



III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis – 13 a 14 de novembro de 2019

A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL:

Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019)

CABRAL, Sheylla Beatriz

DAROSCI, Manuela

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo delinear a trajetória histórica das Políticas de Saúde Mental no Brasil através da análise da legislação federal brasileira sobre a temática. O trabalho tem como ponto de partida o século XX, cenário que o Estado passa a intervir na saúde através de políticas. A análise dar-se-á considerando o contexto histórico das legislações e mostrando as mudanças na regulamentação e nas formas de atendimento aos usuários. Ainda realiza um contraste com o cenário atual brasileiro, que coloca em risco as conquistas obtidas através da Reforma Psiquiátrica. Para adentrar o universo das legislações, definiu-se como metodologia a pesquisa documental e bibliográfica. A análise dos dados obtidos com a pesquisa documental foram divididos em três eixos de análise que contemplam o objetivo do presente artigo. As considerações finais fecham o trabalho colocando os desafios que ainda são apresentados para a saúde mental nos dias de hoje.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Políticas de saúde. Política social.

INTRODUÇÃO

“O que é a loucura senão uma construção histórica?”

Antes do século XIX não existia o conceito de doença mental e nem uma divisão entre razão e loucura. O processo histórico que coloca em evidência os transtornos mentais como uma ação política do Estado é longo, conflituoso e contraditório, como poderemos desvelar.

Este ensaio apresenta a trajetória da política de saúde mental - como política de saúde integrada no universo das políticas sociais do Brasil - através de um resgate histórico e análise da legislação federal brasileira. Não trata de um resgate histórico da política de um modo evolucionista, pois a política social é produto da relação conflituosa entre Estado e sociedade e vai sempre lidar com interesses opostos (PEREIRA, 2008). Dessa forma, o trabalho tem por objetivo identificar as legislações pertinentes à saúde mental entre os anos de 1900 a 2019, analisando as suas relações com o contexto histórico e mostrando as mudanças na regulamentação e nas formas de atendimento

aos usuários. Ainda realiza um contraste com o cenário atual brasileiro, que coloca em risco as conquistas obtidas através da Reforma Psiquiátrica e propõe a volta dos manicômios e medidas como o eletrochoque na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Segundo a Organização mundial da Saúde (OMS), entre os transtornos mentais, estão a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo (OPAS/OMS, 2018). Até meados do final da década de 1970, as pessoas que possuíam tais transtornos eram denominadas de alienadas, loucas e eram diagnósticas com molestia mental. Ao comprometer a ordem pública ou a segurança da sociedade, tais usuários eram recolhidos a um estabelecimento de alienados, conforme conta na Lei N 1.132 de 1903.

O processo que culmina na mudança dos conceitos e na assistência à saúde é atravessado por disputas ideológicas e se expressa nas leis, decretos e políticas publicadas ao longo da história no Diário Oficial da União. Tal processo é caracterizado por avanços e recuos, que se desenvolvem em virtude das diferentes forças que se apresentam em determinadas conjunturas. A proposta de análise a partir do ângulo normativo inova ao demonstrar que a história da política de saúde mental pode ser contada através das normatizações e analisada a partir de seus contextos históricos. Assim, compreender a trajetória da assistência à saúde mental vinculada aos processos econômicos e políticos, permite-nos colocá-la no campo da política como processo histórico e social.

A inspiração para escrever o presente artigo fundamenta-se na preocupação em conhecer e apresentar a história da política de saúde mental, que é marcada por conceitos e rótulos que estampam a temática até os dias atuais. Ao conhecer a história e marcar a sua importância entendemos o nosso tempo, analisamos a sua construção e resistimos com embasamento teórico aos retrocessos que se apresentam nesses tempos sombrios. Outro elemento que sustenta a elaboração deste trabalho é a experiência das pesquisadoras como trabalhadoras da política de saúde como Assistente Social durante o período de 2017 a 2019, a qual foi possível constatar o crescente número de adoecimento de trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por transtornos mentais.

Foi realizada pesquisa documental, qualitativa, que se deu através do acesso ao Portal Eletrônico do Planalto, levantando as leis, decretos e políticas publicadas no Diário Oficial da União sobre a temática. Utilizou-se dos descritores “manicômio”, “mentais” e “saúde *and* mental”, de modo separado e buscando pelos termos exatos e não semelhantes, como possibilitado pelo Portal. O método de escolha dos descritores

se fundamentou em pesquisa bibliográfica sobre a temática, a qual identificou a nomenclatura correspondente ao período do recorte da pesquisa. O critério de seleção das normas teve como norte a sua significância para a pesquisa e aquelas que propunham destacar a assistência às pessoas com transtornos mentais. Ao todo foram adotadas 23 (vinte e três) normas, dentre elas: leis, decretos, portarias e resoluções.

A análise das normatizações identificadas com a pesquisa documental dar-se-á pela utilização do método crítico-dialético que, enquanto abordagem, considera a historicidade dos processos sociais, às condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais (MINAYO, 2012, p. 24). Compreende-se que para analisar tais políticas é necessário colocá-las em seu contexto histórico, que se atravessam por disputas ideológicas e políticas em um determinado momento histórico.

O artigo está estruturado em três eixos de análise que vão ao encontro dos resultados obtidos com a pesquisa documental, que resgata e apresenta as leis, decretos e políticas sobre saúde mental a partir do marco temporal definido (1900-2019).

Lugar de louco é no hospício: a assistência a alienados entre os anos de 1903 a 1967

A primeira lei identificada com a pesquisa documental diz respeito a reorganização da assistência às pessoas com transtornos mentais, designadas na época como alienados, Lei n. 1.132 de 27 de setembro de 1903.

O período histórico expressava a necessidade da modernização do hospício e da concepção sobre saúde mental. Com enfoque na Psiquiatria Alemã, inaugura-se um novo momento para a psiquiatria, que parte da discussão da etiologia da doença mental (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002). Dessa forma, o biologismo passa a explicá-la, como também aos aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos.

É nesse momento que a psiquiatria se coloca em defesa da manutenção do controle social pelo Estado e se promulgou a primeira Lei Federal referida, que apresenta em seu Art 1º como dar-se-á a assistência: “o indivíduo que, por molestia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903).

O decreto n. 14.831 de 25 de maio de 1921 vai ao encontro da primeira lei e cria o primeiro manicômio judiciário do Brasil e América Latina, chamado de Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Segundo Lima (2019), esta modalidade de manicômio, surge ancorada em saberes que permeiam o crime e a loucura, tendo como abrangência uma discussão teórica que embasava a relação entre as escolas jurídicas e a psiquiatria.

Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada urbanização no cenário nacional na década de 1920, instituiu-se a Lei Eloy Chaves, que cria as

Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP - 1923). A lei vem apenas conferir estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria (UNA/SUS, 2019).

No mesmo ano, o decreto n. 4.778 de 27 de dezembro de 1923, considera de utilidade pública a Liga Brasileira de Higiene Mental com sede no Rio de Janeiro, fundada pelo psiquiatra Gustavo Riedel. A Liga tinha como objetivo primordial a melhoria na assistência aos doentes mentais, através da modernização do atendimento psiquiátrico. Segundo Seixas; Mota e Zilbreman (2009), a Liga era uma entidade civil, reconhecida publicamente através de subsídios federais, e composta pelos mais importantes psiquiatras brasileiros.

De 1923 a 1925, a Liga seguiu a orientação de Riedel. A partir de 1926, influenciados pelo contexto político e pelo contato com ideias alemãs, francesas e norte-americanas, os diretores da Liga mudaram sua orientação, de modo que uma clara tentativa de “normalizar” a população tornou-se o principal objeto para os médicos em seus esforços para inibir os deficientes mentais. (SEIXAS; MOTA; ZILBREMAN, 2009, SP).

A década de 1930 inaugura a reforma no modelo de proteção social no Brasil, no primeiro governo de Getúlio Vargas. São criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que são organizados por categorias profissionais, diferentemente das CAP. A direção dos IAPs cabia a um representante do Estado, sendo assessorado por um colegiado sem poder deliberativo, o qual era escolhido pelos sindicatos reconhecidos pelo governo (COHN & ELIAS, 1996).

A saúde pública se dividia em duas áreas: de um lado a saúde pública, de caráter preventivo e conduzida através de campanhas; de outro, a assistência médica, de caráter curativo, conduzida através da ação da previdência social (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 1992). Assim, a Era Vargas é caracterizada por implantar serviços de auxílio à saúde com práticas clientelistas, marca do regime populista.

Enquanto normatização referente a saúde mental nesse período, identificou-se o Decreto n. 24.559 de 03 de julho de 1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. E o Decreto n. 17.185 de 1944, que aprova o regimento do serviço nacional de doenças mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde.

O segundo governo Vargas é marcado pela criação do Ministério da Saúde. Segundo Jorge, Carvalho e Silva (2014), o Ministério ficou responsável por ações de vacinação, de combate às doenças endêmicas na área rural e controle dos espaços de

trocas comerciais. Todas as ações assistenciais de saúde eram conduzidas pelos institutos de aposentadorias e pensões ou pelo Ministério da Educação e Saúde Pública.

É no bojo desse modelo de assistência, que se identifica o Decreto/Lei, que autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional (Decreto/Lei 8.550/1946). No entanto, os serviços médicos dos IAPs não contemplavam a assistência psiquiátrica até fins dos anos 1950. Essa incorporação tardia da assistência psiquiátrica ao conjunto das práticas de saúde ocorre devido a psiquiatria ainda não gozar do status científico das outras especialidades médicas, em virtude da ineficácia de seus tratamentos e da situação deplorável de seus hospitais (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

O contexto histórico da década de 1960 foi marcado pelo Regime Militar no Brasil, que interrompeu o início das discussões sobre um novo modelo de assistência à saúde, como por exemplo, as discussões realizadas na III Conferência Nacional de Saúde em novembro de 1963. As ideias que pretendiam superar o modelo sanitário campanhista tornavam-se um crime. A noção de saúde, baseada no modelo biomédico, conservou-se durante esse período e se tornou mais evidente no ano de 1966, quando todos os IAP foram unificados em um único instituto: o Instituto de Previdência Social (INPS).

No rol de legislações desse período, pode-se citar o Decreto 55.474/1965, que Altera as denominações de órgãos do serviço nacional de doenças mentais do serviço nacional de doenças mentais do ministério da saúde e dá outras providências. E o Decreto 60.252/1967, que Institui no Ministério da Saúde, a campanha nacional de saúde mental, e dá outras providências.

Entre os anos de 1964 a 1974 o cenário político repreendia ideias sobre alternativas políticas, tal fato foi propício para o governo implementar a sua reforma institucional. De acordo com Jorge, Carvalho e Silva (2014), a generalização das privatizações pela compra de serviços particulares com o dinheiro público, valorizou a produção quantitativa de procedimentos do setor privado, favorecendo a empresa médico-industrial, que resultou na medicalização em massa da sociedade.

Para a área da saúde mental, esse momento ficou conhecido como a indústria da loucura. A expansão de ofertas de leitos reforçou o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. Essa política do Instituto Nacional de Previdência Social/INPS tinha vinculações conhecidas com o setor privado e tornou-se o principal obstáculo para a implantação de Programas de Assistência Psiquiátrica complementares e não asilares (SILVA, BARROS; APARECIDA, 2002).

Notas sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e o atual Modelo Assistencial em Saúde Mental

Com a abertura política no Brasil no final dos anos 1970 e início de 1980, reacende-se na sociedade o desejo de mudanças no sistema de saúde. Sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, questionando a saúde e as suas políticas. A discussão tomou força com os movimentos populares (associação de moradores, de mulheres, sindicatos, igreja e partidos políticos), que passaram a exigir soluções para os problemas da saúde criados pelo regime autoritário.

Nesse cenário, tornou-se indisfarçável que o sistema previdenciário brasileiro estava imerso a uma profunda crise, que se manifestou tanto no ponto de vista ideológico quanto no ponto de vista financeiro. Além da alta taxa de desemprego, as pessoas começaram a contestar a capacidade do sistema de saúde e a sua organização, que exclui desempregados e trabalhadores não contribuintes (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2009).

O ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano (BRASIL, 2005).

Esse movimento ficou configurado como Luta Antimanicomial, contra-hegemônico, que reclama pela Reforma Psiquiátrica. É sobretudo este Movimento que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (VARGAS; CAMPOS, 2019). Além dessas discussões, o Movimento propôs mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais, que seriam discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e que resultou na proposta do Sistema Único de Saúde - SUS.

Assim, em 1986 realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de diferentes atores sociais implicando na transformação dos serviços de saúde. O conjunto dessas forças pressionou a Assembleia Constituinte, que se instalou em 1987, para garantir a saúde como um direito de cidadania e não mais como um direito trabalhista (LUZ, 2000). Como resultado desse momento temos a inscrição, na Constituição Federal de 1988, do artigo 196, que assegura a “saúde como um direito de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução

do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A inscrição da saúde como direito de todo cidadão na CF, a mudança no conceito de saúde e a luta manicomial, implicaram no projeto de lei n. 3.657/1989, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios. Tal projeto tramitou onze anos e com intensa mobilização social para que não sofresse emendas que permitissem a reprodução do modelo clássico.

Ainda em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) deu início a um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. A repercussão a nível nacional dessa intervenção demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico (MOURA, 2011).

Identifica-se no mesmo ano o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Inspirados pelo Projeto, os movimentos sociais na década de 1990, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir deste período a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos (BRASIL, 2005).

Concomitante a esses avanços no cenário da saúde mental, no ano de 1992, realiza-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental e passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia. De acordo com Moura (2011), os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde.

É somente no ano de 2001 que a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo (MOURA, 2011). A Lei Federal 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Ao final do ano de 2001, em Brasília, é convocada logo após a promulgação da lei 10.216 a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dispositivo fundamental de participação e de controle social. A política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, impulsionam um novo ritmo para a saúde mental e passa a se consolidar enquanto política e a ganhar maior sustentação e visibilidade.

Em linhas gerais, os anos 2000 inauguraram a Política Nacional de Saúde Mental, que estabelece estratégias e diretrizes para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. De acordo com o Ministério da Saúde (2019), dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada por uma gama de serviços e pontos de atenção territorial. O artigo não tem o objetivo de esgotar a discussão acerca de cada um desses pontos de assistência às pessoas com transtornos mentais, mas se faz necessário apresentar os serviços ofertados pela RAPS, que compreendem o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.

Enquanto legislações recentes identificadas com a pesquisa, cita-se a Resolução CIT n. 32/2017, que estabelece diretrizes para o fortalecimento da RAPS e a Portaria n. 3.588/2017, que estampa em seu discurso a construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde e representantes estados (CONASS) e municípios (CONASEMS), anunciou medidas para fortalecer esse atendimento no SUS, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017). Tal mudança será analisada na seção seguinte.

Loucos, alienados ou pessoa com transtorno mental: para onde caminharemos?

As mudanças propostas para a Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT nº 32/2017 e Portaria nº 3.588/2017) colocam em risco o que foi conquistado com a Reforma Psiquiátrica. Pode-se afirmar que as políticas públicas de saúde mental estão numa encruzilhada histórica, onde os seus quase quarenta anos de construção estão

sobre forte ameaça com o retorno assombrado da indústria de leitos, baseada na mercantilização do sofrimento e terapias com aparelhos de eletrochoque.

Em Nota Técnica N. 11/2019 (CGMAD/DAPES/SAS/MS), o Ministério da Saúde presta esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

A Nota Técnica tem como mote principal a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial, com ajuste do valor das Autorizações de Internações Hospitalares no SUS (AIHs). Para sustentar essa decisão, afirma-se que “não há mais por que se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum serviço substitui outro”. Somado a essas justificativas, o Ministério da Saúde afirma que está atento a questão da escassez dos leitos em hospitais psiquiátricos e por esse motivo passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas.

O documento parece ignorar a história da saúde mental no Brasil, a qual expressa que foi a ênfase em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que permitiu a criação de uma gama de dispositivos – com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) –, garantindo o acesso a tratamento em liberdade e próximo ao local de moradia de usuários, com prioridade para aqueles com transtornos mentais graves e/ou egressos de longas internações (LIMA, 2019).

O que se coloca em risco é novamente trazer a internação para o centro da assistência a saúde mental. Segundo Siqueira (2019), o ideal é que a RAPS e os seus dispositivos sejam melhor financiados e ampliados, para se recorrer cada vez menos aos leitos. O autor completa afirmando que no ano de 2018 o orçamento para a saúde mental em 2018 não foi distribuído de forma satisfatória no Brasil. Do total de 320 milhões, dois terços foram destinados à rede privada, formada por hospitais psiquiátricos, manicômios e comunidades terapêuticas. Assim, apenas um terço dos recursos acabou destinado, de fato, aos demais equipamentos públicos da RAPS.

A partir desse panorama, visualiza-se que, atualmente, o investimento do recurso público serve para irrigar um modelo de saúde privada. Amarante (2019), corrobora ao assinalar que a ideia de colocar o hospital de novo no centro da rede é recolocar a questão do mercado privado da saúde, de um modelo que explora a internação e no qual as pessoas perdem o direito à cidadania e, muitas vezes, a vida”.

O fantasma do retorno dos hospícios é só a ponta do *iceberg* de toda uma cultura manicomial que ainda resiste na sociedade brasileira. A Nota Técnica ainda lança enquanto tratamento modernizado a assistência com Eletroconvulsoterapia (ECT) para

pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas.

O aparelho de eletroconvulsoterapia (os eletrochoques) passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, conforme a Nota Técnica. Justificam a compra de tais aparelhos com a afirmação de que é necessário buscar oferecer através do SUS o melhor aparato terapêutico para a população. No entanto, Amarante (2019), pontua que, com tantas prioridades e precariedades na saúde pública brasileira, o fato de priorizar e investir recursos na compra de ECT só indica que há uma pressão da indústria de equipamentos médicos.

Dessa forma, apreende-se que a nota desconsidera todos os debates e ações de construção do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Por tanto, o documento provocou intensa reação dos movimentos sociais, associações, conselhos profissionais, conselhos de saúde e comunidade acadêmica, todos comprometidos com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, podendo ser citadas a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), 2019; Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2019; Conselho Regional de Enfermagem - SP (COREN), 2019; Conselho Regional de Fisioterapia (CREFITO2), 2019; Conselho Regional de Serviço Social (CRESS-MG).

Por fim, assinala-se que o contexto político e ideológico dos dias atuais apresentam a ascensão ao governo federal de um projeto político ultraconservador, que coloca em risco a sobrevivência do Sistema Único de saúde e de outras políticas sociais. Nesse cenário, são identificadas o retorno ao cenário nacional de políticas centralizadas e impostas de cima para baixo, sem participação social ou construção coletiva.

Portanto, aponta-se algumas questões norteadoras para influenciar na continuidade do debate e sua profundidade: “As reformas que estão sendo realizadas estão fundamentadas em qual perspectiva política e ideológica?”; “Qual o valor aproximado de um aparelho de ECT e como ocorrerá a capacitação de quem vai aplicar tal tratamento?”; “Os direitos humanos estão sendo respeitados com essas reformas?”. A partir de tais questionamentos, assinala-se que o presente artigo traz as primeiras impressões acerca dos retrocessos para a política social, especialmente para a política de saúde mental, e aponta os caminhos para a sua análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por um longo período o modelo biomédico fundamentou as ações assistenciais às pessoas com transtornos mentais. Entre avanços e recuos, a saúde se tornou campo de intervenção do Estado através de políticas públicas, que apresentavam em seu

interior interesses opostos: de uma classe dominante e detentora dos meios de produção e dos interesses da classe trabalhadora.

Os manicômios e hospitais psiquiátricos, representados legalmente através das publicações no Diário Oficial da União, apresentam através de seus contextos históricos as dificuldades enfrentadas na consolidação dessas políticas e nas formas de cuidado ofertados às pessoas com transtornos mental. As terminologias utilizadas nas publicações oficiais das políticas, alertam-nos para os conceitos que ainda aparecem no vocabulário nos dias atuais, como a denominação de louco, alienado ou boco para se referir às pessoas com transtornos mentais. A história nos apresenta os seus fundamentos e nos alertam a relacioná-las aos seus momentos históricos, passo importante para reconhecer e deixar tais conceitos naquele tempo.

Com o amadurecimento teórico prático ocorreu o reconhecimento de que a psiquiatria sozinha não é capaz de dar conta da complexidade das questões psiquiátricas e que ela não é apenas uma disciplina que se pratica para gerar lucros, mas uma atividade política transformadora, que pode romper com a assistência paternalista que domestica populações, vende remédios e equipamentos médicos (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002). Dessa forma, a reforma psiquiátrica pressupõe uma mudança importante no que concerne a assistência às pessoas com transtornos mentais, substituindo os conhecidos asilos por uma transformação na organização dos processos de trabalho e na estrutura dos serviços psiquiátricos.

No entanto, essa transformação na área da saúde mental não aconteceu de forma linear e crescente. As legislações e os contextos históricos nos mostram os avanços e recuos que se deram na construção de uma política de saúde mental, que considera o sujeito em sua totalidade e oferece uma assistência digna e universal. Pode-se citar por exemplo a Lei 10.216/2001, que sofreu altos e baixos e, atualmente, é considerada e reconhecida como um marco na luta antimanicomial ao estabelecer a importância do respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais no Brasil.

Contracorrente aos avanços obtidos através da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde lança mudanças importantes na Resolução CIT nº 32/2017 e Portaria nº 3.588/2017, recordando a lógica do século XX, que prioriza hospitais psiquiátricos, opta por investir os recursos financeiros em dispositivos violadores de direitos, expande o credenciamento das comunidades terapêuticas, recria serviços obsoletos e iatrogênicos, como os ambulatórios especializados em saúde mental e ignora a redução de danos. Ao ignorar uma longa e árdua história social e política da saúde mental, o MS recua ao invés de avançar.

Tais elementos corroboram para elucidar a importância da temática, pois são grandes mudanças que estão acontecendo debaixo do nosso nariz e irão impactar consideravelmente na saúde e em outras políticas sociais da população brasileira. Cada eixo analisado neste artigo poderia render muito debate e necessita de aprofundamentos, por esse motivo, coloca-se o desafio de acompanhar as legislações e suas modificações, formando resistência teórica para combater a onda de retrocessos anunciadas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Retrocessos na política de saúde mental**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto 14.831/1921**. Disponível em <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viwTodos/37B3E8C0AE1B1F46032569FA00755C62?Opendocument>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto n. 4.778**. Disponível em <http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2006/004778-005-0-2006-002.htm>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto 24.559/1934**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto 17.185/1944**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del6259.htm. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto/Lei 7.055/1944**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del7036.htm. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto/Lei 8.550/1946**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del8570.htm. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto 37.990/1955**. Disponível em <https://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/273667/lei-1955-93>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto 48.961/1960**. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-48961-22-setembro-1960-388634-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Decreto 60.252/1967**. Disponível em <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viwTodos/26C40B9E58652B91032569FA0057C3D9?Opendocument>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Lei n. 1.132/1903**. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Lei 10.216/2001**. Disponível em <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Projeto de lei n. 3.657/1989**. Disponível em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Portaria** Nº **3.588.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Resolução** Nº **32.** Disponível em http://www.lex.com.br/legis_27593248_resolucao_n_32_de_14_de_dezembro_de_2017.aspx. Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Nota Técnica No 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Ministerio da Saude, 2019. Disponível em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

COHN A, ELIAS PE. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de saúde.** São Paulo: Cortez; 1996. cap. 1, p. 11-55.

JORGE, MAS., CARVALHO, MCA., and SILVA, PRF. orgs. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, 296 p.

LIMA, RS. **O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil.** Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt_0103-7331-physis-29-01-e290101.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciênc. saúde coletiva. 2012, vol.17, n.3, pp.621-626.

Ministerio da Saude. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.** Disponível em <http://www.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

MOURA, JA. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial.** Junho, 2011. Disponível em <https://psicologado.com.br/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

OPAS/OMS BRASIL. Folha informativa - **Transtornos mentais.** 2018. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em 15 de agosto de 2019.

PEREIRA, PAP. **Política Social – temas & questões.** Cortez Editora, 2008.

SEIXAS, AAA; MOTA, A; ZILBREMANN, ML. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico.** Rev Psiquiatr RS. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

SILVA, ATMC; BARROS, S; OLIVEIRA, MAF. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: A exclusão/inclusão social como intenção e gesto.** Rev. esc. enferm. USP vol.36 no.1 São Paulo Mar. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000100002. Acesso em 15 de agosto de 2019.

SIQUEIRA. E. **É um retrocesso de 30 anos na saúde mental.** ISC - UFBA 2019. Disponível em <http://www.isc.ufba.br/e-um-retrocesso-de-30-anos-na-saude-mental-critica-presidente-do-conselho-nacional-de-direitos-humanos/>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

VARGAS, AFM; CAMPOS, MM. **A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX.** Ciênc. saúde coletiva vol.24 no.3 Rio de Janeiro mar. 2019