



**5º Encontro Internacional de Política Social**  
**12º Encontro Nacional de Política Social**  
Tema: "Restauração conservadora e novas resistências"  
Vitória (ES, Brasil), 5 a 8 de junho de 2017

Mesa Coordenada: Política de drogas e avanço conservador: proibicionismo x antiproibicionismo

**A centralidade do Plano Crack é Possível Vencer na política de saúde mental brasileira**

**Edineia Figueira dos Anjos Oliveira<sup>1</sup>**

**Resumo:** O objetivo do artigo é evidenciar a centralidade do Plano Crack é possível vencer na política de saúde mental, após a suposta "epidemia do crack", que se tornou prioridade na agenda pública do Executivo Federal a partir de 2009. Para o alcance do objetivo realizamos pesquisa documental utilizando Plano Nacional de Saúde; Relatório Nacional de Saúde no período de 2008 a 2015, buscando identificar quais ações foram planejadas e executadas. Constatou-se que até 2011 não havia nos documentos de gestão registro de ação programada para o enfrentamento às drogas. Com o aumento do consumo de crack e a visibilidade dada pela mídia, o tema vai tomando relevância no cenário político nacional e na gestão da política de saúde mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização.

**Abstract:** The objective of the article is to highlight the centrality of the Crack Plan, it is possible to overcome in the mental health policy, after the supposed "crack epidemic", which became a priority in the public agenda of the Federal Executive from 2009. In order to reach the objective we performed Documentary research using National Health Plan; National Health Report from 2008 to 2015, seeking to identify which actions were planned and executed. It is noted that up to 2011 there was no record of action planned against drug use in the management documents. With the increase in crack consumption and the visibility given by the media, the issue is becoming more relevant in the national political scene and in the management of mental health policy.

**Keywords:** Mental Health; Psychiatric Reform; Deinstitutionalization.

## 1. Introdução

A análise do financiamento da política de saúde mental impõe para nós a necessidade de evidenciar a relação intrínseca entre os instrumentos de gestão e a inscrição do financiamento da política de saúde mental no orçamento da saúde<sup>2</sup>. Nesse trabalho apresentaremos um recorte de nossa pesquisa sobre "gastos em saúde mental"<sup>3</sup>. O objetivo do artigo é evidenciar a centralidade do Plano Crack é possível vencer na política de saúde mental, após a suposta "epidemia do crack", que se tornou prioridade na agenda pública do Executivo Federal a partir de 2009. Para o alcance do objetivo realizamos pesquisa documental utilizando: Plano Nacional de Saúde, buscando identificar quais ações de saúde mental foram incorporadas no mesmo;

<sup>1</sup> Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Política Social na Universidade Federal do Espírito Santo. Participa do Grupo de Pesquisa FENIX, debatendo a política de saúde, saúde mental e financiamento da política de saúde mental, com produções na área. E-mail: <eoliveiranjos@yahoo.com.br>.

<sup>2</sup> A Lei 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de saúde, institui os Planos e Relatório de Gestão da Saúde como instrumento básico do planejamento e orçamento do SUS.

<sup>3</sup> Esse trabalho é parte do debate sobre os gastos em saúde mental, objeto de nossa tese de doutorado desenvolvida no programa de pós-graduação em Política social/UFES, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Garcia. Essa pesquisa conta com o financiamento da FAPES.

Relatório Nacional de Saúde, buscando identificar se as ações planejadas foram alcançadas. O recorte temporal foi o período de 2008 a 2015, considerando a prioridade do Plano Crack é Possível Vencer na agenda do Governo Federal, demarcada no ano de 2009.

A análise dos Planos Nacional de Saúde 2008-2015 e os respectivos Relatórios de Gestão da Saúde no período foram norteados por duas questões: Quais ações da Política de Saúde Mental foram planejadas e implementadas? Qual o direcionamento dos gastos para essas ações à luz dos princípios da reforma psiquiátrica? Essa análise parte do pressuposto que os gastos efetuados devem se inserir no plano e o relatório de gestão da saúde, considerando que os mesmos são instrumento de planejamento da gestão.

## 2. Analisando o Plano de Gestão da Saúde 2008-2011

O Plano Nacional de Saúde 2008-2011 define como diretriz para a saúde mental ampliar as ações e serviços de base comunitária e territorial. Aqui se impõe uma reflexão. Essa diretriz demanda do MS, dos estados e dos municípios uma programação de ações de saúde mental que considere uma distribuição territorial de serviços. No entanto, as estratégias de territorialização da reforma psiquiátrica não podem ser pensadas nos moldes da territorialização aplicada nas várias linhas de cuidado do SUS. Isso porque o SUS opera uma distribuição territorial baseada em otimização dos aparatos tecnológicos, de profissionais especializados, etc. No caso da saúde mental, para garantir a desinstitucionalização, é necessário conformar uma rede de cuidados complexa. Mas, sua complexidade encontra-se na capacidade de desenvolver um conjunto de ações e recursos voltados para a produção de autonomia, de relações de cuidado na perspectiva da integralidade e isso é produto das relações locais, construídas por profissionais, usuários e gestores. Significa dizer que a noção de complexidade da saúde mental não está pautada em tecnologias duras, mas com tecnologias relacionais que estão no modo de inventar uma nova forma de fazer saúde, nas experiências, atitudes, compromissos, responsabilização pelo cuidado, etc, apesar de também depender de tecnologias pesadas<sup>4</sup> (MERHY, 1997).

---

<sup>4</sup> A dificuldade de pensar a rede de cuidado da saúde mental diferente das demais redes de cuidado do SUS, levou gestores e profissionais de saúde da macrorregião norte de saúde do estado do Espírito Santo a deixar a Rede de atenção Psicossocial de fora do projeto piloto que está sendo desenvolvido no estado, nessa região de saúde (macro norte), para discussão e implementação das redes de saúde previstas no decreto 7.508. Para o desenho das redes assistenciais de saúde, tal como define o decreto, iniciou-se em 2016 no espaço da Comissão Intergestora Regional da macrorregião norte do estado do Espírito Santo a pactuação das redes assistências, sendo elas: rede cegonha; rede de atenção às urgências e emergências; rede de atenção psicossocial; rede de cuidados à pessoa com deficiência; e, rede de atenção às pessoas com doenças crônicas. Entretanto, por falta de consenso de gestores e

O plano define a saúde mental como uma área da saúde que exige uma política pública necessariamente intersetorial, com uma rede de cuidados de base comunitária, densa, diversificada, efetiva. A articulação intersetorial envolve a área da educação, assistência social, justiça, cultura, saúde, abrindo possibilidades para construção de ações mais decisivas para a saúde mental, tais como, inserir as lutas da saúde mental no conjunto da luta popular, ou seja, na luta por melhores condições de vida, trabalho, esporte e lazer, moradia, transporte, segurança, ou seja, políticas sociais que atendam as necessidades de vida do sujeito (VASCONCELOS, 2010).

Entretanto, a ação descrita no plano se resume a ampliar o número de CAPS, estabelecendo como meta passar de 1.411 CAPS (2007) para 1.841 em 2011. Observa-se na definição dessa ação, a centralidade do CAPS enquanto dispositivo assistencial da rede, mas compreendemos que a ação deveria considerar todos os elementos de rede, bem como apontar articulações intersetoriais para responder as complexas demandas da saúde mental.

---

técnicos quanto à implementação da Rede Assistencial de Saúde Mental e a capacidade de respostas desses serviços no território, o projeto piloto seguiu com a discussão sem inclusão da saúde mental.

### Quadro 01- Ações previstas no plano 2008-2011 e Ações realizadas nos Relatórios de Gestão 2008-2011

#### Diretriz 4 - Ampliação de ações e serviços de base comunitária e territorial

Ações Planejadas	Ações realizadas em 2008	Ações realizadas em 2009	Ações realizadas em 2010	Ações realizadas em 2011
Ampliar o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Participação da CNSM no II Fórum Internacional de Saúde Coletiva, SM e Direitos Humanos	Campanha do MS do Dia Mundial de Saúde Mental	Define Ação Orçamentária– Implementação de Políticas de Atenção à SM	Garante Ação Orçamentária– implementação de Políticas de Atenção à SM
			Qualificação da rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas com uma série de ações	Qualificação da rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas com uma série de ações
			Aumento da cobertura de CAPS Com o cadastramento de 153 novos CAPS (66% de cobertura)	Aumento da cobertura de CAPS com o cadastramento de 122 novos CAPS (72% de cobertura)
			Realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental– Intersetorial (IV CNSM)	Implantação de Consultório na Rua
			Avanço das ações de saúde mental na atenção básica em pequenos Municípios com a criação dos NASF 3	Avanço das ações de saúde mental na atenção básica em pequenos Municípios com a criação dos NASF 3
			Expansão dos serviços e Programas como os SRT e PVC	Cadastrados 60 novos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e 326 novos beneficiários do PVC
			Edital para financiamento de projetos de qualificação dos serviços e da rede e Edital de chamada para Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS	Edital para financiamento de projetos de qualificação dos serviços e da rede. Edital para Supervisão Clínico- Institucional dos CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas
			-	Ações de Formação Permanentes (cursos de qualificação)
			Redução de Leitos - 1.866 leitos reduzidos em 2010	Redução de Leitos – 451 leitos reduzidos em 2011

Fonte: Elaboração própria

Quanto aos Relatórios de Gestão da Saúde, a única ação descrita em 2008 é a participação da Coordenação da Saúde Mental no II Fórum Internacional de Saúde Coletiva, Saúde Mental e Direitos Humanos, realizada no Rio de Janeiro. O Relatório de 2009 descreve a campanha realizada pelo Ministério da Saúde do Dia Mundial de Saúde Mental. Ou seja, em 2008 e 2009 as ações da saúde mental não tem expressão nos registros do Relatório de Gestão da Saúde.

Entretanto, no período 2008 e 2009, segundo o Professor Pedro Gabriel Delgado a agenda da Reforma Psiquiátrica foi tocada em meio a uma guerra instaurada entre o Executivo e o Legislativo sobre a questão das drogas, tendo o Crack como alvo do debate, ou seja, os anos de 2008 e 2009 foram anos de tensão entre o Executivo e Legislativo. Organizou-se no Congresso Nacional, em nome do combate ao Crack, uma Frente Parlamentar Anti crack, que chegou a ter mais de 200 parlamentares. Embora liderada por partidos do campo conservador, era constituída por parlamentares de praticamente todos os partidos políticos. Os parlamentares que mais se destacaram na liderança da Frente Parlamentar Anti crack foi um senador do estado do Espírito Santo e um deputado de Alagoas, ambos dirigentes de Comunidades Terapêuticas. O tema Crack dominou a agenda do governo e do legislativo entre 2008 e 2010, fazendo parte da agenda política das eleições de 2010. O governo se viu pressionado a lançar o Plano Crack no final de 2010, abrindo mercado para a oferta de serviços das comunidades terapêuticas. Na avaliação de Delgado, o Crack foi um tema de disputa das eleições presidenciais de 2010, que levou o governo a equilibrar o jogo político com o candidato da oposição ao abrir para as internações involuntárias<sup>5</sup>, mas isso não aparece nos registros dos relatórios.

Em 2010 a saúde mental ganha expressão nos registros do relatório de gestão da saúde, com a definição de uma ação orçamentária para a saúde mental. O Ministério da Saúde define para a saúde mental a ação orçamentária 6233, que tem como objetivo apoiar a expansão da rede de saúde mental qualificando o cuidado oferecido às pessoas com transtornos mentais na rede extra-hospitalar. A ação visa garantir recursos para gestores estaduais e municipais desenvolver e fortalecer programas locais de atenção à saúde mental, por meio de seleção de projetos de geração de trabalho e renda. Os projetos devem ser desenvolvidos em CAPS, na atenção básica, em centros de convivência e cultura, além de projetos de qualificação dos serviços e da rede,

---

<sup>5</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Cátia Vieira Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O Legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas?”.

chamada para supervisão clínico-institucional dos CAPS e projetos de fortalecimento do protagonismo social de usuários e familiares.

Nessa direção, encontramos registro no Relatório de Gestão da Saúde de 2010 e 2011 sobre o lançamento de edital para financiamento de projetos de qualificação dos serviços e da rede e edital de chamada para Supervisão Clínico - Institucional dos CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas. Em 2010 foram selecionados 210 projetos de supervisão clínico-institucional do Programa de Qualificação da Rede de Serviços e em 2011 foram realizadas 08 Chamadas, por meio de editais.

Outra importante ação registrada no relatório de 2010 foi a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM) Intersetorial realizada em junho de 2010. É importante destacar que a IV CNSM foi realizada por pressão do Movimento Antimanicomial, que realizou a Marcha dos Usuários em Brasília, no ano de 2009, com o objetivo de pressionar o Conselho Nacional de Saúde a convocar a conferência, no período em que todas as conferências subtemáticas da saúde haviam sido suspensas. O hiato entre a III e a IV CNSM foi de nove anos.

Atendendo a ação descrita no plano, os relatórios de 2010 e de 2011 destacam o cadastramento de novos CAPS, com implantação de 05 CAPSad III – resultado do desenvolvimento do “Plano Crack, é Possível Vencer” –, e mais 117 CAPS de outras modalidades atingindo 72% de cobertura. No total foram implantados 122 CAPS em 2011.

Os relatórios 2010 e 2011 registram ainda avanço das ações de saúde mental na atenção básica em municípios de pequeno porte, com a criação dos NASF. Em 2010 a Portaria de nº 2.843 cria no âmbito do SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, garantindo incentivo financeiro para implantação de equipes de matriciamento com atribuições de construir e articular ações de saúde mental no território (BRASIL, 2010). Essa portaria possibilitou a ampliação de equipes de saúde mental na atenção básica definindo 01 NASF para 04 ESF. Em 2012 com a publicação da Portaria nº 3.124/12, o Ministério da Saúde redefine os parâmetros de vinculação dos NASF3. A partir dessa portaria, a implantação do NASF passa a estar condicionada a existência de pelo menos uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitando a ampliação dessas equipes. Em 2015 registraram-se 3.898 equipes de NASF

implantadas, dessas, 1.671 em municípios com população abaixo de 15 mil habitantes, sem garantia de financiamento para CAPS por estar abaixo do parâmetro populacional<sup>6</sup>.

Registra-se ainda como estratégia de ação da saúde mental na atenção básica a implantação de 92 Consultórios na Rua para promoção de acesso e vinculação de pessoas em situação de rua, com vulnerabilidade social e dificuldade de adesão ao tratamento e agravos relacionados ao consumo de drogas. A proposta de ampliação e qualificação dos Consultórios na Rua é uma estratégia do Plano Crack, é Possível Vencer para fortalecer as ações de combate às drogas na atenção básica. Também é registrada a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e do Programa de Volta para Casa (PVC), programas estratégicos no processo de desinstitucionalização.

O relatório de gestão destaca a proposta de qualificação da rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, a partir do lançamento do “Plano Crack, é Possível Vencer”, no final de 2010, pelo Presidente Lula e, relançamento em 2011 pela Presidenta Dilma Rousseff, que complementa uma série de ações.

O Plano Crack, é Possível Vencer, lançado em 2010, ganhou centralidade na política de saúde mental, como demonstraremos ao analisarmos o próximo plano (2012-2015). Tanto o lançamento do plano Crack, como o lançamento da Rede de Atenção Psicossocial no ano seguinte por meio da Portaria 3.088/11, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, impôs-se a necessidade de definição de ação orçamentária específica para implantação desses projetos. Nesse mesmo ano o Ministério da saúde definiu mais 04 ações orçamentárias para destinação dos recursos, a saber: **Ação 20AD**- Piso de Atenção Básica Variável- Saúde da família- Previsto para implantação de Consultório na Rua; **Ação 20AI**- Auxílio Reabilitação Psicossocial de Egressos de longas Internações Psiquiátricas no SUS (Programa de Volta para Casa); **Ação 8585** Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. Plano orçamentário: **0002**- Crack é Possível Vencer - Previsto para custeio de CAPS AD III, Unidade de Acolhimento e Leitos em H.G e plano orçamentário **000F**- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS/CAPS) – Previsto para custeio de CAPS e SRTs; **Ação 20B0**- Atenção especializada em Saúde Mental - Previsto para implantação de novos pontos de atenção; além da **Ação 6233**- Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental- previsto para os eventos

---

<sup>6</sup> O Brasil possui 5.570 municípios totalizando uma população de 193.976.530 habitantes (IBGE, 2012, projeção). Desses, 3.375 municípios (61%) possuem menos de 15 mil habitantes, o que totaliza uma estimativa de 23.478.055 habitantes (12%) que têm na Atenção Básica o principal acesso de cuidados em saúde mental.

e convênios da área. Essas ações definem como objetivo Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas.

### 3. Analisando o Plano de Gestão da Saúde 2012-2015

O plano de gestão da saúde 2012-2015 declara a centralidade do Plano Crack é Possível Vencer no processo de implementação da Política de Saúde Mental. A diretriz expressa no Plano de gestão da saúde é o “Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas”.

Desde o ano de 2009, nos centros urbanos e nas periferias assistia-se a propagação do uso do Crack acompanhada por um discurso de preocupação de autoridades governamentais, junto à mídia e a sociedade, de preocupação com a saúde pública. Sustentados nesse discurso, foram propostas medidas de caráter autoritário e higienista de retirada desses usuários dos centros urbanos para um suposto tratamento em instituições (TOTUGUI et al., 2010).

No último mandato do Governo Lula, a Coordenação de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, havia lançado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, a partir do decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010<sup>7</sup>. E, na transição do Governo Lula para a gestão de Dilma Rousseff não houve mudança na direção da política de drogas que vinha sendo conduzida. O governo da presidente Dilma seguiu a diretriz norteadora da política, mantendo a questão do tráfico e o consumo de crack como central (RODRIGUES, 2012). Para implantação do Plano Crack é Possível Vencer o governo lançou uma série de portarias, visando garantir o financiamento das ações previstas no plano (quadro 02).

**Quadro 02-** Portarias para financiamento do Plano Crack é Possível Vencer na implementação da Política de Saúde Mental

Portaria GM/MS nº 130 de 26/01/12	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
Portaria GM/SM nº 121 de 25/01/12	Define a regulamentação e habilitação das Unidades de Acolhimento

<sup>7</sup> Vale apontar que no ano de 2010 também foram propostas as Portarias nº 2.843 e nº 2.841 para a criação dos núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF 3) e CAPS ad III.



Portaria GM/SM nº 122 e 123 de 2012	Definem as diretrizes de organização, funcionamento e repasse de custeio das equipes de Consultório na Rua nas modalidades I, II e III, conforme sua composição de equipe
Portaria GM/SM nº 131 de 26/01/12	Garante incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas.
Portaria GM/SM nº 132 de 26/01/12	Instituiu-se incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS, voltado para projetos de Geração de Trabalho e Renda
Portaria GM/SM nº 148, nº 349, nº1.615, nº953 de 2012	Possibilitam a qualificação dos Leitos de Referência em Álcool e outras Drogas (SHRad) e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral

**Fonte:** Elaboração própria.

Tais portarias garantem recursos de custeio e/ou investimento para implantação dos novos serviços instituídos para compor a Rede de Atenção Psicossocial da Saúde Mental, com ênfase no Plano Crack é Possível Vencer, dentre elas a portaria 131/12 que institui incentivo financeiro para Estados, Municípios e ao Distrito Federal apoiarem em forma de custeio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. O custeio foi instituído no valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência.

Na análise do Plano de Gestão da Saúde 2012-2015, identificamos propostas de intervenção no cuidado, como: 1) Ampliar os pontos de Atenção da RAPS; 2) Ampliar o número de beneficiários do Programa “De Volta Para Casa; 3) Implementar o programa de qualificação da RAPS; 4) Criar protocolo clínico e de atendimento em Saúde Mental; 5) Implantar pontos de telessaúde nas unidades de atenção á saúde mental, álcool, crack e outras drogas; 6) Garantir incentivo Financeiro de Custeio para projetos de reabilitação psicossocial por meio de editais (ver quadro 03).

**Quadro 03-** Ações previstas no plano 2012-2015 e Ações realizadas nos Relatórios de Gestão 2012-2015**Diretriz 4 –** Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas

Ações Planejadas	Ações realizadas em 2012	Ações realizadas em 2013	Ações realizadas em 2014	Ações realizadas em 2015
Ampliar os pontos de Atenção da RAPS	222 CAPS habilitados	125 CAPS habilitados	266 CAPS habilitados	166 CAPS habilitados
	10 Unidades de Acolhimento	14 Unidades de Acolhimento	20 Unidades de Acolhimento	47 Unidades de Acolhimento
	91 Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados	176 Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados	22 Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados	63 Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados
	61 Consultórios na Rua	40 Consultórios na Rua	10 Consultórios na Rua	18 Consultórios na Rua
	-	713 leitos habilitados em Hospitais Gerais	145 leitos habilitados em Hospitais Gerais	112 leitos habilitados em Hospitais Gerais
	03 Editais para financiamento de vagas nas Comunidades Terapêuticas	-	-	-
Ampliar o número de beneficiários do Programa “De Volta Para Casa”	195 novos beneficiários	89 novos beneficiários	101 novos beneficiários	45 novos beneficiários
Implementar o programa de qualificação da RAPS	PET-Saúde/SM	PET-Saúde/SM PET- Redes	PET-Saúde/SM PET- Redes	PET-Saúde/SM PET- Redes
		Curso Caminhos do Cuidado para profissionais da atenção básica	Curso Caminhos do Cuidado para profissionais da atenção básica	Curso Caminhos do Cuidado para profissionais da atenção básica
Garantir incentivo Financeiro de Custeio para projetos de reabilitação psicossocial por meio de editais	01 Edital para seleção de projetos de Reabilitação Psicossocial	02 Editais para seleção de projetos de Reabilitação Psicossocial	01 Edital para seleção de projetos de Reabilitação Psicossocial	01 Edital para seleção de projetos de Reabilitação Psicossocial

**Fonte:** Elaboração própria

Quanto aos relatórios de gestão, no que se refere aos pontos de atenção da RAPS, identificamos a ampliação, ao longo do período, de CAPS, Unidades de Acolhimentos, Consultório na Rua, SRTs, e Habilitação de Leitos em hospitais Gerais. A meta de implantação de novos CAPSad III foi cumprida, conforme prevista no Plano Crack é Possível Vencer. Em 2015 registrou-se 69 CAPSad III implantados e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 130/12. A modalidade de CAPSad III, bem como os CAPS III oferecem a tecnologia do cuidado contínuo 24 horas, em resposta ao acompanhamento das situações de maior complexidade.

Quanto às Unidades de Acolhimento (UA), regulamentadas pela Portaria GM/SM nº 121/12, decorrente do Plano Crack é Possível Vencer, também segue em direção à meta definida (implantação de 44 UA no período). Em 2015 registraram-se em funcionamento 13 UA infantil e 21 UA adulto, além de 156 em construção. As UAs são dispositivos de caráter residencial, com proposta de funcionamento vinte e quatro horas por dia. Oferecem retaguarda aos CAPS para ampliar os cuidados de saúde às pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social, desprovidas de suporte familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. As duas modalidades existentes de UA: adulto (UAA) ou infanto-juvenil (UAI) oferecem acolhimento voluntário a ambos os sexos.

Os Consultórios na Rua também foram uma ação pensada dentro do Plano Crack é Possível Vencer e são regulamentados pelas Portarias GM/SM nº 122 e 123/12 e nº 1.238/2014, que definem as diretrizes de organização, funcionamento e repasse de custeio das equipes de Consultório na Rua (CnaR) nas modalidades I, II e III, conforme sua composição de equipe. A coordenação desse serviço deve ser compartilhada entre Saúde Mental e Atenção Básica na esfera municipal, objetivando garantir a integralidade no cuidado à saúde da população em situação de rua. Em 2015 registrou-se 111 Equipes de Consultórios na Rua habilitadas nas três modalidades.

Não identificamos no Relatório de Gestão a abertura de novos SRTs, apenas a habilitação desses serviços. Dito de outro modo, o número de SRTs se manteve igual entre 2011 e 2015. A novidade foi o número de SRT habilitados conforme Portaria nº 3.090/11, que definiu nova forma de financiamento para esses serviços. Custeados anteriormente, em parte por recursos provenientes da realocação das AIHs, os mesmos passam a contar com

recursos federais de custeio mensal e também para implantação, conforme vão sendo habilitados.

Ainda sobre a ampliação dos pontos de atenção da RAPS, destacamos que o Plano Crack é Possível Vencer previu a qualificação de 985 leitos públicos para acolhimento em Comunidades Terapêuticas, articuladas com a rede dos Sistemas Único de Saúde (SUS) e de Assistência Social (SUAS). Para regulamentar esse serviço o Ministério da saúde lançou a Portaria GM/SM nº 131 de 26/01/12. Para abertura desse novo serviço, em 2012 o Ministério da Saúde lançou 03 Editais (nº8, nº9 e nº11) para financiamento de vagas nas Comunidades Terapêuticas. A edição dessas portarias é resultado da correlação de forças que se estabeleceu entre o legislativo e o executivo para responder a questão do Crack. Como já afirmado, o legislativo pressiona o executivo a incluir na pauta o financiamento de leitos em estruturas privadas para tratamento de usuários de Crack. Atendendo a pauta, que se tornou agenda política das eleições de 2010, o executivo abre para o financiamento das Comunidades Terapêuticas, a despeito da discordância da Coordenação Nacional de Saúde Mental e dos defensores da Reforma Psiquiátrica, em geral. Dito de outro modo, o financiamento de Comunidades Terapêuticas por meio de editais resulta de interesses defendidos no âmbito do Congresso Nacional por parlamentares ligados direta e/ou indiretamente a essas instituições, como afirmou Delgado<sup>8</sup>.

Entre 2013 e 2015 foi realizado o Curso Caminhos do Cuidado para profissionais da atenção básica contemplando 226.321 profissionais de saúde. O projeto teve como meta a formação de 100% dos agentes comunitários de saúde e um auxiliar ou técnico de enfermagem por ESF, distribuídos por todos os estados e regiões do país. O projeto contemplou 96% dos profissionais das ESFs em todo o país. Tal projeto visa garantir a formação em saúde mental de agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem da equipe de Saúde da Família (ESF), com ênfase nas necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta ação se insere no eixo do cuidado do programa *Crack, é Possível Vencer* e tem como objetivo melhorar a atenção ao usuário

---

<sup>8</sup> Entrevista concedida pelo Professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Cátia Vieira Basílio Denadai para elaboração da tese de doutorado intitulada “O Legislativo Federal e os Projetos de Lei Sobre Drogas no Brasil: Uma Guerra Entre Velhos Discursos ou Novas Alternativas?”.

e seus familiares, por meio da formação e qualificação dos profissionais da rede de atenção básica à saúde, sustentado na metodologia de redução de danos.

Entre 2014 e 2015 foram ofertadas 10.000 vagas de cursos à distância (EAD) em três temas estratégicos para educação permanente de profissionais de todos os pontos de atenção da RAPS do Brasil. Foram 7.000 vagas para o curso **Demandas Associadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas**, voltado a profissionais de nível médio e universitário que atuam em CAPS I, CAPS AD e CAPS AD III; 1.500 vagas para o curso **Saúde Mental Infantojuvenil**, voltado a profissionais de nível universitário que atuam em CAPS i e CAPS I; e 1.500 vagas para o curso **Atenção à Crise em Saúde Mental**, voltado a profissionais de nível universitário que atuam em CAPS III, CAPS II, CAPS AD III.

Entre 2013 e 2014 foram realizados Seminários, Encontros, Oficinas e intercâmbio de profissionais com o objetivo de compartilhar experiências e conhecimento e construir de forma conjunta estratégias para implementação da política. Entre 2013 a 2015 o Ministério da Saúde investiu, no âmbito escolar, em três Projetos de Prevenção na Escola ao uso de crack, álcool e outras drogas. Trata-se dos projetos: 1) Jogo de elos - programa realizado em sala de aula, voltados para alunos da 1ª à 5ª séries do ensino fundamental. O projeto incentiva atitudes coletivas e democráticas, além de desenvolver habilidades sociais como autoconhecimento, autocontrole, assertividade, autonomia, empatia, tolerância, entre outras. Os alunos são despertados a perceber os impactos de suas ações no convívio com os colegas, passando a considerar as necessidades do coletivo; 2) #Tamojunto - programa voltado para alunos das séries finais do ensino fundamental. Esse projeto é desenvolvido em sala de aula, mas também envolve oficinas com os Pais dos alunos realizadas por profissionais de saúde e educação. O Programa se baseia nos eixos: desenvolvimento de habilidades de vida e pensamento crítico frente às crenças normativas e informações. Estimula trocas de experiências entre os alunos sobre suas crenças e estilos de vida por meio de atividades lúdicas; 3) Fortalecendo as Famílias - programa voltado para os pais e responsáveis, juntamente com os alunos entre 10–14 anos. O programa é desenvolvido em 07 encontros semanais conduzidos por profissionais da assistência social e/ou outros por meio de equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (CRAS e CREAS). O objetivo do programa é promover um processo de reflexão sobre os valores e rotinas familiares e projetos de vida. Trabalha com o

fortalecimento de vínculos, habilidade de expressar sentimentos e estabelecer regras. Os três projetos abordam temas de saúde, prevenção ao uso de crack, álcool e outras drogas, redução de danos, prevenção à violência.

Avaliamos que o foco dos programas de prevenção não pode ser dado ao uso das drogas, mas ao significado delas para a sociedade capitalista e o lugar que os jovens ocupam nesse processo. Por ser um mercado ilegal a economia das drogas convoca indivíduos que não encontram espaço no mercado legal, sendo pobres, negros, analfabetos, estes são recrutados pelo mercado das drogas superlotando as estruturas carcerárias (RODRIGUES, 2012)<sup>9</sup>.

Os projetos tendem a ignorar todo esse contexto desconsiderando o processo de exclusão a que esses jovens estão submetidos e, ao se empenharem a ensinar aos jovens comportamentos incompatíveis com o uso abusivo de drogas e estratégias para lidar com as mesmas esquecem-se de sensibilizá-los a se reconhecerem enquanto sujeitos que necessitam de lutar para garantir seu espaço na sociedade de exclusão, onde as mercadorias (no caso as drogas) se sobrepõem aos sujeitos que não possuem a mesma importância social.

#### 4. Considerações Finais

A análise do plano e Relatório de Gestão da Saúde no período entre 2008 e 2015, revela que até 2011 não havia registro de ação programada para o enfrentamento às drogas na política de Saúde Mental. Entretanto, com o aumento do consumo de crack, a partir de 2008, e a visibilidade dada pela mídia, o tema “drogas” vai tomando relevância no cenário político nacional e na gestão da política de saúde mental.

No cenário nacional as reportagens sobre o uso do crack ganharam espaço nos principais jornais do país, descrito como uma epidemia que se espalhava pelo país, e por isso, exigia a intervenção imediata e articulada tanto da polícia quanto da medicina (COELHO; OLIVEIRA, 2014). O Advento do *crack* foi marcado pelo pânico moral, propagado principalmente pela mídia sensacionalista, que reforçou preconceitos e posturas conservadoras em relação ao uso das drogas (PRATES, 2013). A suposta “epidemia”

---

<sup>9</sup> Para aprofundar a discussão leia Narcotráfico uma guerra na guerra (RODRIGUES, 2012)

ocupou e ocupa a mídia, as autoridades políticas e o imaginário da sociedade, como um problema causador da criminalidade, das desigualdades e injustiças sociais que ameaça toda a sociedade. Não se considera que os seus usuários apenas protagonizam essa realidade social, e que esses, buscam na droga a ilusão fugaz de superação de conflitos e iniquidades (PITTA, 2012).

Assim, em 2010 o Ministério da saúde garante a definição de ação orçamentária para investimento em ações de combate ao Crack e Outras drogas, o que representa avanço para a política de Saúde Mental. Assim, a suposta “epidemia do crack” possibilitou a visibilidade dos gastos na área da saúde mental, que permanecem subfinanciada, mas que a partir da visibilidade dada é possível monitorar o direcionamento dos recursos.

Entretanto, em nome do combate ao Crack, tem se fortalecido instituições conservadoras de natureza confessional. As Comunidades Terapêuticas Religiosas retualizam na área das drogas, a instituição hospitalar descrita por Foucault (1972), anterior aos hospitais psiquiátricos da era moderna. Foucault (1972) descreve essas instituições asilares como espaço de pobres, espúria da sociedade, que devem ser recolhidos dos espaços sociais e cuidados por autoridades religiosas.

Observa-se também que no período estudado, houve expansão de serviços extra-hospitalares, que já vinham de experiências bem sucedidas, como, Centros de Convivência, CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos e para, além disso, instituíram-se diferentes dispositivos assistenciais, como, Unidade de acolhimento, Consultório de Rua, Núcleo de apoio à ESF. Tais dispositivos compõem estratégias de atenção em diferentes níveis de complexidade o que representa avanço na atenção à saúde mental.

Observa-se que, ainda que de forma limitada, houve um esforço para constituição de um programa de formação permanente em saúde mental, contemplando profissionais da área de saúde mental com ensino médio, como o Projeto de Formação “Caminhos do Cuidado”, voltados para os ACS, à formação superior, como os cursos de Residências em Psiquiatria e Multiprofissionais, voltados para os profissionais de nível superior.

Houve redução de leitos em hospitais psiquiátricos, em maior proporção nos hospitais públicos e, em menor nos hospitais privados conveniados com o SUS, fato este que provocou mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos. Entretanto, não se conquistou de forma satisfatória abertura de leitos em hospitais gerais para responder as urgências

hospitalares (em atenção à crise) e, muito menos se garantiu a distribuição desses leitos nas regiões de saúde, ocasionando vazios assistenciais que não se limitam à assistência hospitalar, mas se estende aos demais níveis de atenção. Nessa mesma direção não se garantiu satisfatoriamente serviços de urgência e emergência psiquiátrica na rede de atenção à saúde mental.

Outro destaque deve ser dado para a cobertura do Programa de Volta para Casa que não se constituiu na política de saúde mental enquanto indicador a ser alcançado. A despeito de sabermos da existência de pessoas com sofrimento psíquico em instituição de longa permanência, o Ministério da Saúde não dispõe de dados estatísticos para monitorar e avaliar o percentual de cobertura do programa.

De maneira geral, com a definição da Rede de Atenção Psicossocial como uma das cinco redes de atenção definida no Decreto 7.508<sup>10</sup>, a saúde mental, com status de área prioritária do Ministério da Saúde, avança demarcando a necessidade dos serviços nos vários níveis de atenção à saúde mental<sup>11</sup>. Ademais, o desenho da rede descobre os vazios assistenciais e impõem aos gestores empenho na firmação do pacto pela saúde mental com definição de recursos.

#### Referências

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16. n. 12, dez. 2011.

BRASIL. **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)**. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 12 jan. 2014.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M. H. B. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr.-jun. 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

---

<sup>10</sup> São elas: rede cegonha; rede de atenção às urgências e emergências; rede de atenção psicossocial; rede de cuidados à pessoa com deficiência; e, rede de atenção às pessoas com doenças crônicas.

<sup>11</sup> No Espírito Santo foi construído, no espaço dos Colegiados Intergestores Regionais, o mapa com a necessidade dos serviços de atenção à saúde mental, que se apresenta de forma discrepante do atual mapa da rede. Serviços existentes X necessidade de serviços.



MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno assistencial em defesa da vida. In: Cecílio, L. C. O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 117-160.

PITTA, A. M. F. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre drogas: enfrentamento ao crack e ao proibicionismo. **Argumentum**, v. 4, n. 2, jul./dez.2012.

PRATES, A. **O crack pode melhorar a sociedade ou o potencial de cidadania que pode estar contido em algumas “epidemias”**. Disponível em: <www.neip.info>. Acesso em: 10 maio 2013.

RODRIGUES, T. **Narcotráfico: uma guerra na guerra**. 2. ed. São Paulo: Desatino, 2012.

TOTUGUI, M. L. et al. O crack: aspectos gerais da droga e abordagens terapêuticas no âmbito do SUS. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 93-101.

VASCONCELOS, E. M.. **Abordagens Psicossociais volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. Eduardo Mourão Vasconcelos (Org). São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.