

Manifestação CRPRS - Desmonte da Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), reconhecida internacionalmente, teve origem em meio a um processo de disputa de vários segmentos vinculados ao campo da saúde mental, que segue em curso. De um lado, temos trabalhadores/as, gestores/as, usuários/as, familiares, entidades profissionais que problematizam os modos excludentes, segregadores e mortíferos representados pelos hospitais psiquiátricos onde, por mais de um século, milhares de pessoas foram depositadas, e não cuidadas. Esse grupo tem como princípio o reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais como sujeitos sociais de direito e de desejo. De outro, também temos trabalhadores/as, gestores/as, usuários/as, familiares, entidades profissionais, aliados a donos de estabelecimentos psiquiátricos, indústria farmacêutica e representantes de uma psiquiatria biologicista que defende como direção de trabalho em saúde mental as estratégias de afastamento social como a hospitalização e a internação em “clínicas de recuperação” (as atuais Comunidades Terapêuticas), o uso intensivo de psicofármacos e tecnologias invasivas (como a eletroconvulsoterapia; a lobotomia e a estimulação transcraniana). Esses últimos desconhecem e deslegitimam a condição de sujeito dos/as usuários/as, entendendo que não podem dizer do seu desejo, por incapacidade subjetiva para tal.

Não por acaso, o Projeto de Lei Paulo Delgado, que propôs a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, tramitou por mais de 10 anos no Congresso Nacional, sendo aprovado apenas após muitas concessões aos setores mais conservadores. Quando a Lei Federal nº 10.216 é promulgada em 06 de abril de 2001, já tinha se perdido a premissa da “extinção dos manicômios”, sendo expresso em seu art. 4º que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001)

Naquele momento, as concessões significaram a possibilidade de avançarmos na implementação de um conjunto de serviços que pudessem de fato desconstituir os manicômios como equipamentos de uma rede de cuidados, substituindo-os por serviços abertos, inclusivos, com atendimento de equipes

interprofissionais horizontalizadas e descentradas do poder psiquiátrico. Sabíamos que o principal desafio era desconstruir os “manicômios mentais”, que invisivelmente estruturam o imaginário social e profissional de muitos de nós, para que, em sua lógica, os serviços não se mantivessem pautados no estigma e preconceito sobre a loucura.

De 2001 até agora, não foram poucos os serviços implantados por todo o país: CAPS, Residenciais Terapêuticos; Equipes de NASF junto à Atenção Básica, Consultório de Rua; Unidades de Acolhimento; Estratégias de geração de trabalho e renda. Essa rede de serviços garantiu, a milhares de usuários/as, a possibilidade de acesso a um cuidado humanizado, inclusivo, respeitoso das diferenças. Contudo, não foram poucas as ameaças de desmonte e de retorno ao modelo anterior, de exclusão e segregação da diferença que a loucura dá a ver.

Em 2006, cinco anos depois da promulgação da Lei Federal, quando os serviços ainda estavam em processo inicial de implantação, já conhecíamos as intenções de entidades médicas, capitaneadas pela Associação Psiquiátrica brasileira (ABP), de reverter o modelo de cuidado baseado em uma lógica territorial para uma lógica hospitalocêntrica. Sua proposta, “Diretrizes para um modelo de atenção integral de saúde mental no Brasil”¹, deixava transparecer como principal motivação a inconformidade com o que seria a perda de poder do segmento da psiquiatria, resultante da perda da sua centralidade na condução do trabalho no campo da saúde mental. Conforme o documento:

Desde 1995, o Ministério da Saúde adota como premissa para a construção do seu modelo de assistência, a exclusão do médico da equipe que assiste o doente mental e vem fazendo isto progressivamente. A alegação da falta de médicos especializados não procede, o que acontece é o abuso da informalidade e dos baixos valores com que o trabalho do psiquiatra tem sido remunerado. O médico psiquiatra vem sendo colocado mais e mais como profissional secundário e prescindível e a ele têm sido atribuídas as mazelas do sistema. Este movimento ganhou suficiente espaço na mídia

¹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA- ABP; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA-AMB; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM; FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS – FENAM. *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*. 2006.

para estigmatizar os psiquiatras, numa orquestração bem engendrada que não dá espaço para as manifestações e opiniões contrárias.²

Essa inconformidade em compartilhar o cuidado com os/as demais integrantes das equipes dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial (RAPS), associada a interesses mercadológicos, tem encontrado cada vez mais espaço político junto ao governo federal, avançando sobre as estruturas constituídas até então e produzindo uma tendência de remanicomialização do cuidado em saúde mental. Assim, ainda no governo Dilma, tivemos, como ameaça concreta à Lei Federal nº 10.216³, o Decreto nº 7.179⁴ que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, no bojo do qual se inserem as Comunidades Terapêuticas; anos mais tarde, na era Temer, a Portaria nº 3.588⁵ acarretando alterações na Portaria nº 3.088⁶ e, já sob o governo Bolsonaro, a Nota Técnica 11/2019⁷ geraram significativas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental brasileira, trazendo estruturas como o hospital psiquiátrico, os ambulatórios, os hospitais-dia, e as comunidades terapêuticas para comporem a RAPS, fortalecendo a lógica de mercado e

² Idem, p. 20

³ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%20C%20DE_modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.Acesso em: 09/12/2020.

⁴ Presidência da República. *Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*, Cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>. Acesso em: 09/12/2020

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 3.588, DE 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 09/12/2020.*

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 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 (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 09/12/2020.*

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 09/12/2020*

revertendo direitos garantidos constitucionalmente, com total desconsideração ao processo de reforma psiquiátrica construído ao longo de décadas⁸.

Agora, em dezembro de 2020, a ABP e demais entidades médicas retomam a investida sobre a política de saúde mental, reeditando suas “Diretrizes para um modelo de atenção integral de saúde mental no Brasil”⁹. Repetem os mesmos ataques desferidos em 2006: ao significado da Lei nº 10.216, que não reconhecem como resultante do Projeto de Lei Paulo Delgado, deturpando-lhe o caráter; à natureza do movimento da luta antimanicomial, que acusam de “ideológica”; ao processo interdisciplinar de trabalho em saúde mental, por entenderem que os atos médicos foram subordinados à equipe multiprofissional e à Promotoria Pública; à concepção psicossocial do cuidado, por supostamente significar a exclusão do/a médico/a psiquiatra da equipe de saúde mental (o movimento da RPB seria “antimédico”; “antipsiquiátrico”); à centralidade da atenção nos CAPS¹⁰.

A tentativa de promover a remanicomialização da política de saúde mental brasileira chegou ao seu ápice na última semana, quando, em câmara técnica da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), o governo federal, na oportunidade representado por um integrante da ABP e sob inspiração do documento “Diretrizes...” reeditado, apresentou proposta de desconstituição de vários serviços substitutivos, com a revogação de portarias que os instituíram e regram seu financiamento.

O Sistema Conselhos de Psicologia, composto pelos Conselhos Regionais de Psicologia e pelo Conselho Federal de Psicologia, juntamente com outros conselhos profissionais de categorias da saúde, entidades de proteção dos direitos humanos, movimentos sociais organizados em torno do tema da saúde

⁸ GUIMARÃES, Thais de A. Alves; ROSA, Lucia C. dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O social em questão*, Ano XXII, n. 44, mai.-ago./2019

⁹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA- ABP; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA-AMB; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM; FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS – FENAM; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE IMPULSIVIDADE E PATOLOGIA DUAL - ABIPD; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA - SBNp. *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*. 2020.

¹⁰ ROSA, Lúcia Cristina dos S.; FEITOSA, Lucíola Galvão G. C. Processo de reestruturação da reforma da atenção em saúde mental no Brasil: avanços e desafios. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 14, n. 2, jul./dez. 2008.

mental, entidades científicas e acadêmicas, têm se manifestado desde então e, de forma muito rápida, rearticula suas forças para lutar contra o retrocesso que estas medidas significam.

Certamente há elementos a avançar para concretizarmos os princípios que orientam a reforma psiquiátrica brasileira, na direção de um cuidado que articule a Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LBTTQI, movimento da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros, a fim de garantir um cuidado de fato inclusivo como aponta a Carta de Bauru¹¹. Entretanto, não será desconstruindo o que já conquistamos até aqui que esta garantia se dará. Seguimos sustentando a defesa do SUS e conclamamos a sociedade a reforçar a luta pela ampliação e pela garantia do cuidado em liberdade.

Cuidar não é trancar. Cuidado em liberdade não é descuido. Convidamos a comunidade a conhecer os princípios e as propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira e a se inserirem na luta por uma sociedade sem manicômios!

#Psicologiacontraorevogaço

¹¹ MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL. *Carta de Bauru* - 30 anos. Bauru, 2017.