



8º Encontro Internacional de Política Social 15º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Questão social, violência e segurança pública:
desafios e perspectivas

Vitória (ES, Brasil), 16 a 19 de novembro de 2020

Eixo: Análise, Avaliação e Financiamento das Políticas Públicas.

A questão racial á luz da política de saúde mental brasileira: uma análise dos rebatimentos após golpe de Estado de 2016

Cristiane Medeiros dos Santos¹

Resumo: Neste artigo objetiva-se avaliar as contribuições da Política de Saúde Mental no Brasil, expressa por meio da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial no que concerne a abordagem da questão racial no decorrer do processo da luta antimanicomial no país. Além disso, objetiva compreender os desafios desta Política, mediante as alterações em suas normativas a partir de 2016 que evidenciam as desigualdades raciais e seus impactos. Metodologicamente, optou-se por estudo bibliográfico e documental. De forma geral, o trabalho nos permite reconhecer a importância da discussão sobre a relação da saúde mental e a discussão da questão racial e uma análise sobre os agravamentos após medidas do governo federal em relação à política de saúde mental no contexto atual

Palavras-chaves: Golpe; Política de Saúde Mental; Racismo

Abstract: This article aims to evaluate the contributions of the Mental Health Policy in Brazil, expressed through Law 10.216, of April 6, 2001, which provides for the protection and rights of people with mental disorders and redirects the care model in what concerns it concerns the approach of the racial issue during the process of the antimanicomial struggle in the country. In addition, it aims to understand the challenges of this Policy, through the changes in its regulations from 2016 that show racial inequalities and their impacts. Methodologically, a bibliographic and documentary study was chosen. In general, the work allows us to recognize the importance of the discussion on the relationship of mental health and the discussion of the racial issue and an analysis on the aggravations after measures of the federal government in relation to the mental health policy in the current context.

Keywords: Coup; Mental Health Policy; Racism.

INTRODUÇÃO

Na sociedade brasileira, brancos, negros – pretos e pardos – e indígenas ocupam espaços sociais diferentes, tendo assim, um grande reflexo nos indicadores sociais. A população negra brasileira ocupou historicamente as classes sociais mais pobres e de condições mais precárias na pirâmide social. Contra isso, os movimentos sociais negros reivindicaram políticas públicas inclusivas no decorrer do contexto histórico, na tentativa da redução das desigualdades sociais, visto que a população negra expressa o maior índice que experimenta as desigualdades, bem como, a discriminação racial. Compreende-se que estas desigualdades levam à miséria material, isolamento espacial e

¹Assistente Social. Mestranda do Programa de Estudos Pós Graduated em Política Social da Universidade Fluminense Federal. Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social pela Escola Nacional de Saúde Pública. Professora do Nezo Educacional Assessoria e Consultoria. Email: medeiros.seso@gmail.com.

social, e restrições à participação política. Este processo, denominado racismo, enraizou-se na cultura, no tecido social e nos comportamentos da sociedade brasileira (MUNANGA, 2006).

Para Werneck (2005), o racismo é um fenômeno ideológico, um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde, uma vez que, a opressão, agressão e violência são práticas que afetam a saúde mental da pessoa alvo. Portanto, o racismo tem relação direta com as condições de vida do indivíduo, levando em consideração as condições de trabalho, emprego, renda, moradia e de acesso à informação e aos bens e serviços.

Dessa forma, compreende-se que os determinantes sociais são componentes fundamentais quando se busca entender a situação de saúde de uma determinada população. O racismo no Brasil, enquanto uma construção sócio-histórica, traz consigo o preconceito e a discriminação racial, acarretando prejuízos à população negra nas diferentes fases do ciclo de vida, independente da camada social. De fato, a forma de conceber saúde parte do pressuposto de que o humano é um ser integral, interligado e complexo, e, portanto, o aspecto fisiológico/biológico não deve ser desconectado do contexto externo em que estão inseridos. Em se tratando de saúde mental, compreender os determinantes sociais se faz imprescindível, uma vez que a maioria das ocorrências de adoecimento mental está relacionada, com maior ou menor intensidade, à pobreza, à raça, ao gênero, ao desemprego e a violência urbana.

Ainda se faz necessário reconhecer que na formação social brasileira tem-se enraizado opressões e desigualdades, que permite uma discussão ampla sobre elementos que engrenam cada vez mais o racismo na política de saúde mental e que revela que a reforma psiquiátrica no Brasil enfrentam desafios importantes, bem como, com um grande compromisso na desconstrução do racismo, portanto, entende-se que a centralidade desse artigo deve perpassar a relação da saúde mental e a questão social, buscando compreender todas as relações sociais de gênero, raça/etnia e classe como estruturantes do processo.

Para um melhor entendimento sobre o processo de desconstrução de paradigmas nas relações sociais, percebe-se a importância da discussão sobre de que forma ocorreu a reorganização da assistência em saúde mental, que advinda da Reforma Psiquiátrica e com a instituição da Lei federal nº 10.216 publicada em 06 de abril de 2001, o

tratamento e o acompanhamento ao sofrimento mental passou a ser extra-hospitalar, de base comunitária e visando a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos sujeitos, principalmente no seio familiar.

Segundo Maciel (2012, p.75), a reforma psiquiátrica emergiu no intuito de questionar a instituição asilar e a prática médica, e humanizar a assistência, dando ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação. Dessa maneira, os leitos de internação nos hospitais psiquiátricos foram sendo gradualmente fechadas, e inúmeras estratégias foram surgindo com a finalidade de assistir esses indivíduos reinseridos no convívio social, junto com seus familiares e em seus contextos territoriais. Dentre essas estratégias estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que foram instituídos pela Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, para o tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em variados regimes de acompanhamento.

A partir da criação dessas estratégias, se faz necessário compreender o diálogo entre a política de saúde mental e a abordagem da questão racial nas inúmeras normativas no contexto histórico da política em questão, na tentativa de um desenvolvimento ampliado de ações que atendam aos princípios de tais políticas, uma vez que, os serviços de saúde precisam transpor os limites do modelo biomédico e envolver diferentes segmentos sociais, pois os diversos dispositivos comunitários configuram-se em fontes de apoio social e pode contribuir para melhorar a saúde mental, conseqüentemente a qualidade de vida da população.

No entanto, nos tempos que seguem, percebe-se que ocorre uma descontinuidade dos avanços desde a Constituição Federal Brasileira de 1988, após as medidas tomadas pelo governo de Michel Temer (2016-2018) com continuidade no Governo de Jair Bolsonaro (iniciado em 2019), reforçando uma clara ruptura democrática no país.

Metodologicamente optou-se por estudo bibliográfico e documental. Para o estudo bibliográfico, foi realizada revisão não sistemática, nos bancos de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, entre 2001 e 2019, a partir dos descritores “Política de saúde mental” e “Racismo”. Ao longo desta revisão, destacam-se as produções referentes ao ano de 2009, em que é aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que, como uma das estratégias de produção de saúde, é concebida como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e

tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde

Para o estudo documental, recorreram-se a matriz normativa da Política Nacional de Saúde Mental do Brasil, publicada até dezembro de 2013, tendo sido revisados os seguintes dispositivos legais: Portaria nº 224/92, que estabelece as diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental; Portaria nº 3.088/01, que 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 Lei n.º10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Diante desta proposta inicial, optou-se por estruturar o artigo em dois momentos. A primeira parte a abordagem estará voltada a acerca de que forma a violência e o racismo são práticas que afetam a saúde mental do sujeito, compreendendo o racismo estrutural no contexto brasileiro. No segundo momento, será abordada a mudança do paradigma da psiquiatria tradicional para a Reforma Psiquiátrica e de que forma a questão racial vem sendo discutida na política de saúde mental desde sua implantação em 2001 até as normativas atuais, inclusive com a discussão sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006, instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 2009 e foi inserida na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS). Enfatiza-se aqui o reconhecimento, desde então, pelo Ministério da Saúde, da existência do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional no âmbito do SUS (Brasil, 2013; 2016). Para tal abordagem, recorrem-se as alterações de normativas e resoluções que impactam nos princípios e diretrizes da Política de Saúde Mental a partir do governo de Michel Temer (2016-2018), com continuidade no Governo de Jair Bolsonaro (a partir de 2019).

DESENVOLVIMENTO

Historicamente, a vinculação entre questão racial e o transtorno mental no final do século XIX no Brasil levou os psiquiatras a construir relações entre o transtorno mental e as “raças” que eram consideradas inferiores. Eram “feitas associações entre características étnico-raciais e tipos de caráter, atribuindo-se certas formas de doença mental como típicas de determinadas etnias-raças” (SANTOS; SCHUCMAN;

MARTINS, 2012, p.169). Prevalencia a idéia de que negros e mestiços estavam destinados à loucura, pois era povos degenerados por definição, argumento que justificou e legitimou a instituição de dispositivos de controle social (Engel, 1999).

Em relação ao processo da reforma psiquiátrica no Brasil, no que tange a democratização nos anos 1980, importante salientar que houve também as ações integradas de saúde. Vasconcelos (2000) aponta que a Saúde Mental entrou numa nova conjuntura, em níveis municipais, estaduais e federais no Brasil, mobilizada pela I Conferência Nacional de Saúde em 1986. Levando em consideração que o ano de 1987 foi de grande importância para Reforma Psiquiátrica Brasileira, pela realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro (BRASIL, 2005). Nessa Conferência surge o Movimento de Luta Antimanicomial que se articula sobre o lema “Por uma sociedade sem manicômios” que buscava romper com o aprisionamento da loucura, da exclusão familiar e da comunidade.

É de extrema importância sinalizarmos que o “lema da luta antimanicomial” não traz consigo uma mera reforma assistencial em saúde mental, ele expressa em sua natureza um projeto societário de transformação. A luta “por uma sociedade sem manicômios” coloca-se contrária às desigualdades de classe, gênero, raça/etnia e a favor da superação da propriedade privada. (PASSOS, 2017, p. 83).

Neste cenário, o movimento se articula ao movimento sanitarista sob a perspectiva de desmercantilização da saúde no país e, em sua constituição como direito social universal. Portanto, o movimento de Reforma Psiquiátrica reafirma que a construção de uma sociedade democrática passa pela constituição de sujeitos livres e iguais perante a lei, ou seja, a desinstitucionalização significa o resgate da cidadania e da possibilidade de vivência democrática para pessoas com transtornos mentais, através do seu protagonismo no acompanhamento e na convivência com a comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde,

[...] a Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios de imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo de Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.6).

A partir de meados de 1980 a concepção de desinstitucionalização começa a ganhar força, uma vez que, se faz necessário salientar que durante a década de 1980 o país vivencia um momento de redemocratização com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que instaura o tripé da seguridade social, determinando assim, a saúde enquanto política pública em caráter universal e dever do Estado. Com a criação do Sistema Único de Saúde, a saúde mental rompe com a psiquiatria clássica buscando a reabilitação da pessoa com transtorno mental.

Portanto, com a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990 através da Lei 8.080, as políticas de saúde passam a ser articuladas entre todas as esferas e o acesso às políticas de saúde passa a ser universal, integral, equitativo e com igualdade para todos os cidadãos.

Em 2001, foi finalmente sancionada no Congresso Federal, a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216), com algumas alterações em relação ao projeto de lei original. Segundo a Lei 10.216, é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental e promover ações de saúde as pessoas com transtorno mental, com a devida participação da sociedade e da família.

Assim, a lei 10.216 de 2001 garante aos usuários dos serviços de saúde mental e, bem como, aos que sofrem por transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência, a integralidade e a valorização dos serviços mais próximos do convívio social dos usuários e familiares. No que se refere ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, as políticas públicas direcionadas a saúde visam atenção integral aos usuários, ou seja, com oferta de serviços diferenciados, articulando promoção, prevenção, e restauração através de serviços de base comunitária e hospitalares.

Dessa lei, origina-se a Política Nacional de Saúde Mental que, segundo o Ministério da Saúde (2005), visa garantir o cuidado a pessoa com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos superando a lógica das internações de longa permanência que tratam isola o usuário do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

A assistência em saúde mental no Brasil, após a Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, passou a ser pensada através da noção da rede ampliada territorial de cuidado, em que é composta pelos serviços no território que o usuário pertence. São os hospitais psiquiátricos e todos os serviços extra-hospitalares,

tais como: CAPS, NAPS, Residências Terapêuticas, Consultórios de rua, Serviços de tratamento psiquiátrico ambulatorial, etc. Além desses serviços, compreendem-se por rede ampliada: os hospitais gerais, a Estratégia da Saúde da Família, as Unidades Básicas de saúde, etc.

Assim, se faz necessário compreender sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em novembro de 2006 pelo o Conselho Nacional de Saúde, reconhecendo as desigualdades raciais como fatores que interferem no processo saúde, doença, cuidado e morte, bem como a necessidade de programar políticas que reduzissem as iniquidades. Entretanto, a PNSIPN só foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 2008 e o Ministério da Saúde só publicou em maio de 2009 a Portaria reconhecendo que o racismo existente na sociedade brasileira impacta a saúde, a redução das desigualdades sociais, considerando como causas determinantes e condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros, podem estar associados ao racismo e a discriminação social” (BRASIL, 2009).

De fato, compreende-se que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, ao reconhecer o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população, elenca no desenho da política alguns objetivos específicos, como por exemplo, o desenvolvimento de ações para redução dos indicadores em relação à morbimortalidade materna e infantil, doença falciforme, hipertensão arterial, diabetes mellitus, HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, cânceres de colo uterino e de mama, miomas, transtornos mentais na população negra, além disso, garantir o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

Conforme Telles (2004),

A questão racial no Brasil foi colocada no centro da agenda das políticas sociais. Como resultado, tem crescido vertiginosamente o interesse do público pelo assunto. Pela primeira vez na história brasileira, políticas sociais começam a promover explicitamente a integração de negros e mulatos. Tais políticas não buscam simplesmente eliminar ou aliviar a pobreza material, mas também se propõem a eliminar ou reduzir as discriminações por classe, raça, gênero ou de outros tipos que impeçam o acesso aos cidadãos a justiça social (TELLES, 2004, p.13)

Note-se, contudo, que a saúde mental da população negra é contemplada no capítulo terceiro da política acima mencionada, quando se define como “estratégias de

gestão”: (a) o “fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social” (BRASIL, 2013, p. 28), e (b) o “fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2013, p. 28). Ou seja, o Ministério da Saúde reconhece a discriminação racial afeta à saúde mental dessa população, assim, a equidade é concebida por meio de práticas e ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos; a autonomia é referente à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias.

Conforme Telles (2003),

Hoje em dia, o racismo é amplamente reconhecido, o movimento negro passou a ser reconhecido como legítimo defensor dos direitos humanos e pesquisadores das relações raciais tornam-se parte importante da academia brasileira. Isso representa uma reviravolta histórica para o Brasil. Por outro lado, a mistura racial continua a ser valorizada como forma exclusiva e positiva da cultura brasileira, mas a discriminação racial permanece.
(TELLES, 2003, p. 158)

Sendo assim, se faz necessário compreender de que forma a política de saúde mental brasileira vem dialogando e contribuindo com a questão racial a partir da perspectiva da efetivação das diretrizes e princípios postos no desenho da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma vez que, fica clara a possibilidade de diálogo entre a promoção da saúde e a saúde mental, quanto à necessidade da autonomia da pessoa negra com transtorno mental, bem como, as possibilidades, o envolvimento do usuário e o familiar participando como protagonista na produção do seu cuidado; enfim, da retomada do lugar social desse usuário, num franco movimento de luta contra a exclusão.

Desse modo, compreende-se que a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente da integralidade e da universalidade, passa a se reconhecer os direitos dos usuários, afirmando que a produção da saúde passa a ser pensada a partir de uma perspectiva ampla, considerando todos os processos que a determinam, corroborando a concepção da determinação social do processo saúde-

doença, na qual ele é entendido como resultado de fatores relacionados às formas de viver e trabalhar dos indivíduos, dos quais advêm potenciais de fortalecimento e desgaste da saúde (MORAES, 2006; QUEIROZ; SALUM, 1996).

No entanto, nos últimos anos no Brasil, as diretrizes tratadas até o momento nesse trabalho, foram modificadas por um conjunto de resoluções nos governos. As condições indignas de vida da população negra persistem, evidenciando o racismo silencioso e não declarado. Assim, segundo a Pnad (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) Contínua feita pelo IBGE, a proporção de brasileiros que se declaram pretos que, com os pardos, foi a única que cresceu em todas as regiões do país entre 2015 e 2018. Em pontos percentuais, o maior avanço ocorreu no Centro-Oeste, indo de 6,4% da população em 2015 para 9,2% em 2018. Portanto, se faz necessário a problematização da desumanização da população negra na política de saúde mental. De acordo Brandão (2007), Podemos concluir que a autodeclaração da afro-descendência não parece se prestar como parâmetro de inclusão em políticas de ação afirmativa (seja no campo da Educação Superior ou mesmo no campo das demais políticas sociais).

Assim, se faz necessário dar destaque para alguns elementos, como por exemplo, a recriação dos hospitais psiquiátricos no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a inclusão da Eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento de usuários em determinadas situações, bem como, a possibilidade de internação de crianças e adolescentes em enfermarias psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos e ampliação dos serviços residências terapêuticas (SRTs), tais propostas estão relacionadas principalmente no que tange ao marco temporal dos anos 2016 até os dias atuais, em que medidas têm sido tomadas pelos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro, em direção à desconstrução dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, atingindo acentuadamente a luta antimanicomial. Mais amplamente, tais medidas, construídas por meio de normativas e resoluções, indicam a desconstrução das políticas sociais públicas, com destaque para o questionamento de seu papel. Segundo Delgado (2019, p 1),

Com todas as marchas e contramarchas de um processo complexo, que envolve gestão pública, mobilização social e mudança cultural, a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso, desde a década de 1980. É a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás.

Esse processo de desmonte inicia com a Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016, que institui Novo Regime Fiscal, determinando que, em 2017, as despesas primárias teriam como limite a despesa executada em 2016, corrigida em 7,2%. Tendo em vista, que os efeitos de uma política de austeridade tendo a permanecer nos dias atuais e que deixa um rastro de retrocessos no cenário público.

Segundo Delgado (2019), os resultados da agenda neoliberal imediatamente impactam a saúde pública e indicadores de bem-estar e qualidade de vida: o desemprego no início de 2016 era cerca de 5,5%, e atingiu 12,5% no primeiro trimestre do governo de Jair Bolsonaro.

Mediante isso, compreende-se que vale reforçar que muitos fatores de risco estão ligados ao impacto corrosivo, principalmente no que tange as condições de vida e a desigualdade social postas pela lógica governamental e que automaticamente, possuem uma vasta relação com o aumento dos transtornos mentais da população brasileira.

Desse modo, compreende-se que a PNSIPN se insere no âmbito da redução às iniquidades na saúde, quando articulada no interior do SUS, busca reduzir as desigualdades raciais, por meio da inclusão dos grupos socialmente vulneráveis, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população. No entanto, diante das premissas neoliberais, da patologização da vida e da mercantilização da saúde, faz-se complexa a realidade que se alastra, com o redirecionamento de recursos dos CAPS para o modelo focado na internação, com o desmonte do SUS, com a insuficiência de qualificação dos profissionais de vários âmbitos para lidar com essa demanda, com a desresponsabilização do Estado, além dos processos de precarização das relações de trabalho, dentre outros.

Conforme Passos (2017),

O eugenismo, o higienismo e o racismo contribuem fortemente para que essas ações públicas, executadas por um governo direitista, produzam a eliminação da população pobre e negra. A partir do relatório da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack de 2014, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, localizou-se que a maioria das mulheres que fazem uso prejudicial de crack não são brancas e representam 78,56% das identificadas, tendo entre 18 a 24 anos de idade. Além disso, 51,61% delas informaram que 30 dias antes da entrevista se encontravam em situação de rua. (PASSOS, 2017, p.12)

Em 2019, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas lançaram a NOTA TÉCNICA Nº 11 – com “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”. Estas mudanças retomam a defesa de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e que o SUS deverá financiar as comunidades terapêuticas como dispositivo da atenção psicossocial, atingindo princípios básicos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Por efeito, para uma melhor análise da política não pode desconsiderar os acontecimentos de grande relevância que tem cercado a esfera da Saúde Mental, desde as últimas eleições presidenciais no Brasil. Considerando a queda nos investimentos para atuação pautada no viés terapêutico e o discurso banalizador da vida, do direito a existência e a identidade, conduz a realidade ao desmonte da Política de Saúde Mental, dificultando a construção do trabalho na perspectiva da integralidade² da atenção à saúde.

Existem estas outras medidas, estas que merecem destaque por serem atuais. A este conjunto de ações somam-se as alterações nas regras para o financiamento da Atenção Primária em Saúde no Brasil, por meio do “Programa Previne Brasil”, publicadas pela Portaria Nº 2.979, de 12 de Novembro de 2019 no Diário Oficial da União de 13/11/2019. Em 2020, as cidades brasileiras passam a receber as verbas referentes à população cadastrada em suas unidades básicas de saúde. A questão central é o tempo exíguo para o cadastramento da população, que não possibilita alcançar a sua totalidade e o condiciona à redução do financiamento, já previsto em 290 milhões a menos para os municípios em 2020.

Para além destas investidas, o Ministro da Saúde tem se posicionado enfaticamente contra o financiamento público da saúde e a universalização do sistema, avançando na construção de propostas direcionadas a um novo sistema de saúde que, reduz o papel do Estado ao comprador de serviços privados.

² A ‘integralidade’ como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade” (PINHEIRO, 2009).

Portanto, nesse caminho, entende-se que não é possível falar da reforma psiquiátrica sem questionar os determinantes sociais, pois são elementos importantes que dão direcionamento ao atendimento a população negra nos serviços de saúde mental. Barreto (2003) nos ensina que a prática médica dominante persiste na busca exclusiva da doença visível nos marcos da Biologia do indivíduo, desconsiderando as condições sociais e as relações de dominação. Conforme Passos (2017),

Se a população negra está, majoritariamente, nesse lugar de subalternidade, que é socialmente construído, interessa-nos chamar atenção sobre a população negra em sofrimento psíquico, pois, considerando todo o processo de estigma e preconceito que há construído em relação aos/às usuários/as da saúde mental e também à população negra, a inter-relação entre estes dois elementos, sem dúvida, nos leva a nos preocupar com a qualidade do cuidado oferecido aos/às negros/as no âmbito da saúde mental (PASSOS, 2017, p.15)

Desse modo, compreende-se que o racismo faz parte da sociabilidade brasileira, por isso torna-se extremamente importante tornar evidentes as desigualdades sociais em conjunto com as opressões que estruturam a nossa sociedade a fim de buscarmos a sua superação e transformação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões aqui apresentadas não são propostas a título de divagações teóricas, mas se constituem enquanto elementos necessários para serem tratado afincos a partir não apenas no interior dos dispositivos onde estão inseridos os profissionais e a população usuária. Portanto, se faz necessário uma análise crítica e permanente sobre a política de saúde mental e sua articulação com os princípios do SUS e do projeto da Reforma Psiquiátrica, uma vez que, a proposta está relacionada ao acesso universal aos serviços substitutivos, assim como, a integralidade e a territorialidade, que inclusive são os temas prioritários da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, buscando promover o desenvolvimento sustentável e equânime por meio de uma oferta de serviços através da rede de atenção psicossocial em cada território.

Desta análise do diálogo entre as políticas no atual cenário nacional, percebe-se o agravamento a partir do amplo movimento de devastação que atravessa a lógica neoliberal, visto que, o transtorno mental perpassa o modelo biológico, mediante isso, reforça-se a idéia de que “trancar não é tratar”. Por isso, a discussão vem sob a égide de tal afirmação que se faz necessária dimensionar o contexto político vigente e seu impacto na vida da pessoa em situação de sofrimento psíquico, criando estratégias para

a desinstitucionalização, a superação do estigma e para a despatologização da vida. Assim, a centralidade do modelo defendido pelo atual governo retorna à hospitalização em âmbito psiquiátrico, fator este que vai à contramão do acúmulo de conhecimento em pesquisas, debates, leis e ações desde a década de 1970. É a retomada do senso comum aniquilando anos de dedicação em pesquisas junto a usuários, em nome de uma política engessada, reducionista, elitizada e higienista.

REFERÊNCIAS

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

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma Psiquiátrica**: estratégias para resistir ao desmonte. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro. 2019. Acesso: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020241.pdf>

ENGEL, M. G. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 5, n. 3, p. 547-563, 1999.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000100001>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. “*Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*”. In: **Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Lei 10.216/2001. **Decreto de lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Poder executivo. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Textos Básicos. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica 11/2019. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas**. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília.2003

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: MS; 2007

Breve Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente. In: VASCONCELOS, E. M. (org) *et al.* **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 4ª Edição. São Paulo: Cortez, 2008 a. p. 19-34.

_____. **Lei 10.216/2001**. Decreto de lei nº10.216, de 06 de abril de 2001. Poder executivo. Brasília: 2001.

MACIEL, Silvana Carneiro. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 8, pp. 73-82, 2012.

MACHADO, G. S. Reforma Psiquiátrica e Serviço Social: o trabalho dos Assistentes Sociais nas equipes dos CAPS. In: VASCONCELOS, E. M. (org) *et al.* **“Abordagens psicossociais, Volume III: perspectivas para o Serviço Social.”** São Paulo: Hucitec, 2009. p.32-115

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. Coleção Ensaio Transversais. São Paulo: Escrituras, 2001.

MORAES, D. R. **Revisitando as concepções de integralidade**. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 9, n. 1, 2006

MUNANGA, K. **Ata da 17ª reunião especial da Assembléia Legislativa de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: . Acesso em dez. 2013.

OLIVEIRA, I. M.; DUARTE, M. J. O.; PITTA, A. M. F. **Racismo, sofrimento e saúde mental: um debate necessário**. In: OLIVEIRA, W.; PITTA, A.; AMARANTE, P. Direitos Humanos & Saúde Mental. São Paulo: Hucitec, 2017

PASSOS, R. G. **“De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de Saúde Mental brasileira**. Revista O Social em Questão, Rio de Janeiro, n. 38, mai.-ago./2017b

SANTOS, A. O.; SCHUCMAN, L. V.; MARTINS, H. V. (2012). **Breve histórico do pensamento psicológico brasileiro sobre relações étnico-raciais**. Psicologia: Ciência e Profissão, 32(esp.), 166-175. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500012>

SILVA, M. L. (2005). **Racismo e os efeitos na saúde mental**. In: L. E. BATISTA, S. KALCKMANN (Orgs.), Seminário saúde da população negra do Estado de São Paulo 2004 (pp. 129-132). São Paulo, SP: Instituto de Saúde.

TELLES. Edward. **O significado da Raça na Sociedade Brasileira**. Tradução para o português de Race in Another America: The Significance of skin color in Brazil. 2004. Princeton e Oxford: Princeton University Press.

TELLES, Edward. **Repensando as relações de raça no Brasil. Teoria & Pesquisa**: revista de ciência política: revista de ciência política, nº 42-43, UFSC, Florianópolis, 2003.

QUEIROZ, V. M.; SALUM, M. J. L. **Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva face à vigilância à saúde.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1996, São Paulo. Anais... São Paulo: ABEn-Seção SP, 1996. p. 347.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (org) *et al.* Breve Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008a. p. 19-34

WERNECK, J. **Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento:** as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. Fundação Nacional De Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. p.315-386.