

À nova política de saúde mental em tempos de defensivas contrarreformistas no município de Campos dos Goytacazes

The new mental health policy in times of counter-reformist offenses in the municipality of Campos dos Goytacazes

Nívea Maria dos Santos P. Borges, Renata Maldonado da Silva, Carlos Abraão Moura Valpassos

Resumo

A despeito dos avanços após a promulgação da Lei 10.216/001, marcada por avanços na busca de um novo modelo de assistência em saúde mental, a Reforma psiquiátrica teve um marco legal no que tange à proteção e aos direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental. Contudo, nos últimos anos aconteceram mudanças político-legais e assistenciais no âmbito da política pública de Saúde Mental no Brasil, demonstrando os efeitos da Contrarreforma Psiquiátrica. Este artigo se propõe a analisar a produção teórica e documental que confirma um movimento de contrarreforma nas práticas de atenção e cuidado. Tal análise, num momento de retrocesso das conquistas da luta antimanicomial, busca refletir sobre a influência do neoliberalismo e do conservadorismo, bem como sobre as tensões geradas nesse processo em relação à Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave

Reforma psiquiátrica, contrarreforma, RAPS.

Abstract

Despite the advances after the enactment of Law 10.216/001, marked by advances in the search for a new model of mental health care, the psychiatric reform had a legal framework regarding the protection and rights of people with mental disorders, redirecting the care model in Mental Health. However, in recent years, political-legal and assistance changes have taken place within the scope of public mental health policy in Brazil, demonstrating the effects of the Psychiatric Counter-Reform. This article proposes to analyze the

Nívea Maria dos Santos P. Borges

Universidade Estadual do Norte Fluminense

Mestranda em Políticas Sociais no Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense – Darcy Ribeiro (PPGPS-UENF) e Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense.

nm.domingues@hotmail.com

Renata Maldonado da Silva

Universidade Estadual do Norte Fluminense

Doutora em Educação pela Universidade Federal Fluminense e Professora do Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense – Darcy Ribeiro (PPGPS-UENF).

renmaldonado@uenf.br

Carlos Abraão Moura Valpassos

Universidade Estadual do Norte Fluminense

Doutor em Antropologia Cultural pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Professor do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal Fluminense e do Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense – Darcy Ribeiro (PPGPS-UENF).

valpassos@gmail.com

theoretical and documentary production that confirms a counter-reform movement in care and care practices. Such an analysis, at a time of retreat in the achievements of the anti-asylum struggle, seeks to reflect on the influence of neoliberalism and conservatism, as well as on the tensions generated in this process in relation to the Psychosocial Care Network.

Keywords

Psychiatric reform, counter-reform, RAPS.

Introdução

Saúde Pública e Saúde Mental são temas complexos, historicamente influenciados por contextos sócio-político-jurídicos. Desse modo, estão implicados em tensionamentos de forças ideológicas de diferentes lugares; são campos sujeitos a jogos de interesses mercantis e doutrinários por diversas instituições que compõem o tecido social no Brasil e em vários países do mundo. Assistimos a uma ampliação e reestruturação da atenção no campo da Saúde Mental, em que os serviços especializados reorientam suas ações e projetam tratamentos ancorados em uma nova concepção do processo saúde-doença mental, onde o foco está no sujeito: no contexto de sua vida cotidiana, na família e na sociedade.

Ao iniciar uma discussão que nos aproxime da definição de saúde/doença mental, é importante apresentar o significado de saúde propriamente dita. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), “Saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social”. Ou seja, a ausência de doenças não é o único determinante, pois tal conceito se mostra abrangente, considerando todas as relações em que os indivíduos se encontram inseridos e que marcam seus cotidianos, podendo resultar em consequências de ordem econômica, política ou social e que influenciam no bem-estar.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início na década de 1970, com a proposta de superar o modelo vigente de assistência à saúde mental, priorizando a efetivação da cidadania da PTM (Pessoa com transtorno mental). Este movimento teve sua luta embasada não somente na transformação das instituições que atendem à pessoa com transtorno mental, mas também na busca por uma transformação cultural que atingisse toda a sociedade, de forma a modificar a concepção de doente mental para sujeito que tem o direito de acesso à saúde, educação, habitação, cultura e lazer. Em termos simples: um cidadão que deve ser atendido em suas necessidades.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo desencadeado por condições de violação de direitos em grandes instituições psiquiátricas do país e na ineficácia do isolamento como estratégia terapêutica. Nos últimos 40 anos, consolidou-se como uma política de Estado e, neste sentido, entre suas diretrizes fundamentais está o cuidado em liberdade e a promoção do protagonismo social, da autonomia e da reinserção social das pessoas em sofrimento mental. No que tange à saúde mental, a década de 1980 se configura como um importante momento histórico, quando se iniciou o Movimento da Luta Antimanicomial.

A Reforma Psiquiátrica, a temática do cuidado e as questões familiares nos colocam inúmeros desafios. A pessoa, agora no centro da ação do cuidado, exige uma movimentação no campo das práticas e políticas de Saúde Mental e deixa evidente que o adoecimento psíquico carece de dispositivos complexos de tratamento, sendo necessário o conhecimento do seu mundo, de suas vivências e expectativas, compreendendo as diferentes formas de ver e interpretar a realidade em que vivem. Assim, para cuidar dessas pessoas e de suas famílias, é necessária a ampliação dos modelos de intervenção, multiplicando e diversificando os saberes que os compõem. Isso configura o campo psicossocial, que consiste na incorporação da dimensão social à dimensão biológica e psicológica do processo saúde-doença.

Nessa relação entre o sujeito e sua família, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), fruto da Reforma Psiquiátrica brasileira, redirecionou os modos de produção de cuidado em saúde mental. Se antes o tratamento se dava por meio do isolamento do indivíduo do seio familiar e comunitário, agora, ele deve ser realizado em serviços de base territorial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Atenção Básica à Saúde (ABS),

por meio da equipe de saúde da família, entre outros. Essa mudança garante ao sujeito com transtorno mental viver junto à sua família, circular pelo território e estabelecer relações com as redes sociais e de apoio que a comunidade oferece dentro dessa nova perspectiva.

A década de 1990 foi marcada por um processo de contrarreforma do Estado, ampliação da ofensiva neoliberal no Brasil e início de um período de sucateamento dos aparelhos estatais com objetivo de fortalecimento da iniciativa privada no país. A ruptura do modelo desenvolvimentista em fins da década de 1980 e a emergência do neoliberalismo como modelo de desenvolvimento em substituição ao seu predecessor, a partir da década de 1990, estabeleceu uma nova conjuntura político-econômica para o Brasil. Durante o período seguinte, o modelo neoliberal foi edificando sua hegemonia sobre as classes no Brasil de modo a consolidar sua dominação. (BOITO JR, 2003, p.3)

Após a implementação da Lei 10.216, houve inúmeros avanços no campo da saúde mental nos últimos anos. No entanto, após a turbulência política que resultou no golpe de 2016 e no impedimento da então presidente Dilma Rousseff, quando Michel Temer assumiu o poder, a política tem sofrido sucessivos ataques, principalmente quanto ao seu direcionamento político. Tudo o que foi construído foi colocado em risco. Diversas medidas que afetam violentamente as políticas sociais de Saúde Mental foram realizadas. Os impasses institucionais atravessam não só a Saúde Mental enquanto campo de forte disputa ideológica, mas também a saúde pública. Desse modo, a reorganização de forças conservadoras alinhou movimentos retrógrados de caráter neoliberal nas políticas de saúde, sustentando teses que indicam um retrocesso que pode colocar a perder importantes conquistas sociais.

A crise política atual está abalando essa divisão de campos que prevaleceu no período recente da política brasileira. A linha divisória entre, de um lado, as classes e frações de classe alinhadas no campo neodesenvolvimentista e, de outro, as classes e frações alinhadas no campo neoliberal ortodoxo, que nunca foi uma linha reta e rígida, tornou-se, com a crise, sinuosa e maleável e essa mudança se deu de modo a aumentar a força do campo neoliberal ortodoxo. (BOITO JR, 2016, p.156).

Este artigo se propõe a contribuir para o debate urgente e necessário de enfrentamento dos retrocessos e fortes ameaças a tudo que se conquistou no campo dos Direitos Humanos dos usuários de instituições psiquiátricas. Nesse sentido, faz-se necessário avaliar de forma crítica os impactos que os ataques à saúde mental vêm sofrendo nos últimos anos e compreender as implicações subjetivas e objetivas que a contrarreforma tem no processo de precarização da política de Saúde Mental brasileira, causando a fragmentação do cuidado, com cunho conservador.

As transformações assistenciais em Saúde Mental pós Reforma Psiquiátrica

Os serviços de Psiquiatria no Brasil obtiveram diversas mudanças no decorrer dos anos, a partir da Reforma Psiquiátrica e das políticas de Saúde Mental, que buscaram trazer uma nova assistência com ênfase na reinserção social e na garantia de acesso da população aos serviços de saúde mental, respeitando integralmente a liberdade e os direitos dos pacientes.

O ano de 1987 deve ser considerado um marco no que tange à Reforma Psiquiátrica brasileira. De acordo com Guljor e Amarante (2017), a I

Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida naquele ano, oficializou a aspiração de uma política de saúde mental com objetivo de ruptura com o modelo hospitalocêntrico. Em dezembro do mesmo ano, ocorreu também o evento que, posteriormente, ficou conhecido como Encontro de Bauru, que resultou em uma carta que denunciou as condições precárias nos manicômios e deu as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial no país, sendo esta comprometida com a transformação de toda a sociedade. Foi criado, então, um arcabouço complexo de políticas voltadas para a construção de novos dispositivos de cuidado associados a estratégias intersetoriais voltadas à superação de um modelo que historicamente centrava-se em estruturas hospitalares e tinha como pressuposto a doença como principal foco de intervenção - o que gerou cronificação, institucionalização e exclusão dos internados de seus vínculos sociais.

É neste momento que surge o Movimento de Luta Antimanicomial, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, reunindo profissionais, usuários e familiares em torno do questionamento do modelo assistencial oferecido pela psiquiatria tradicional no país e da garantia dos direitos das pessoas com transtornos.

Em 1989 foi proposto o primeiro Projeto de Lei Antimanicomial, a PL 3.657/89 de Paulo Delgado (PT-MG), que propunha o fim imediato dos manicômios e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (PASSOS; MOREIRA, 2017). É importante destacar que a lei referente à Reforma Psiquiátrica só foi promulgada 12 anos depois, após diversas modificações na PL original.

Vasconcelos (2000) nos aponta os períodos históricos que culminaram em avanços e também desafios para a Reforma Psiquiátrica. Um primeiro momento é marcado pela emergência de movimentos sociais, entre eles o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), em 1978, que tinham por princípios a humanização dos hospitais, melhores condições de trabalho e aumento de serviços ambulatoriais em saúde mental. Em 1980 acontece o Movimento de reforma Sanitária, envolvendo os profissionais da saúde de forma geral. É importante ressaltar que o MTSM recebeu forte influência de Franco Basaglia, psiquiatra italiano que em 1979 visitou três hospitais psiquiátricos implantados em três regiões brasileiras e os comparou a campos de concentração. Franco Basaglia, com ideias revolucionárias para o campo, foi um dos responsáveis por estabelecer significativas mudanças no tratamento à saúde mental na Itália. O MTSM avançou, recebendo espaço para iniciar a reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos, bem como sua entrada nas secretarias estaduais de saúde, o que possibilitou sua intervenção em hospitais públicos e privados (1980-1987).

A Luta Antimanicomial propunha serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, ou seja, a superação dos chamados manicômios. Cabe salientar que é também nesse período que acontecem duas grandes conquistas: a Constituição Federal em 1988 e aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990. Houve assim a consolidação da desinstitucionalização psiquiátrica (1992-1995) e avanços como a implantação de serviços que substituíram a internação, além de prioridade dada à participação dos usuários e familiares na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos na saúde mental.

Conforme destaca Vasconcelos (2000), a Reforma Psiquiátrica constitui-se como um movimento revolucionário e extremamente propositivo, que coloca a sua luta a favor dos trabalhadores da saúde mental, mas sobretudo das Pessoas com Transtorno Mental e seus familiares - que devem ser atendidos de acordo com suas necessidades, em um processo marcado pela equidade. A Lei Nº 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, é considerada um marco da Reforma Psiquiátrica

Brasileira e fez-se importante, dentre diversos aspectos, porque garantiu direitos às pessoas com transtornos mentais: participação das famílias no tratamento e sua proteção contra qualquer forma de abuso. Ela representa um grande avanço no que concerne aos direitos dos usuários e de seus familiares e tem como foco a saúde mental de base comunitária.

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política de Saúde Mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

A partir da lei da Reforma Psiquiátrica surge então a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que nasceu através da Portaria nº 3.088 em 2011, trazendo consigo o modelo de atenção em saúde mental na promoção de direitos das pessoas baseada na convivência dentro da sociedade, na modalidade de serviço substitutivo. As RAPS (Redes de Atenção Psicossocial) surgem como estratégia terapêutica inovadora em que se enfatiza a interdisciplinaridade e a multiplicidade de formas de intervenção. Trata-se de características preconizadas pelo novo modelo de atenção em saúde mental. Busca-se, por meio do atendimento à população de sua área de abrangência, a garantia de acesso ao trabalho, ao lazer, ao resgate da cidadania e à reintegração da pessoa com transtorno mental no ambiente social, para que este possa coexistir com a sociedade e sua família. Esta prática considera a subjetividade e a individualidade de cada indivíduo na sua experiência concreta de existência e sofrimento.

É imprescindível, no entanto, a ampliação da rede comunitária de saúde mental e de programas de reabilitação que sejam capazes de oferecer suporte às famílias, proporcionando acolhimento para que de fato a família seja um facilitador importante no processo de reorganização da assistência psiquiátrica em curso no país. Ainda que haja tal situação na prática, a literatura aponta para o investimento em ações que visam a integralidade e que agrupem os aspectos psicossociais. Estas se constituem em novos modos de lidar com o sofrimento mental e repercutem sobre a qualidade de vida dos sujeitos, havendo dispositivos com ênfase no vínculo, na reabilitação, no resgate da autonomia e na participação das pessoas como sujeitos.

Contrarreformas e a Política de Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica encontrou diversos entraves para sua efetivação devido a uma série de contrarreformas no âmbito das políticas sociais voltadas para a Saúde Mental. Esse processo, que pode ser intitulado como contrarreforma psiquiátrica, se deu vinculado a um processo maior de desmonte e diminuição do Estado.

O cenário de contrarreforma vincula-se a um processo amplo de reestruturação produtiva do capital, contendo dimensões políticas e sociais. As mudanças não só ocorreram na produção em si, mas também na correlação de forças entre capital e trabalho e no redirecionamento do papel do Estado (NOVAIS; SANTOS, 2015). Esse redirecionamento do Estado ficou

conhecido como (contra) reforma do Estado, e consiste em uma série de medidas que objetivam a diminuição dos gastos públicos, tendo início a partir dos anos 1990 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Por vezes esse ataque se deu de formas bastante sutis, como a mudança de legislações e normativas; outras vezes, de maneira explícita, como é o exemplo da Proposta de Emenda Constitucional no 55/2016, que congelou os investimentos na seguridade social por 20 anos. Pode-se definir a contrarreforma como um processo sociopolítico complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até revertem as transformações produzidas.

Com os arranjos políticos do governo de transição pós-impeachment, desde 2016, a Coordenação Nacional de Saúde Mental assumiu uma condução na contramão de parte das bases do movimento que inspirou o processo da Reforma Psiquiátrica. A crise se alastrou no Brasil entre o final de 2015 e o início de 2016, com medidas de ajuste fiscal restritivas que impulsionaram uma recessão econômica e causaram sofrimento aos trabalhadores, contribuindo para a reorganização de forças políticas religiosas conservadoras, de caráter autoritário, que intensificaram a lógica neoliberal no cenário nacional.

A deposição da presidenta Dilma Rousseff pode ser pensada como um marco de interrupção do processo democrático no país, acarretando uma reorientação radical das políticas sociais. No ano de 2016, o governo Temer instituiu uma medida provisória, que posteriormente tornou-se a Emenda Constitucional 95/2016, determinando o congelamento por 20 anos dos recursos destinados a diversas políticas sociais, entre as quais o Sistema Único de Saúde (SUS). Iniciou-se então um período, agravado nos anos seguintes, de redução dramática do já insuficiente financiamento do sistema público de saúde, juntamente com as contrarreformas das políticas sociais relativas à Saúde Mental, enxugadas ainda mais nos anos seguintes.

A crise no Estado, acentuada pela ofensiva neoliberal, culminou em uma forte onda de precarização dos equipamentos da política de Saúde Mental.

A blindagem dos aparatos institucionais estatais a qualquer proposta reformista; programáticas políticas partidárias com diferenças adjetivas; hipertrofia do aparato coercitivo sobre as resistências e lutas dos trabalhadores contra a retirada de seus direitos constituem a agenda da e para a democracia. Nesta agenda, a democracia é uma nova configuração político-jurídica estatal que viabiliza, sem limites e amarras, os processos legais para as mudanças nas relações laborais da era da acumulação flexível, para a hegemonia da financeirização nas relações econômicas que opera uma drástica redução dos fundos públicos para o financiamento das políticas públicas universais e uma acelerada e acentuada transferência da oferta destas políticas para a via contratual mercantil. (DEMIER; DURIGUETTO, 2017, p.11)

As demandas e necessidades sociais são reduzidas, o que implica em consequências tanto na formulação de políticas públicas, quanto na ampliação e consolidação de processos democráticos (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). As significativas alterações sinalizadas nas últimas décadas, vêm demarcando um redirecionamento não apenas teórico, mas também prático-político nos fundamentos da ideologia neoliberal, através de um processo de contrarreformas. A ofensiva contrareformista, no âmbito das políticas sociais brasileiras, resulta, portanto, em uma lógica perversa de perdas de direitos duramente conquistados, especialmente na ponta do sistema, ou seja, nas esferas municipais. Percebe-se, pois, que essa conjuntura de fragilização dos direitos sociais e da cidadania está inserida

em processo de contrarreforma do Estado, que possibilita o desmonte das políticas sociais.

Marcos Legais e Retrocessos

Esse movimento de contrarreforma psiquiátrica foi instrumentalizado por meios legais. A PEC 55/2016, aprovada pelo presidente Michel Temer, corresponde ao primeiro golpe contra reformista, ao estabelecer o teto de gastos da União por 20 anos, acarretando o congelamento dos investimentos em Educação, Saúde e Assistência Social. Esvazia, portanto, diversos sistemas de proteção e assistência no país a partir do sub financiamento.

Outro desfalque que o sistema de saúde sofreu, ainda durante o governo Temer, foi o investimento de R\$ 90 milhões para custear leitos em Comunidades Terapêuticas, instituições privadas de princípios incoerentes com Reforma Psiquiátrica que no Brasil se destinam às pessoas que fazem uso abusivo e problemático de álcool e outras drogas. Trata-se do financiamento de cuidado asilar em longa permanência semelhante ao modelo manicomial, na apresentação da “nova política de saúde mental”. No site do Ministério da Saúde, divulgava-se que a desinstitucionalização “não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos”.

A Portaria GM no 3.588, de dezembro de 2017, que tem a finalidade de reverter a orientação do modelo psicossocial, introduz o hospital psiquiátrico e as Comunidades Terapêuticas como ponto de atenção na RAPS. Colocando o hospital psiquiátrico dentro da RAPS, a suposta nova política de saúde mental torna o hospital psiquiátrico parte da RAPS, como serviço reconhecido, contrariando o acúmulo histórico das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

A reorganização da Política Nacional de Atenção Básica, a partir da Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, também caminha para a subtração de direitos e sucateamento do SUS. A proposta altera parâmetros populacionais e esvazia os padrões essenciais ao apresentar de forma reducionista os padrões recomendados para garantir a qualidade da prestação de serviços e rompe com a centralidade do programa Saúde da Família na organização do SUS através da inauguração do financiamento específico para quaisquer outros modelos na atenção básica que não contemplem a composição de equipes multiprofissionais com a presença de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Assim, o projeto corrobora para a fragilização da atenção básica, principal porta de entrada aos serviços de saúde.

Em março de 2018, a Resolução 001/2018 do Conselho Nacional de Política Sobre Drogas realinha a Política Nacional de Álcool e outras Drogas e formaliza apoio a entidades da sociedade civil que lidem com pessoas que fazem uso problemático e abusivo de álcool e outras drogas, abrindo uma via para a captação de recursos públicos por parte das Comunidades Terapêuticas. Logo em seguida, em 2018, foi criada a Frente Parlamentar em Defesa da Nova Política de Saúde Mental, possibilitando articulações e efetivação de movimentos, como a Lei no 13.840, de 2019, que coloca como prioridade o tratamento ambulatorial de pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas, retrocedendo no cuidado ampliado dentro dos Centros de Atenção Psicossocial.

A privatização do escasso recurso público soma-se à aposta no retorno do modelo manicomial, centrado no tratamento moral e no isolamento, que nos remete ao período das doutrinas psiquiátricas no século XIX. Essas alterações podem demonstrar um retorno à lógica da institucionalização e do hospital como lócus de cuidado, bem como, através do desfinanciamento

no SUS e da rede de cuidado territorial, um aumento da responsabilidade da família, agora à própria sorte, com pouco ou nenhum suporte do Estado.

A mercantilização da vida aparece no texto da Lei 13.840/2019, que permite a internação voluntária de usuários de substâncias sem a necessidade de autorização judicial, fortalece intensamente, por consequência, o projeto contra reformista ao ampliar as possibilidades de internação e, portanto, da ocupação dos leitos abertos após a medida de ampliação do custeamento dos leitos psiquiátricos, citada anteriormente. A inclusão de dispositivos alinhados à lógica manicomial na Rede de Atenção Psicossocial evidencia o retrocesso nas políticas de Saúde Mental.

A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) no município de Campos dos Goytacazes

Campos dos Goytacazes é uma cidade no interior do Rio de Janeiro, localizada na região Norte Fluminense. Possui uma população estimada de 514 643 habitantes, de acordo com o IBGE. Em sua costa encontra-se a maior plataforma petrolífera do Brasil, a P-51, fazendo com que a cidade receba, junto com Macaé, o título de Capital Nacional do Petróleo. Possui a segunda maior área urbana do estado do Rio de Janeiro, com 222 quilômetros quadrados, ficando atrás apenas da capital e ocupando a décima sétima maior área urbana do Brasil.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surge enquanto solução organizativa proposta para a implementação de modelo assistencial em saúde mental no SUS, cujas diretrizes são alinhadas aos direitos humanos, a promoção de equidade, a garantia de acesso e da qualidade dos serviços, com ênfase em serviços de base territorial e comunitária e ao desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais. A política da Rede de Atenção Psicossocial traz em seus princípios a descentralização do campo dos saberes sobre o sofrimento psíquico, compreendendo o sujeito de maneira contextualizada. Com isso, a RAPS busca transcender o cuidado de só haver atendimentos psicoterápicos e medicamentosos, traz como uma de suas diretrizes a diversificação das estratégias de cuidado para com pessoas com transtornos psíquicos e a atenção à família. Contudo, estratégias de intervenção pensadas a partir desse olhar são reconhecidas para além de seu potencial terapêutico, possibilitando reflexões que são, em grande medida, bastante eficazes num movimento direcionado para a construção de um novo espaço social.

A RAPS no município de Campos dos Goytacazes possui seus serviços disponíveis, que são CapsAD (Ari Vianna), Caps II (Dr. João Batista Araújo da Silva Júnior), Caps III (Dr. Romeo Casarsa), Caps I (Dr. João Castelo Branco), PU Psiquiátrico, UAI (Unidade de Acolhimento Infantil) e Residência Terapêutica (RT), o Consultório na Rua e Ambulatório psiquiátrico. Trata-se, pois, de componentes com uma perspectiva coletiva que buscam atender as pessoas com transtornos mentais e acompanhar a família, em um trabalho articulado com outras políticas públicas.

O modelo de atenção à saúde mental tem passado por diversas transformações ao longo das últimas décadas e no município de Campos dos Goytacazes não aconteceu de forma diferente. O trabalho de uma abordagem mais qualificada nos fluxos de referência e contra referência para outras políticas para acompanhamento concomitante do usuário necessita de melhorias, mas, dentro dos limites e das possibilidades da nossa atual realidade, sobretudo no que tange à gestão municipal, dados os enfrentamentos e desmontes que estamos sofrendo diariamente, o trabalho está acontecendo de forma gradativa. Destaca-se uma interlocução entre os dispositivos de atendimento no campo da Saúde Mental. No entanto, a

interlocução entre a Saúde Mental e as demais Políticas Públicas, como Educação e Assistência Social é ainda limitada ou quase inexistente.

Podemos perceber também a falta de ação voltada para o fortalecimento de lideranças e movimentos coletivos dos usuários e familiares na luta por seus direitos, uma vez que o modelo de base territorial e comunitária traz consigo uma perspectiva conceitual que potencializa o território a partir da participação política e coletiva. Foi inaugurada, no ano de 2016, a formação de uma associação dos usuários e familiares da Saúde Mental, mas, com a troca da gestão executiva municipal, ela deixou de funcionar.

O trabalho articulado dos profissionais da Saúde Mental com a equipe de Saúde da Família revela-se, por sua vez, como um trabalho efetivo no município. Trata-se de um dos avanços que o Movimento de Reforma Psiquiátrica trouxe em seu bojo, com a priorização da família na participação das discussões que envolvem a Pessoa com Transtorno Mental, a fim de transformar a saúde mental, resultando em um novo olhar acerca da loucura. Deve-se contemplar, ainda, os ideais da Reforma Psiquiátrica não apenas como alternativas, mas como questões indispensáveis para as políticas de assistência à saúde mental.

Algo que nos possibilita perceber a expansão desses objetivos é a efetivação dos serviços prestados no município de Campos dos Goytacazes. Entretanto, é imprescindível a ampliação da rede comunitária de saúde mental e de programas de reabilitação que sejam capazes de oferecer suporte aos usuários e suas famílias, proporcionando acolhimento para que, de fato, mesmo com todo desmonte da política de Saúde Mental, o processo de reorganização da assistência psiquiátrica em curso no município se consolide e se constitua a partir de novos modos de lidar com os sofrimentos mentais.

Como uma luz a esse momento tão adverso, é possível notar um movimento interno dos profissionais da saúde mental em retomar às bases da Reforma Psiquiátrica na tentativa de superar esse período de retrocessos com o mínimo possível de perdas de direitos tanto para a classe profissional quanto para os usuários. Além disso, é possível notar uma nova leva de militantes e profissionais comprometidos com a perspectiva radical da Luta Antimanicomial (PASSOS, 2017).

Conclusão

A Reforma constituiu um marco legal no que tange à proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em Saúde Mental, fazendo com que os usuários e a família passassem a ser considerados de forma integral, através de projetos e serviços psicossociais capazes de oferecer assistência, apoio, informação e orientação em diversas áreas da rede de atenção à saúde, de modo a diminuir o sofrimento das famílias e promover estratégias de enfrentamento da situação, possibilitando uma melhor qualidade de vida para as famílias e pacientes. O movimento é direcionado para a construção de um novo espaço social. Cabe ressaltar que uma das propostas da reforma psiquiátrica, que conseqüentemente se liga com a atuação dos profissionais da RAPS, é o resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais, existentes nos espaços territoriais de todos os serviços. Nessa ótica se apresentam os desafios dos profissionais da Saúde Mental na atuação com práticas de inclusão que articulem e transcendam seus saberes e corroborem com as iniciais pensadas.

O Brasil é um país com uma história perpassada por golpes, sejam eles militares, civis ou parlamentares. A política social brasileira é imbuída de diversas contradições e conotações que a circunscreve em um cenário de

fragmentação e cooptação pela classe dominante. Em sua formação, a política social brasileira sempre foi a conjugação entre o “avanço” e o “atraso”.

A distância entre definição dos direitos em lei e sua implementação real persiste até os dias de hoje. Tem-se também uma forte instabilidade dos direitos sociais, denotando a sua fragilidade e dificuldades de configurar pactos mais duradouros na garantia de direitos inalienáveis. O desmonte da política de Saúde Mental agravou-se severamente nos últimos quatro anos e não vem caminhando sozinho. Temos vivenciado o aumento da violência e da pauperização da população. Portanto nota-se o significativo retrocesso que a Política de Saúde Mental tem sofrido e quão perversa é a regulamentação. Faz-se necessário movimentar-se contra esses ataques de desmonte do SUS e das políticas de Saúde Mental a partir de espaços coletivos, como movimentos dos trabalhadores, conselhos de saúde e conferências de saúde. É preciso colocar novamente os usuários e seus familiares como atores centrais do seu próprio cuidado, sem, contudo, excluir o suporte necessário do Estado para efetivação do SUS e do cuidado. Ao resgatar o protagonismo enquanto agente de transformação, compreendemos a importância histórica da participação popular na construção das políticas de saúde mental no Brasil.

Sobre o artigo

Recebido: 09/09/2022

Aceito: 19/10/2022

Referências bibliográficas

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. B. **Política Social: fundamentos e história**. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOITO JR, Armando. **A hegemonia neoliberal no governo Lula**. In: **Crítica Marxista**. Rio de Janeiro, 2003.

BOITO JR., Armando. **A crise política do neodesenvolvimentismo e a instabilidade da democracia**. In: **Crítica Marxista** n. 42, maio 2016.

BRASIL, LEI Nº 13.840/ 2019. **Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas**. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL, LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: Diário Oficial da União. BRASIL.

BRASIL, LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório do seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS. Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 2001.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidente da República, [2016].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Portaria GM 3.088 de 23 de dezembro de 2011. **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.** Brasília: Diário Oficial da União.

CENSO, I. B. G. E. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>.

DEMIER, F.; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo.** Maio/ago.2017.

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016.PLANALTO. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.**

GULJOR, A.P.; AMARANTE, P. **Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária.** Cadernos do CEAS, Salvador; Recife, n. 242, p. 635-656, set./dez., 2017.

MINISTÉRIO DA SAUDE, Portaria nº 2.436/2018. **Aprova a Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde.**

NOVAIS, L. C. C.; SANTOS, F. R. S. **Estrutura da contrarreforma do Estado e seus impactos nas políticas sociais: o caso de Mato Grosso (1995-2006).** In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7, São Luís, Maranhão, 2015.

OMS. **Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Violência e Saúde.** Genebra: OMS, 2002.

PASSOS, R. G. **Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora.** Socied. em Deb., Pelotas, jul./dez. 2017.

PASSOS, R. G; MOREIRA, T. D. F. **Reforma psiquiátrica brasileira e questão racial: contribuições marxianas para a luta antimanicomial.** SER Social, Brasília, jul./dez.2017.

PEC 55/2016- SENADO FEDERAL. **Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016.** (PEC do teto dos gastos públicos).

PORTARIA GM/MS nº 35882/2017. **Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.**

RESOLUÇÃO Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2018. **Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002.**

VASCONCELOS M. E. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** Ed.2. São Paulo: Cortez, 2000.