitura da legislação, todavia elegemos algumas leis e portarias como fundamentais para desvelarmos a natureza contraditória de sua operacionalização, a saber: Lei 10.216 (2001) – dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Portaria 336 (2002) estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas modalidades e normatiza suas possíveis ações. As Portarias nº- 53 e 54/GM/MS (2004) tratam da redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país. A Portaria 3088 (2011, e republicação em 2013) Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Portaria 3089 (2011) dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Portaria 1966, (2013) altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Por fim, a Portaria nº 130 (2012), QUE redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Também foram utilizados os Relatórios da Coordenação de Saúde mental 2003-2006 e 2007-2010 e 2011-2015; - Publicação Saúde Mental em Dados – Um Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Publicado pela Coordenação de Saúde Mental/Ministério da Saúde que traz, de forma sucinta, os resultados quantitativos da política de saúde mental. A última publicação foi em outubro de 2015.

Esses documentos foram produzidos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental e procuramos identificar, neles, a implantação e a distribuição dos serviços substitutivos, bem como informações sobre a implementação da política.

É possível inferir que a política de saúde mental, em seus 18 anos de implementação, acumulou uma vasta legislação, procurando dar conta do acúmulo de demandas não atendidas, procurando a viabilização do direito aos usuários de saúde mental. Todavia, o cenário em que a política é implementada já demonstra a difícil correlação de forças, e sem dúvida um novo movimento hegemônico. Nesse processo percebemos que a luta passa a operar nas esferas burocráticas via transformismo, sobressaindo, nesse cenário, a instrumentalidade do direito. Por outro lado, nos últimos anos os traços conservadores se aprofundam e a instrumentalização do direito cede lugar a negação do direito.

## **1 O avanço da reforma psiquiátrica em tempos burgueses – instrumentalidade e traços conservadores**

Podemos apontar que após 18 anos da implementação da Lei 10.216/01, percebe-se um avanço na implantação de toda a rede substitutiva. Na verdade, no período que antecede a promulgação da Lei já se percebe a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, que ocorre respondendo a duas ordens de fatores: A) as políticas sociais e o pós Segunda Guerra Mundial - relacionado à conjuntura internacional, na qual se evidenciam novas tendências na política de saúde mental em diversos países no mundo, sejam em perspectivas liberais, como na França e na Inglaterra, seja em perspectivas emancipadoras, a exemplo da Itália. Esse cenário é propiciado no pós-Segunda Guerra – em que se apreende um investimento na área de reabilitação (VASCONCELOS, 2004) buscando dar respostas efetivas às sequelas de guerra e às crescentes discussões e a críticas aos hospitais psiquiátricos, que ficam à margem dos avanços das reformas sanitárias nos países europeus e dos contextos de ampliação de direitos sociais, e de modo geral as discussões sobre a política de saúde mental de cada país está diretamente entrelaçada com a correlação de forças no campo da saúde e história social e política e lutas sociais relativas à política de saúde mental em cada lugar. B) Democratização do Estado Brasileiro e a constituição de uma crítica ao modelo manicomial brasileiro. Essa outra ordem de fatores se refere a crítica à assistência psiquiátrica no Brasil que se intensifica no final dos anos 1970 e início dos 1980, num momento de abertura democrática com a reorganização dos partidos e movimentos sociais (AMARANTE, 1995).

Nesse período, as bandeiras por democracia, reforma sanitária e reforma psiquiátrica se unem na luta pela ampliação dos direitos<sup>1</sup> e políticas sociais, em que sobram

---

<sup>1</sup> De acordo com Lei 10.216/01, Parágrafo único, são direitos dos usuários de saúde mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - 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; III - ser protegida contra qualquer

denúncias sobre os maus tratos nos hospitais psiquiátricos (RATTON, 1979). Dessa forma, os serviços substitutivos passam a ser construídos, experimentados, com base nas experiências internacionais e buscando um tipo de assistência à saúde mental diferente da ofertada pelo hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

Após a aprovação da Lei 10.216/01 ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental e, na sequência a publicação da portaria 336/02 que determina o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como diretriz do novo modelo de assistência. A portaria não só define, mas ordena a direção que vai tomar a política, os CAPS são definidos de acordo com a complexidade de funcionamento (porte) e abrangência populacional dos municípios. Inicialmente aponta 5 variações/modalidades: CAPS I, CAPSII, CAPS III, CAPS AD, e CAPS i, os CAPS AD III são criados com a portaria 130/12.

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS é instituída pela Portaria 3088/11 e tem, como principal concepção, a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde “[...] para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ” (BRASIL, 2011). Cabe ainda lembrar que a RAPS tem, como objetivo geral:

I – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; I – promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III – garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011)

Dentre os dispositivos da política, que constam na RAPS (BRASIL, 2011), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os dispositivos estratégicos da política nacional de saúde mental, tomados como o principal instrumento de implementação da política no contexto da RAPS, e sua expansão é amplamente confirmada, como mostra o gráfico 1. Em 2001, quando a Lei 10.216 foi aprovada, existiam 295 CAPS no país, fruto da luta dos trabalhadores, movimentos sociais, usuários que diante das dificuldades de aprovação da Lei na esfera nacional, passaram se se organizar nos municípios e estados, conseguindo a aprovação de várias leis estaduais antes da aprovação da lei federal e, sem nenhum incentivo para abertura dos serviços. Em dezembro de 2015, existiam 2.328 CAPS funcionando no país (BRASIL, 2016) em suas várias modalidades, como podemos ver no gráfico 01 a seguir:

**Gráfico 01** - Série Histórica da Expansão dos CAPS

---

forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.



Fonte: BRASIL (2016).

O gráfico 1 não nos deixa dúvida alguma, os CAPS de fato estão sendo implantados ano após ano, o que expressa um grande avanço numa das principais pautas dos movimentos na luta antimanicomial e sanitária (O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial -MNLA, a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES): a abertura de serviços substitutivos. Após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, movimentos sociais, trabalhadores e governo entendem que a abertura de CAPS teria que ser priorizada procurando, assim, alavancar a outra pauta dos movimentos que é o fechamento dos leitos em hospital psiquiátrico (PITTA, 2011), dentro de uma perspectiva que para que os hospitais sejam fechados, é imprescindível, que existam serviços para o cuidado desses usuários, nesse sentido, são pautas complementares.

Por sua vez, o dado apresentado na série histórica do gráfico 01, agrupa todos os CAPS, a partir de uma única informação: a expansão dos CAPS no território nacional. Entretanto, percebemos a necessidade de nos aproximarmos desse real, em especial, porque a própria legislação aponta (Portaria 336/02): os CAPS se diferenciam entre si, em modalidades, ademais, carecemos entender como se distribuem pelo território nacional.

Inicialmente, a questão das modalidades nos coloca frente a uma discussão que vai além de saber que existem vários tipos de CAPS, nos deparamos com o debate sobre a abrangência e significado da política de saúde mental.

No Brasil as portarias ministeriais 336/02, e 130/12 instituíram as modalidades de CAPS de acordo com o porte, complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002; BRASIL, 2002b, BRASIL, 2013. Nesse sentido, torna-se necessário também traçar a discussão de crescimento de acordo com a modalidade do CAPS habilitado, visto que suas particularidades nos revelam uma realidade intrigante quanto à discussão sobre a expansão.

Os dados oficiais disponibilizados (Gráfico 1) nos mostram a expansão dos serviços CAPS no país. Nos últimos 17 anos, foram criados mais de 2.000 serviços, que é um quantitativo expressivo. Ainda, na busca de nos aproximarmos da realidade de

implementação da política de saúde mental na atualidade, analisamos os dados, enfocando as informações dessa expansão, a partir dos Tipos de CAPS (Tabela 01), visto que tabela apresentada a seguir (TABELA 01) nos mostra a expansão por tipo de CAPS implantada no país.

Tabela 01 - Série Histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por tipo (2006-2015)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	CAPS ADIII	TOTAL
2006	437	322	38	75	138	0	1.010
2007	526	346	39	84	160	0	1.155
2008	618	382	39	101	186	0	1.326
2009	686	400	46	112	223	0	1.467
2010	761	418	55	128	258	0	1.620
2011	822	431	63	149	272	5	1.742
2012	907	464	72	174	293	27	1.937
2013	978	471	78	187	301	47	2.062
2014	1.069	476	85	201	309	69	2.209
2015	1.135	488	92	210	315	88	2.328

Fonte: Brasil (2016).

Os dados revelam as contradições na implementação da política. De um lado, identificamos que esse crescimento não tem se dado de forma equitativa em todos os tipos de CAPS; de outro, identificamos que os CAPS que mais crescem não são os que apresentam maior capacidade para substituir o modelo manicomial.

Visualizemos as informações em linhas no gráfico a seguir (Gráfico 2). A imagem mostra claramente, que o aumento do número dos CAPS se concentra predominantemente nos serviços do tipo CAPS I – que são serviços destinados a municípios menores (acima de 20.000 habitantes).

Gráfico 02 - Série Histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo (2006-2015)



Fonte: Brasil (2016).

A análise dos dados nos mostra que essa é uma adequação desde o início da implementação da política, visto que 43,0% dos CAPS habilitados já em 2006 eram do tipo I, essa tendência tem se aprofundado, uma vez que 49,0% dos serviços habilitados até 2015 são CAPS do tipo I.

Uma apreciação histórica mostraria que a expansão não poderia ocorrer uniformemente, mas obedeceria às contradições construídas pela correlação de forças entre modelo manicomial e o movimento. Como a história assinala os grandes manicômios se concentraram nas grandes Metrópoles e Regiões Metropolitanas, assim, o confronto com o sistema manicomial exigiria estratégias na constituição da rede substitutiva efetiva (PITTA, 2011).

Por outro lado, do ponto de vista demográfico é preciso se considerar que num país com um território tão amplo e com grande diversidade cultural, geográfica e ocupacional, essas características, também devem ser consideradas no planejamento da política. De acordo com IBGE (2015) no Brasil existem 5.570 municípios e uma população de 204.5 milhões de habitantes, com taxa de crescimento de 0,83% (2014-2015). Os dados do Instituto mostram ainda que 56,0% da população reside em municípios com mais de 100 mil habitantes, sendo que boa parte desses moram em cidades com mais de 500 mil habitantes. Os municípios menores apresentaram crescimento negativo, apontando para a dificuldade de construir estratégias nas cidades menores que sejam atrativas à sua população. Por sua vez, mostra que, enquanto a região sul está diminuindo demograficamente, a região norte passa a apresentar crescimento maior que a média do país.

Não podemos desconsiderar esses dados, em especial porque os CAPS são implantados e classificados a partir de características populacionais, a Portaria da RAPS ressalta isso ao diminuir a exigência do critério populacional em algumas modalidades.

Na análise do gráfico 01 não restam dúvidas, há um redimensionamento no formato da política visto que, dos 2.328 CAPS abertos (BRASIL, 2016), 1.135 são do tipo I. Os CAPS do tipo I são serviços de menor porte e têm sido implantados em municípios menores, figuram muitas vezes como único dispositivo da política de saúde mental no território, o que tem um significado de grande avanço da política na concretização da política nos municípios de pequeno porte, visto que muitos só conseguem a habilitação através da modalidade “consórcio municipal”. Dessa forma, os CAPS têm o grande mérito de constituir o marco da política de saúde mental em municípios que nunca tiveram nenhum dispositivo e cuidados dos seus usuários com transtorno mental, álcool e outras drogas.

A discussão, portanto, é complexa. Do lado dos trabalhadores desses serviços, se percebem questionamentos diante da pluralidade de demandas (transtorno adulto/criança e adolescente/ AD) num único serviço (SILVA et al, 2013) que, contraditoriamente, é o serviço entre os CAPS, com menor quantidade de recursos, do outro lado, a grande maioria desses municípios nunca havia conhecido alguma assistência na área de saúde mental, tendo seus cidadãos com transtorno mental, em

sua grande parte, atendidos, através de internamento de longa permanência nos hospitais psiquiátricos localizados na metrópole mais próxima. Todavia, como mostram Silva, Dimenstein e Leite (2013), precisamos avançar na discussão sobre os CAPS do tipo I, pois que os mesmos, têm encontrado grandes dificuldades em impactar na dinâmica, na assistência e na produção de saúde mental desses municípios, visto que estamos falando de municípios com déficit de serviços sociais básicos, e que o IBGE (2015) apontou que boa parte desses municípios tem apresentado uma tendência de redução da população. Neste sentido, um CAPS isolado pouco pode contribuir na produção de saúde mental, já que o CAPS é um serviço numa política de saúde mais ampla, dentro de uma política social maior, para que a reabilitação psicossocial não se resume a um conceito.

Já os CAPS do tipo II, implantados em cidades com mais de 70.000 habitantes tiveram um período de “boom” em 2006, uma vez que, de todos os CAPS habilitados nesse ano 32% eram do tipo II, entretanto, em 2015, se registra uma queda para apenas 21,0% de CAPS habilitados do tipo II. Na verdade, a estagnação da abertura desse tipo de serviço também era esperada pelos pesquisadores e líderes dos movimentos sociais, dada as suas limitações de horários para trabalhar/ atender a crise em saúde mental. Esse modelo de CAPS induz à ideia de que o CAPS é parte do cuidado, mas não é cuidado integral (LUZIO; YAZUI, 2010) esse modelo permite que se faça uma reforma psiquiátrica preservando alguns hospitais, uma reforma psiquiátrica conservadora, na medida em que o hospital psiquiátrico, de alguma forma, faz parte da rede. No Primeiro Encontro da RAPS (2013) os trabalhadores apontaram em diversas mesas e debates a necessidade da transformação dos atuais CAPS II em CAPS III para se ter coerência com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Em outros termos, apreendemos que 75,0% dos Centros de Atenção psicossocial habilitados no país em 2006 eram do tipo I e II e, em 2015, o quadro não é muito distinto, porquanto 70,0% dos CAPS habilitados são do tipo I e II, portanto de serviço com pouco potencial para de fato substituir o hospital psiquiátrico no cuidado dos usuários, visto que a atenção à crise envolve uma complexidade de cuidado que esses serviços não comportam (DIAZ, 2013; SILVA, DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Os dados também vão mostrar, a partir de 2011, o redirecionamento da política para o segmento de álcool e outras drogas, visto que a questão do crack se constituiu no maior fato político no que tange à política de saúde mental nos últimos anos, sendo alvo de críticas, debates e inúmeras polêmicas. Buscando responder às diversas demandas e sujeitos, num complexo processo de correlação de forças, que extrapola os objetivos desse trabalho, o governo implanta novos dispositivos, buscando fortalecer a rede assistencial, ligadas à Política de Álcool e outras drogas<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Mais detalhes sobre a legislação e dispositivos assistenciais consultar a Portaria 1.190/09 que cria o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD); e o Plano Crack (Decreto nº 7179). Entre as medidas, percebe-se o estabelecimento de valores diferenciados para o financiamento dos CAPS Ad II e CAPS ADIII (Portaria 1.966/13), como mostraremos adiante.

É importante também, ao analisar o crescimento da rede substitutiva, discutir o indicador de cobertura. O Ministério criou em 2001 um quadro com parâmetro de cobertura do indicador CAPS /100 mil habitantes. De acordo com o Ministério da Saúde

[...] o indicador CAPS/100 mil foi criado para refletir a evolução da implantação da rede substitutiva de base comunitária ao longo do tempo e ser instrumento aos gestores para a avaliação e definição de prioridades na implantação da rede de atenção psicossocial. (BRASIL, 2015)

O indicador utiliza um cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS – os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes; os CAPSIII e ad III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS (II, ad e i), cobertura de 100 mil habitantes. De acordo com esse indicador (Quadro 01), a cobertura nacional é de 0,86 CAPS/100mil habitantes. Atualmente, as Regiões Sul (1,07) e Nordeste (1,00) apresentam os maiores índices de cobertura CAPS/100mil habitantes, sendo considerada uma cobertura “muito boa” e os menores índices de cobertura CAPS /100 mil habitantes ficam com as regiões Norte (0,61) e Centro-Oeste (0,66), como mostra o quadro a seguir (Quadro 01).

**Quadro 01** – Parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes.

Cobertura muito boa	(Acima de 0,70)
Cobertura boa	(Entre 0,50 e 0,69)
Cobertura regular/baixa	(Entre 0,35 a 0,49)
Cobertura baixa	(De 0,20 a 0,34)
Cobertura insuficiente/crítica	(Abaixo de 0,20)

Fonte: Ministério da Saúde (2010).

Uma análise que contemplasse apenas esse indicador mostraria que o Brasil conta, atualmente, com uma boa cobertura, mesmo nas regiões com menor número de serviços. É como se a política estivesse completamente consolidada e as diretrizes de universalidade e acesso amplamente garantidas. Ocorre que essa não é a realidade da política de saúde mental mesmo nas regiões com cobertura superior ao índice “muito bom”.

Entendemos que no início da implementação da Lei 10.216/01 a criação desse indicador fornecia elementos para garantir o planejamento inicial e acompanhamento por parte dos gestores, procurando direcionar a política, evitando a perpetuação das grandes disparidades, inclusive regionais, no que tange à implantação dos serviços. Com a redução de leitos, as experiências em curso, os CAPS e outros dispositivos, é imprescindível rever a construção do indicador. Ora, os indicadores foram criados para apontar uma realidade que não aparece por si só. Contudo, na atualidade, o indicador carece da dinâmica histórica, pois não nos fornece elementos para discutir e analisar a realidade. Por sua vez, é curioso que o Ministério institua critérios demográficos para classificar e para avaliar a implantação dos CAPS e não aprofunde a discussão sobre a diversidade demográfica do nosso país. Vejamos: se de fato os serviços são pensados a partir de um suposto viés territorial, temos um problema crucial, pois o indicador só dá

conta do quantitativo de habitantes de uma área geográfica que o CAPS deve ser referência. A partir do indicador, o território é um aglomerado de pessoas, todavia, sabemos que o que se tem chamado de território é algo muito mais dinâmico e complexo e que expressa o espaço que produz e reproduz processos de trabalho, de vida com toda a historicidade de sua constituição real, com todas as singularidades. Um critério único para todas as regiões do país, possivelmente, não contempla as diversidades demográficas mas, sobretudo, históricas que fazem uma população ser identificada como urbana, rural, litorânea, sertaneja, ou as relações entre emprego X desemprego X subemprego X informalidade num território, ou ainda a vivência da violência e os impactos na saúde mental e o acesso aos bens e serviços carregam uma historicidade que precisa ser pensada na construção da política. Ademais, as áreas com longo percurso manicomial precisam de estratégias que deem conta da complexidade em questão.

## **2 O avanço do conservadorismo na política de Saúde Mental – o novo ou o retorno do velho?**

As contradições expressas nos dados acima apontam para a dinâmica da política social no nosso país e avanço do conservadorismo, em que os avanços se fazem de forma tímida, especialmente, do ponto de vista orçamentário.

As mudanças no cenário político vão trazer contornos definitivos e marcantes para a política de saúde mental no Brasil. A escolha de Valencius Wurch Duarte Filho, um psiquiatra com história ligada ao modelo manicomial – marca o fim da estratégia sanitária de ocupação dos cargos na política de saúde mental. Chega ao fim também o transformismo implementado pelos governo do PT. Valencius, chegou a passar pouco mais de 6 meses como coordenador nacional da política. Grande parte desse período, teve sua sala, no Ministério ocupada por manifestantes (trabalhadores e usuários) dos Movimentos ( Movimento de Luta Antimanicomial MNLA e Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA).

Após a saída de Valencius, a Coordenação de Saúde Mental chegou a passar um período sem coordenador, em meio ao conturbado processo de impeachment de Dilma Rosset. Até que em 2017, Quirino Cordeiro assumiu a Coordenação de Saúde Mental no Governo De Michel Temer/PMDB, assumindo e aprofundando os traços conservadores da política de saúde mental. A Portaria 3,588/2017 reverte o modelo pautado na reforma psiquiátrica e privilegia leitos em hospitais psiquiátricos. A portaria também abre a possibilidade de financiamento das comunidades terapêuticas.

Por sua vez, recentemente, em agosto de 2018, o Ministério da Saúde reajusta as diárias pagas por leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos, inclusive, aquelas com mais de 90 dias de duração, através da portaria 2434/2018, indo na contramão do que vinha sendo construído desde 2001, apontando para as novas forças hegemônicas. Nesse processo ganha destaque o lançamento da Frente Parlamentar para Fortalecer as Ações da Nova política em Saúde Mental. E, o termo novo vai chamar atenção, em especial, por estar designando, a volta a velha política, ou seja, uma política bastante conservadora.

Na verdade, uma análise mais detalhada nos processos sócio-políticos brasileiros vai apontar que o conservadorismo faz parte da nossa dinâmica de desenvolvimento. No caso da política de saúde mental, o manicômio se estabelece entre o moderno e o conservador.

Mesmo recentemente, nos últimos anos, as discussões sobre os traços conservadores do rumo que vinha tomando a políticas vinha sendo apontados a nível nacional. No campo de Álcool e outras drogas, a RAPS representa um grande avanço na política de saúde mental, todavia, a coexistência numa Rede que tem como diretriz a reforma psiquiátrica, do hospital e das comunidades terapêuticas, mostra as dificuldades reais desse momento histórico. No Encontro da RAPS em 2013, quando foi questionado sobre as comunidades terapêuticas comporem a RAPS, e o então coordenador, Roberto Tycanori apontou que, embora elas fizessem parte, legalmente, na prática existiam barreiras burocráticas à entrada dessas organizações (RAPS, 2013).

Apreendemos assim, que diante da complexidade das questões, a saída, muitas vezes encontrada, ou já trilhada no modelo instituído, é a de transferir a luta política para esfera burocrática. O Estado acentuava o processo de burocratização, como se fosse apenas uma questão de normas e regras. Operou-se um modo de operacionalização dentro do que Gramsci chamou de transformismo (GRAMSCI, 2014). A luta se transferiu para esfera burocrática, saindo da cena política. Foi isso que assistimos na última década.

Nesse processo, converte-se, muitas vezes, os líderes e os trabalhadores mais aguerridos em membros da burocracia estatal, desestabilizando, em certa medida, a luta antimanicomial, que historicamente foi fundamental para que a política avançasse.

Essa problemática se expressou há poucos anos, por exemplo, nas dificuldades da luta antimanicomial de fazer uma oposição à forma como a questão das drogas se colocou no governo Dilma, em especial, ao fato das Comunidades Terapêuticas comporem explicitamente um dos dispositivos da política nacional de saúde mental - RAPS (2011). Por sua vez, a questão do crack passou a ser trabalhada na mídia de forma pejorativa, como se a droga foi autônoma ao sistema de reprodução social (ROMANINI; ROSO, 2012;). A questão das drogas é um desafio, todavia, vem sendo tomada, ora como um problema da substância “crack” incontrolável, e assim não existe sujeito, e ora se toma o sujeito como um “marginal” que necessita de medidas punitivas. A discussão do assunto vem sendo abordada de uma perspectiva irracionalista (LUKÁCS, 2010), que ora se utiliza dos argumentos irracionais, ora, do racionalismo exacerbado (COUTINHO, 2010).

Na última década, o Conservadorismo foi ocupando cada vez mais espaço na atual sociabilidade. Na saúde mental, desde as eleições de 2010, observamos a centralidade em torno da questão do Crack, em que o aumento do consumo foi trazido pela mídia e pelas entidades religiosas. A problemática do Crack se transformou num dos pontos conflitantes do debate político, com proposta bastante conservadoras. Assim novas

determinações tomam a cena política e trazem implicações para a política de saúde mental. Sob esse aspecto, lembramos que Gramsci, em carta à Tatiana, aponta novas determinações (como os conceitos de hegemonia e sociedade civil) no conceito de Estado:

Que, habitualmente, é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo, para moldar a massa popular segundo o tipo de produção e a economia de um dado momento), e não como um equilíbrio da sociedade política com a sociedade civil (ou hegemonia de um grupo social sobre toda a sociedade nacional, exercida através de organizações ditas como privadas, como a igreja, os sindicatos, as escolas, etc.) e, é especialmente na sociedade civil que operam os intelectuais[...] (GRAMSCI, 2005, p.84)

No cenário contemporâneo, o conservadorismo avança e o debate levantado por Gramsci acima, aponta a complexidade da dinâmica dos aparelhos privados de hegemonia na atualidade. Nesse sentido, a gestão que se estabelece pós-eleições (2018) apresenta um Congresso conservador e, nele, destaca-se a atuação da representação evangélica da sociedade, que passa a ser conhecida como bancada evangélica. Esse grupo também apresenta propostas para a problemática das drogas através das comunidades terapêuticas – propriedades, afastadas do perímetro urbano, com uma proposta moral e religiosa quanto ao tratamento dos usuários de drogas. Na verdade, a proposta das instituições religiosas quanto ao cuidado da saúde mental não é nova, as instituições religiosas discutem saídas para o tratamento da doença mental, inclusive quanto aos males do álcool e de outras drogas há vários anos. Todavia, na atualidade, observamos uma complexidade de questões que envolvem a discussão – reordenamento de forças políticas em torno do projeto conservador liberal, a começar pelo financiamento público, visto que a pressão exercida pela bancada evangélica se soma à estratégia de composição de forças à época do governo Dilma para incluir as comunidades terapêuticas na política de saúde pública, através da RAPS, mesmo que de forma pouco explícita, na maioria das vezes através de brechas para judicialização (DENADAI, 2015).

O tratamento de base moral e caráter religioso, fornecido por essas instituições implica, na maioria das vezes, na aceitação, por parte do paciente, da religião que está ofertando o cuidado. Eis que essa questão é bastante polêmica, as Comunidades Terapêuticas tentam se defender dizendo que as pessoas não são obrigadas a seguir o credo religioso, mas que a aceitação pode ser importante para o tratamento. A questão é que o Estado brasileiro é laico, portanto, o que tem sido questionado é o financiamento dele às Comunidades Terapêuticas, ademais, elas não são instituições de saúde e não se enquadram em regras e orientações sanitárias, ao mesmo tempo, figuram nebulosamente entre unidades de acolhimento da saúde e da assistência social.

Em Nota, o CFESS chama atenção para a violação aos princípios do SUS, e da própria política de saúde mental que prevê a redução de danos, não contemplada nas Comunidades Terapêuticas e cita ainda o Relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre a inspeção de 68 Comunidades Terapêuticas, para apontar a violação dos direitos das pessoas que têm sido atendidas por estas entidades, acrescentando que o

tipo de recurso utilizado para tratamento fere frontalmente a laicidade do Estado (CFESS, 2014).

Todas essas questões que já apontavam para a apropriação da política social pelo conservadorismo, torna-se ainda mais complexa com a publicação em 21/12/2017 da Portaria 3.588, que altera as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, sancionada por Quirino Cordeiro, então coordenador da Política. Entre as alterações na portaria estão, a volta ao incentivo dos leitos em Hospitais Psiquiátricos provados, com incentivo e atualização da tabela de diária e a inclusão de recursos direcionados às Comunidades Terapêuticas, explicitando a participação das mesmas na atual Política.

### **3 Considerações Finais**

Percebe-se, na atual conjuntura, traços do projeto conservador, fundamentados numa racionalidade que instrumentaliza e naturaliza as relações sociais, de modo que ela aparece ora travestida de “novo” modelo de desenvolvimento – no qual a financeirização da economia é combinada com as políticas sociais<sup>3</sup> sob uma mistura nebulosa de globalização neoliberal e cultura pós-moderna –, ora sob uma preocupação voltada a articular a política social com a ordem social vigente. A aliança com o PMDB, e posteriormente, o governo provisório do PMDB tem reforçado a tendência conservadora, apontando para a atual correlação de forças na sociedade.

Na trilha dessa discussão, o que percebemos na análise dos documentos é que a mudança da rede assistencial foi implementada desde 1989 através do fechamento de hospitais psiquiátricos e abertura de novos serviços, tidos como substitutivos do modelo manicomial. Atualmente, percebe-se que não existe indicativo haverá avanço na abertura dos serviços CAPS – que agora não são mais considerados serviços substitutivos. Todas essas questões, evidentemente, geram uma série de discussões sobre o rumo das modificações, nas quais se incluíam as dificuldades na implementação e as discussões sobre os riscos de desassistência às pessoas que necessitam de atenção em saúde mental.

No processo de operacionalização da política, destacamos a instrumentalização do direito como um traço do conservadorismo que já se manifestava. A discussão sobre a instrumentalização do direito implica refletir sobre a racionalidade burocrática e a negação do direito. As raízes conservadoras da sociedade brasileira tendem a reproduzir estratégias que tolhem ou abafam e negam as conquistas da classe trabalhadora. Percebe-se que há uma relação dialética e contraditória entre o velho e o novo, que traz implicações para a operacionalização da política.

---

<sup>3</sup> Sobre o assunto é interessante consultar o artigo de Grace Livingstone “Na America Latina, a direita procura inventar um discurso social”, publicado no “Le Monde Diplomatique Brasil” em Maio de 2014.

Por sua vez, é importante destacar a *aliança com o conservadorismo*, procurando mostrar a relação histórico dialética entre o novo e o velho que se faz presente nesse processo, em que em muitos momentos o novo é apenas uma nova forma do velho.

Por fim destacamos a importância da luta pela Reforma Psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine; BOSCHETT, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.216. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 2001.

BRASIL. Secretaria de Assistência a Saúde. **Portaria 189**, de 20 de março de 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336. Estabelecem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas modalidades e normatiza suas possíveis ações. **Diário oficial**, Brasília (DF), 19 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para o funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental**. Brasília, CDMS, 1990.

BRASIL. Casa Civil. Decreto 7179, de 20 de maio de 2010. **Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília (DF), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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)**. Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1966, de 10/09/2013. **Altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília (DF), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS/Sistema de Informações Hospitalares SIH. Dados trabalhados pela autora. Disponível: <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>. Acesso em: 15 mar. 2015.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 12, p. 613-636, out./dez., 2012.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O Estruturalismo e a miséria da razão**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

DIAZ, Alberto Rodolfo Manuel Giovanello. **Atenção à Crise em Saúde Mental: clínica, planejamento e gestão**. Campinas: UNICAMP, 2013.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

COGGIOLA, Osvaldo. Por que os sinos gregos tocam? **Blog da Boitempo**, São Paulo, 2015. Disponível em: <[https://blogdaboitempo.com.br/2015/08/11/por-quem-os-sinos-gregos-dobram/?iframe=true&theme\\_preview=true](https://blogdaboitempo.com.br/2015/08/11/por-quem-os-sinos-gregos-dobram/?iframe=true&theme_preview=true)>. Acesso em: 20 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas** / Conselho Federal de Psicologia. Brasília (DF), 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. CFESS reafirma posição contrária à regulamentação das comunidades terapêuticas. Brasília (DF), 5 dez. 2014. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1143>. Acesso em: 20 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: Contribuições do CFESS para o debate**. Brasília (DF), 28 nov. 2014. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere, volume 4 – Temas de Cultura, Ação Católica, Americanismo e Fordismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere, volume 5 – O Risorgimento. Notas sobre a História da Itália**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014a.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere, volume.1. Introdução ao Estudo da Filosofia; a filosofia de Benedetto Croce**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

GRAMSCI, Antonio. **Cartas do Cárcere**, volume. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

GUERRA, Iolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

LUKÁCS, György. **Marxismo e Teoria da literatura**. Seleção, apresentação e tradução: Carlos Nelson Coutinho. 2. ed. São Paulo, Expressão Popular, 2010.

LUZIO, Ana Cristina; YASUI, Sílvio. Além das portarias: desafios da Política de Saúde Mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar., 2010.

MANDEL, Ernest. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo, Nova Cultural, 1999.

MARX, Karl. **Grundrisse: Manuscritos econômicos de 1857-1858**: esboço da crítica da economia política. Tradução: Mário Duayer e Nélio Sheneider. São Paulo: Boitempo, 2011b.

MERHY, E. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007a.

ONOCKO CAMPOS, Rosana & SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, março 2011.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; BACCARI, Ivana Preto. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2051-2058, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4.579-4.589, dez. 2011.

RATTON, Helvécio. **Em nome da razão**. Documentário, 24 min., Brasil, 1979.

RODRIK, Dani. Depois do Neoliberalismo, o quê? *In*: CASTRO, Ana Célia (org.) **Desenvolvimento em debate**: Novos rumos do desenvolvimento do mundo. v. 1. Rio de Janeiro: Mauad; BNDES, 2002. P. 277-298,

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012.

SILVA, Victor Hugo Farias da; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder Ferreira. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental** [online]. 2013, v.10, n.19, p. 267-285.

---

**Tereza Cristina Ribeiro da COSTA**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (1997), tem mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2000) e doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2016). Atualmente é Professora Adjunto IV do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba e trabalha como assistente social do CAPS Espaço Livremente da Prefeitura da Cidade do Recife. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Saúde.

---