

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO

ALDA VENUSIA ALVES DE OLIVEIRA

OS (DES)CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: análise da Política
Nacional de Saúde Mental Brasileira de 2016 a 2022

JOÃO PESSOA-PB

2022

ALDA VENUSIA ALVES DE OLIVEIRA

OS (DES)CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: análise da Política
Nacional de Saúde Mental Brasileira de 2016 a 2022

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba como requisito para a obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Serviço Social e Política Social.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Trabalho e Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Leite Gomes.

JOÃO PESSOA-PB

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

048d Oliveira, Alda Venusia Alves de.
Os (des)caminhos da reforma psiquiátrica : análise da política Nacional de Saúde Mental Brasileira de 2016 a 2022 / Alda Venusia Alves de Oliveira. - João Pessoa, 2022.
256 f. : il.

Orientação: Maria de Fátima Leite Gomes.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Saúde Mental - Psiquiatria. 2. Reforma psiquiátrica - Estado. 3. Rede de Atenção Psicossocial. I. Gomes, Maria de Fátima Leite. II. Título.

UFPB/BC CDU 613.86(043)

ALDA VENUSIA ALVES DE OLIVEIRA

OS (DES)CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: análise da Política
Nacional de Saúde Mental Brasileira de 2016 a 2022

Dissertação apresentada como exigência ao Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Serviço Social (PPGSS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como pré-requisito para a obtenção do título de mestre.

Aprovada em: 31/08/2022

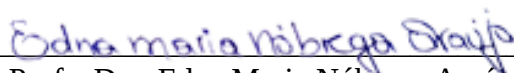
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria de Fátima Leite Gomes
Orientadora e Presidente da Banca
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Profa. Dra. Daniella de Souza Barbosa
Examinadora Externa ao Programa
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Profa. Dra. Edna Maria Nóbrega Araújo
Examinadora Externa a Instituição
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

Quero iniciar agradecendo a **DEUS**: por me proporcionar vencer os obstáculos no meu caminhar, como diz **Drummond**: “Nunca me esquecerei que no meio do caminho tinha uma pedra, / tinha uma pedra no meio do caminho” e quantas vitórias me permitiste, me inspiraste e me protegeste a cada passo dado, a cada dúvida vivenciada, mostraste-me o quanto és maravilhoso, obrigada a Vós e aos Espíritos protetores que guiam o meu caminho.

Ao meu **Pai** e a minha **Mãe**, *in memoriam*. Onde estiverem, que se sintam como parte integrante desta minha conquista. A vocês, que sempre me incentivaram, ensinaram-me a ser persistente, mostraram-me a importância dos estudos, e a levantar todas as vezes que porventura viesse a cair, aprendendo com os erros – assim como **toda a minha família** exemplificou. Como diz a grande poetiza **Cora Coralina**, “A vida tem duas faces: a positiva e a negativa, o passado foi duro, mas deixou o seu legado, saber viver é a grande sabedoria”, e nisso vocês foram meus grandes mestres. Obrigada por tudo!

Jamais poderia deixar de agradecer à **Joedna**, minha companheira: pela estrutura emocional que sempre me propiciou durante todo o período de mestrado, por todo seu carinho, atenção e desvelo, orientação, sugestões e afetos. Tomando as palavras emprestadas de **Cora Coralina**, “Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que sacia, amor que promove. E isso não é coisa do outro mundo: é o que dá sentido à vida”. Muita gratidão por você na minha vida!

Agradeço também às professoras **Edna Nóbrega e Daniella de Souza Barbosa**, por contribuírem, através de sugestões pertinentes e valiosas para o melhoramento da construção deste trabalho. Grata pelo carinho e disponibilidade de estarem comigo nesta caminhada, por me ajudar na concretização de um sonho, e por me fazer acreditar que eu podia continuar, “[...] numa ânsia de vida eu abria o voo nas asas impossíveis do sonho” (Cora Coralina). Gratidão! Gratidão também à **Celyane, Eryenne e Odaiza**, que como diz o poeta Bráulio Bessa, “[...] tem gente que lhe diz tudo que você precisa ouvir sem sequer abrir a boca, fazendo você sentir que por mais que seja duro, que o caminho seja escuro, a gente tem que seguir.” Assim foram vocês, amigas, que vou guardar sempre no coração.

Aos amigos(as) distantes dos olhos e próximos do coração, e aqueles(as) perto dos olhos e do coração, meu muito obrigada pela força, pela confiança, carinho, em especial **Tânia** ou, como prefiro chamar, **Nega, Janilce, Joseph, Malu**, disponíveis, apontando-me caminhos e me lembrando de que sou capaz, obrigada pela luz de sempre e pela presença na minha vida...

“Amigo é coisa para se guardar do lado esquerdo do peito [...] qualquer dia, amigo, a gente vai se encontrar” (**Milton Nascimento**).

Ao corpo docente da Universidade Federal da Paraíba do mestrado em Serviço Social, minha mais profunda gratidão pelo compartilhamento do saber, que nem a pandemia conseguiu desestimular, ao contrário, estiveram sempre nos impulsionando para seguir em frente, a contribuição de vocês foi essencial no desenvolvimento deste trabalho. Em especial, quero expressar minha imensa gratidão a minha orientadora muito querida, **Maria de Fátima Leite Gomes** que, apesar dos percalços da vida, esteve sempre presente, ajudando-me a trilhar o caminho do saber através dos nossos debates, depositando em mim a confiança e a maturidade para o meu crescimento como pesquisadora. Admiro você enquanto profissional e ser humano, muito me honra ter sido sua orientanda, sendo conduzida por você com tanto carinho e tanta competência profissional durante nossa jornada. Citando **Cora Coralina**:

SOU FEITA DE RETALHOS

Pedacinhos coloridos de cada vida
que passa pela minha e que vou costurando na alma.
Nem sempre bonitos,
nem sempre felizes,
mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.
Em cada encontro,
em cada contato,
vou ficando maior....
Em cada retalho,
uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...
que me tornam mais pessoa,
mais humana, mais completa.
E penso que é assim mesmo
que a vida se faz de pedaços
de outras gentes que vão
se tomando parte da gente também.
E a melhor parte é que nunca estaremos prontos,
finalizados...
haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.
Portanto, obrigada a cada um de vocês,
que fazem parte da minha vida

e que me permitem engrandecer
minha história com os retalhos deixados em mim.
Que eu também possa deixar pedacinhos de mim
pelos caminhos
e que eles possam ser parte das suas histórias.
E que assim,
de retalho em retalho,
possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de 'nós'”

Dedico este trabalho a todos(as) os (as)
usuários(as), Trabalhadores(as), familiares e
participantes do movimento da luta
antimanicomial em Saúde Mental.

Saúde não se vende, loucura não se prende. Manicômio nunca mais!
(Luta antimanicomial)

RESUMO

Esta Dissertação, intitulada “OS (DES)CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: análise da Política Nacional de Saúde Mental Brasileira de 2016 a 2022”, tem como motivação principal, investigar os desdobramentos das “novas” diretrizes normativas constituídas pelo governo federal, na particularidade de 2016 a 2022, em âmbito nacional. Tal objeto de estudo, perpassou, primeiramente, por uma digressão sobre a *loucura* em diversas épocas e conjunturas, bem como sobre a forma do *cuidar* ao longo dos tempos e até a atualidade, no cenário brasileiro. Igualmente, tem-se como objetivo, a intenção de contribuir com uma atenta e crítica leitura sobre as tessituras das suas expressões sociais no contexto social, a partir da efervescência da Reforma Psiquiátrica instaurada no Brasil. A importância desta pesquisa se revela, também, no imperativo de colaborar com o debate sobre a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, no cenário vigente e em suas repercussões para a população em geral. Essa discussão no âmbito da sociedade torna-se imprescindível, uma vez que, entender a diversidade de interesses face a complexidade sociopolítica, implica identificar, ainda, as consequências que vêm ocorrendo no seio da luta de classes. Desta forma, a Dissertação visa desnudar o jogo ideológico que mais aproxima a Política Nacional de Saúde Mental do campo conservador no Brasil. Nos últimos anos, a referida política tem se pautado na contramão de todas as realizações que, durante mais de trinta anos, estavam sendo conquistadas no Brasil através dos movimentos e lutas sociais para a área da saúde mental. Assim, pretendemos observar esses (des)caminhos através do procedimento metodológico crítico dialético que possibilita investigar com profundidade a realidade e suas contradições. A abordagem será qualitativa, tendo em vista que a problemática proposta será elucidada por meio de uma revisão bibliográfica e documental. Desse modo, a metodologia em curso para a elaboração da Dissertação em tela, propõe-se a analisar leis e normas estabelecidas, além de referenciais teóricos pertinentes para a produção do presente trabalho. Os documentos e textos investigados foram localizados, principalmente, através da rede mundial de computadores, com base nos repositórios de trabalhos da CAPES, Banco Digital de Teses e Dissertações; artigos; revistas especializadas; sites e links do Governo Federal; documentários; conferências de saúde mental; dados do Ministério da Saúde (MS), bem como às referências bibliográficas clássicas e secundárias sobre a temática. Quanto aos resultados da pesquisa, a atual legislação se apresenta de forma abusiva e contraditória, no sentido de existir uma tentativa de reimplantar a política hospitalar no cerne da Rede de Atenção Psicossocial. A chamada “indústria da loucura” volta ao cenário brasileiro e traz consigo todas as mazelas de um tempo em que a importância do cuidar vem a ser dada ao lucro. Na atualidade, essa visão retorna com mais veemência e está vinculada ao tempo em que os direitos sociais perdem a perspectiva de inserção social. Vem a ser retrógrada a “nova” proposta do governo federal em persistir com a velha política hospitalocêntrica. Desse modo, não é possível assistir impassivelmente à construção de um Estado autoritário que, enquanto representa interesses privados, em favor de um tipo de mercado, também cerceia a liberdade de pacientes, baseando-se em uma cultura higienista do século XIX, e direciona o empoderamento a uma classe médica que reforça o apoio à volta da internação em hospitais psiquiátricos e de suas práticas desumanas, como a da eletroconvulsoterapia.

Palavras-chave: Estado; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This Dissertation, entitled “THE (DES)PATHS OF PSYCHIATRIC REFORM: analysis of the Brazilian National Mental Health Policy from 2016 to 2022”, has as its main motivation, to investigate the consequences of the “new” normative guidelines established by the federal government, in the particularity of 2016 to 2022, nationwide. This object of study first went through a digression on madness in different times and situations, as well as on the way of caring over time and up to the present, in the Brazilian scenario. Likewise, the objective is to contribute with an attentive and critical reading of the fabric of its social expressions in the social context, based on the effervescence of the Psychiatric Reform established in Brazil. The importance of this research is also revealed in the imperative to collaborate with the debate on the National Mental Health Policy in Brazil, in the current scenario and its repercussions for the general population. This discussion within society becomes essential, since understanding the diversity of interests in the face of sociopolitical complexity also implies identifying the consequences that have been occurring within the class struggle. In this way, the Dissertation aims to lay bare the ideological game that brings the National Mental Health Policy closer to the conservative field in Brazil. In recent years, this policy has been guided against all the achievements that, for more than thirty years, were being conquered in Brazil through movements and social struggles for the area of mental health. Thus, we intend to observe these (mis)paths through the critical dialectic methodological procedure that makes it possible to investigate reality and its contradictions in depth. The approach will be qualitative, bearing in mind that the proposed problem will be elucidated through a bibliographical and documentary review. Thus, the current methodology for the elaboration of the Dissertation on screen, proposes to analyze established laws and norms, in addition to relevant theoretical references for the production of the present work. The investigated documents and texts were located, mainly, through the world wide web, based on the work repositories of CAPES, Digital Bank of Theses and Dissertations; articles; specialized magazines; Federal Government websites and links; documentaries; mental health conferences; data from the Ministry of Health (MS), as well as classic and secondary bibliographical references on the subject. As for the research results, the current legislation is presented in an abusive and contradictory way, in the sense that there is an attempt to reimplement the hospital policy at the core of the Psychosocial Care Network. The so-called “industry of madness” returns to the Brazilian scene and brings with it all the ills of a time when the importance of caring is given to profit. Nowadays, this vision returns with more vehemence and is linked to the time when social rights lose the perspective of social insertion. The federal government's “new” proposal to persist with the old hospital-centric policy has become retrograde. Thus, it is not possible to watch impassively the construction of an authoritarian State that, while representing private interests, in favor of a type of market, also restricts the freedom of patients, based on a hygienist culture of the 19th century, and directs the empowerment of a medical class that reinforces support around hospitalization in psychiatric hospitals and their inhumane practices, such as electroconvulsive therapy.

Keywords: State; Mental Health; Psychiatric Reform.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Redução de Leitos psiquiátricos no SUS dez. 2002 a dez. 2006.....	64
Gráfico 2 – A expansão anual da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir da década de 1980 até dez. 2006.....	70
Gráfico 3 – Expansão das Residência Terapêuticas no período 2002-2006.....	71
Gráfico 4 – Número de Beneficiário do Programa de Volta Para Casa 2003 a 2006.....	73
Gráfico 5 – Série Histórica do Indicador CAPS/100.000 Habitantes. Brasil Regiões.....	82
Gráfico 6 – Repasses de recursos federais de incentivo financeiro para o desenvolvimento de estratégias do componente Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2005 a 2013).....	97
Gráfico 7 – Série histórica de expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a 2015).....	98
Gráfico 8 – Leito SUS em hospital psiquiátrico por ano, no período de 2002 a 2015.....	100
Gráfico 9 – Número de Centro de Atenção Psicossocial por ano, no período 2003-2018.....	114
Gráfico 10 – Taxa de crescimento médio anual composta de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil por triênios, de 2003 a 2018.....	116
Gráfico 11 – Rede CAPS Incremento anual de CAPS – Brasil – 2003–2021.....	128

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relatório de Gestão no período 2016 a 2018.....	117
Figura 2 – Resultados e Desempenho de Gestão - 2019.....	129
Figura 3 – Resultados e Desempenho de Gestão - 2020.....	129
Figura 4 – Resultado de Desempenho da Gestão 2021.....	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais eventos brasileiros entre os anos 1980 e 1990 relacionados à Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial.....	47
Quadro 2 – Demonstrativo de Projeto de Lei nº 3.657/89 e a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001.....	52
Quadro 3 – Legislação Federal de Assistência à Saúde Mental no Brasil entre 1999 e 2002.....	56
Quadro 4 – Legislação Federal de Assistência à Saúde Mental no Brasil editada de 2003 a 2006.....	75
Quadro 5 – Componentes da Rede de Atenção psicossocial 2011.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH psiquiatria) 2002. Hospitais indicados para descredenciamento.....	65
Tabela 2 – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH psiquiatria) 2004-2006. Hospitais indicados para descredenciamento em 2004.....	66
Tabela 3 – Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial por UF: serviços existentes (dezembro de 2002 a dezembro 2006).....	69
Tabela 4 – Percentagem de CAPS em município por faixa populacional nos anos de 2006 e 2010.....	81
Tabela 5 – Número de CAPS por tipo, Unidade Federativa (UF), região. Indicador CAPS/100.00 habitantes. ¹ Dezembro de 2010.....	83
Tabela 6 – Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por tipo no período 2006 a 2015.....	99

¹ O cálculo do indicador CAPS/100.00hab. considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000hab., os CAPS II em suas diferentes modalidades, dão cobertura a 100.000hab e o CAPS III a 150.000hab. (Brasil, 2011, relatório de gestão 2007-2010, p.21)

LISTA DE SIGLAS

ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental
AB – Atenção Básica
ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIH – Autorizações de Internações Hospitalares
ANS – Agência Nacional de Saúde
ATEnf – Auxiliares e Técnicos de Enfermagem
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CE – Ceará
CF – Constituição Federal
CGMAD – Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
CIT – Comissão Inter gestora Tripartite
CLT – Consolidação das Leis Trabalhista
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CNSMI – Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial
CONAD – Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS – Centros de Referências da Assistência Social
CT – Comunidades terapêuticas
DAB – Departamento de Atenção Básica
DIP – Departamento de Imprensa e propaganda
DST – Doença Sexualmente Transmissíveis
EC – Emendas Constitucionais
ECT – Eletroconvulsoterapia
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FBH – Federação Brasileira dos Hospitais
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FAS – Fundo de Apoio social
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
LAPS – Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental
LD – Lei de Drogas
LOS – Lei Orgânica da saúde
MC – Ministério da Cultura
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
MJ – Ministério da Justiça
MRP – Movimento de Reforma Psiquiátrica
MRPB – Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira
MS – Ministério da Saúde
MT – Ministério do Trabalho
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF – Programa Bolsa Família
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do acesso e qualidade
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos serviços Hospitalares

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica

PSF – Programa Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RENILA – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

RGPS – Regime Geral da previdência Social

RP – Reforma Psiquiátrica

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

RUE – Rede de Atenção às Urgências

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARR – Serviços de Atenção em Regime Residencial

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SM – Saúde Mental

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SOSINTRA – Sociedade de serviços Gerais para a Integração para o trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

UA – Unidade de Atendimento

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UPHG – Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

TEA – Transtorno do Espectro Autista

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: da institucionalização à Reforma Psiquiátrica.....	25
2.1. Aspectos históricos da Saúde Mental: breve digressão	25
2.2. A Saúde Mental no Brasil e as primeiras protoformas da Reforma Psiquiátrica	33
2.3. O Movimento da Luta Antimanicomial brasileira e suas conquistas no campo da Saúde Mental 41	
2.3.1. A luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica na reversão do modelo hospitalocêntrico: uma luta contínua.	49
3. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ÂMBITO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	59
3.1. Construção da Rede de Atenção Psicossocial: a expansão dos serviços substitutivos.....	59
3.2. A Rede de Atenção Psicossocial Rumo à Desinstitucionalização.....	76
3.3. A Importância dos Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Reestruturação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).....	87
4. AS NOVAS DIRETRIZES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA NO CONTEXTO DE 2016 A 2022.....	103
4.1. As Normativas e Suas Diretrizes na Contramão da Reforma Psiquiátrica.....	103
4.2. O Traço do Conservadorismo na Política Nacional de Saúde Mental	118
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	138
ANEXOS	152

1. INTRODUÇÃO

Os anos de 2016 até 2022 têm sido marcados por um arriscado contexto para o Brasil e, especificamente, para a Política Nacional de Saúde Mental – que corresponde ao tema a ser abordado neste trabalho. Desse modo, o nosso objetivo principal será enfatizar o contexto social, político e econômico construtores dos caminhos e descaminhos da Política de Saúde Mental no país.

Podemos afirmar que o nosso primeiro contato com o tema *Saúde Mental*, deu-se bem antes da elaboração do nosso projeto de pesquisa para a seleção do mestrado em Serviço Social. A nossa vivência como Assistente Social, em um primeiro momento, ocorreu na Casa de Saúde Santa Teresa do Crato (CE), e posteriormente, no Centro de Atenção Psicossocial de Barbalha (CE). Atualmente, encontramos-nos atuando no Centro de Atenção Psicossocial de Farias Brito (CE), o qual veio a consolidar os principais questionamentos norteadores desta Dissertação, e que nos permitiu construir inquietações pertinentes à atual realidade, a partir das “novas” diretrizes à Política Nacional de Saúde Mental.

Outrossim, vale ressaltar a necessidade de estabelecer o surgimento da *loucura moderna*, quando se demonstra que a partir da ideia de razão, surgiram os sujeitos tidos como desarrazoados, ou desprovidos de razão, que deveriam ser julgados, trancafiados e, mais do que isso, esquecidos nas suas individualidades e no direito de produzirem discursos sobre si mesmos. Porque discursos sobre os loucos, quem deveriam enunciar eram os médicos psiquiatras. O hospício produz o doente mental, tendo em vista a verdade produzida pelo médico psiquiatra sobre a loucura.

[...] e todos os grandes abalos que sacudiram a psiquiatria desde o fim do século XIX, essencialmente colocaram em questão o poder do médico. Seu poder e o efeito que produzia sobre o doente, mais ainda que seu saber e a verdade daquilo que dizia sobre a doença. Digamos mais exatamente que de Bernheim a Laing ou a Baságlia, o que foi questionado é a maneira pela qual o poder do médico estava implicado na verdade daquilo que dizia, e inversamente, a maneira pela qual a verdade podia ser fabricada e comprometida pelo seu poder. Cooper disse: "a violência está no cerne do nosso problema". E Baságlia: "a característica destas instituições (escola, usina, hospital) é uma separação decidida entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm". Todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder; são tentativas de deslocar a relação, mascarar-la, eliminá-la e anulá-la. No fundo, o conjunto da psiquiatria moderna é atravessado pela antipsiquiatria, se por isto se entende tudo aquilo que recoloca em questão o papel do psiquiatra, antigamente encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar. (FOUCAULT, 2005, p. 71).

A psiquiatria, nascida e aparentemente destinada a consolidar o poder médico sobre a loucura, ou seja, um poder de produção de uma verdade capaz de assujeitar os indivíduos com o estigma da loucura, teve ao longo do século XX, seus projetos de construção de verdades absolutas questionados por pensadores como Canguilhem, Foucault, Baságlio, dentre outros. Ao analisarem a forma com a qual o poder médico instituía verdades sobre a loucura, estes autores questionavam a psiquiatria moderna e, assim, vieram a influenciar a elaboração de uma política de Saúde Mental no Brasil, muito embora não tenha se tratado de uma tarefa simples, a de separar práticas de exclusão das de afirmação da loucura, ainda na esteira da construção histórica de uma realidade de esquecimento e isolamento para as pessoas consideradas loucas.

No Brasil, o trabalho de grande expressão dos profissionais da Saúde em conjunto com a luta dos movimentos sociais, buscou contribuir para a organização de um novo cenário de inclusão social, baseado na autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico. Aos poucos, a palavra loucura como sinônimo de doença, foi sendo extinta do vocabulário e da atuação na luta por direitos, daqueles que anunciavam a necessidade de se pensar um lugar de inclusão, e não mais de exclusão, para o cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico. Em um campo de luta por inserção, foi sendo popularizada a expressão “Saúde Mental” como fonte de produção de um novo olhar: literalmente, de atenção na construção de políticas públicas voltadas para a incorporação de um olhar humanizado e inclusivo nos chamados espaços manicomiais. A meta era a de romper com as posturas de silenciamento e aprisionamento das pessoas em sofrimento psíquico, previamente consideradas como “loucas”, porém, produzidas social e culturalmente.

De Foucault a Baságlio, a proposta consolidada para se pensar a loucura no século XX, aproximou-se da luta por uma “despsiquiatrização” e pela desinstitucionalização dos indivíduos. As mudanças de saberes e práticas em Saúde Mental, alteraram o cenário voltado ao controle e aprisionamento das pessoas em sofrimento psíquico para o da oferta de atenção e de cuidado. Portanto, “a primeira condição para a manutenção do poder médico ‘despsiquiatrizado’ é o afastamento de todos os efeitos característicos do espaço asilar”. (FOUCAULT, 2005, p. 71).

Desse modo, no Brasil, em meados da década de 1970, mesmo dentro do sistema de ditadura militar, através da organização de movimentos sociais e combates por reformas, bem como diante da pressão da população por uma Reforma Sanitária e, de forma paralela, por uma Reforma Psiquiátrica, emergiu a *luta antimanicomial*, inspirada, principalmente, na reforma italiana da qual Baságlio (2005) foi seu expoente máximo.

Sob essas condições estruturais, cresceu a organização do Movimento por uma Saúde Mental, onde se buscava uma maneira de transformar o modelo assistencial fundamentado na institucionalização e no isolamento de usuários em grandes manicômios. É de importância lembrar o quanto a política de saúde que tinha sido adotada nos manicômios, considerava a invisibilidade social a forma mais adequada de tratamento. No Brasil da segunda metade do século XX, tornou-se urgente a elaboração de uma Política de Saúde Mental que superasse a então vigente: esta, identificada tanto pela precária qualidade de assistência, quanto à constante violação de direitos das pessoas em sofrimento psíquico internadas nos manicômios de diferentes cidades brasileiras. O aspecto precário desta forma de condução dos internos, explicitou uma situação inconcebível e obsoleta que precisava ser renovada, ou seja, era preciso construir um novo conceito acerca dessa assistência voltada para a Saúde Mental.

A partir do final da década de 1980, com a chegada do processo de redemocratização do país e, simultaneamente, com a inserção da Política Neoliberal – e com esta, todo o processo de minimização do Estado, acompanhado das privatizações, arrochos salariais, e retirada de direitos –, o cenário da Saúde Mental no Brasil continuava a ser modificado, embora houvesse a resistência de defensores da permanência dos hospitais psiquiátricos.

Apesar disso, era possível observar gradualmente o fortalecimento e a criação de um modelo substitutivo aos manicômios, pautado no tratamento fortalecedor dos vínculos familiares e comunitários, através de um processo contínuo de mudanças, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades: CAPS I; CAPS II; CAPS III (serviços 24h00m com o acolhimento noturno); CAPS AD e CAPSi; hospitais gerais (internamentos) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

Seguindo as estratégias de desinstitucionalização, foram criadas Residências terapêuticas, como também o “Programa de Volta pra Casa”. Este último correspondia à doação de bolsas para usuários egressos de longas internações, além das redes de apoio intersetoriais.

Como se pode observar, essas conquistas proporcionaram inovações e construção de uma rede de serviços, espaços de sociabilidade voltados para lidar com as emoções, sentimentos e pensamentos dos indivíduos e ou usuários dos novos procedimentos criados. Buscava-se romper com as práticas disciplinares de controle, ampliando as possibilidades de recuperação das pessoas tratadas, agora, enquanto sujeitos de direito. A atenção psicossocial dessa forma, abarcava as práticas substitutivas ao modelo asilar e, ao mesmo tempo, deixava uma “porta aberta” para as inovações e necessidades que certamente surgiriam ao longo do caminho, visto que nada permanece estático e encerrado.

Entre erros e acertos, paulatinamente, consolidavam-se as conquistas da luta antimanicomial, inclusive sendo instituída uma Política de Saúde Mental gerida por uma Coordenação Nacional de Saúde Mental, vinculada ao Ministério da Saúde que, naqueles idos, havia assumido um compromisso com o Movimento de Reforma Psiquiátrica.

A continuidade do processo de avanços se deu até a publicação da Portaria nº 2.043, de 11 de dezembro de 2015, com a troca da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015), por um parlamentar sem qualquer engajamento com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, numa clara tentativa de coalisão para o enfrentamento da crise política – ocorrida ainda no governo da então presidenta Dilma Rousseff que enfrentou uma sociedade misógina, machista e preconceituosa –. “A mudança adversa no cenário internacional em 2011 (governo Dilma) faz com que haja um desgaste – redução do crescimento dos Países emergentes, crise do euro, desaceleração do consumo, reduziu a desoneração da folha de pagamento da classe patronal”. (CARLEIAL, 2015).

Esse cenário contribuiu com o surgimento de críticas ao governo e, os neoliberais com a elite – ditos “donos do poder” –, se aliaram, forjando uma situação insustentável, e numa investida contra a democracia brasileira, a Presidenta Dilma Rousseff, eleita pela maioria da população, sofreu o impeachment através de um processo sem legitimidade.

Teve início, assim, o período de retrocesso em todas as áreas das Políticas Sociais e, mais especificamente, na Saúde Mental, a partir de um governo comandado pelo então presidente Michel Temer, que estabeleceu uma medida provisória a qual resultou na Emenda Constitucional nº 95/2016, onde determinou o congelamento dos recursos da União, referentes à folha de pagamento, às Políticas Sociais, entre outros, por um longo período correspondente a 20 anos. Outrossim, também podemos citar a destruição de direitos trabalhistas, iniciada e concretizada sem diálogo nem debates, num claro desmantelamento dos avanços nas políticas sociais conquistados até aquele momento.

Desse modo, no memorial da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), podemos encontrar as seguintes afirmações:

O conjunto das iniciativas tomadas visando inicialmente os retrocessos nas políticas públicas, foram se aprofundando impondo uma agenda de contra reforma psiquiátrica no País, tendo como características fundamentais, instrumentos de gestão públicas alheios a exigência constitucional da participação social e a valorização de equipamentos privados que tem como imperativo de “cuidado” o isolamento social. Bem como, o aumento dos recursos públicos repassados para os hospitais psiquiátricos (manicômios). (ABRASME, 2020, s/p).

Há, sim, uma nova agenda política para a saúde, e por que não dizer "Doença Mental"? Em dezembro de 2017, foi aprovada na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), com algumas modificações, as “novas diretrizes” para as políticas de Saúde Mental no Brasil, que se consolidaram com a divulgação da Nota Técnica 11/2019, intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”. Sua temática principal foi a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial, com ajuste do valor das AIH’s (Autorização de Internação Hospitalar), com a probabilidade de que os recursos oriundos de altas ou fechamento de unidades hospitalares, fossem revertidos na própria rede hospitalar psiquiátrica, ao invés de serem aplicados na rede substitutiva, como vinha ocorrendo até o ano de 2016.

A construção desta “nova” forma de compreender o tema Saúde Mental no Brasil é provocadora das principais inquietações da nossa pesquisa. Nessa perspectiva, objetivamos desconstruir e ou desnaturalizar os saberes que, através do processo de violência, exclusão e mercantilização da doença mental, buscou silenciar aqueles acometidos por suas várias expressões, problematizando assim, o que estamos denominando de (des)caminhos da Saúde Mental na atualidade.

Destarte, é essencial uma análise crítica propositiva, através do contexto histórico, identificando as circunstâncias políticas, sociais e a interpretação da totalidade dos fenômenos em questão.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foi realizada uma investigação bibliográfica com autores da área, bem como, as legislações referentes ao tema em questão, sob um enfoque analítico-crítico pautado no Materialismo Histórico Dialético. Desta feita:

O materialismo dialético é a abordagem metodológica para a compreensão deste real, para tanto busca captar os vetores do real – dinamismo, historicidade, provisoriedade, transformação; e, nesta captação, apreender os processos da prática social empírica dos indivíduos em sociedade e suas lutas de classes produtivas (FILIPPON *et al.* apud EGRY, 1994; MINAYO, 2006).

A abordagem deste tema sob a ótica do materialismo dialético possibilita um estudo que busca a compreensão do processo histórico, considerando os avanços e retrocessos políticos, ao longo de mais de trinta anos, entendendo a diversidade de interesses face às diferentes conjunturas nas quais a saúde mental está inserida, o que possibilita estudar com profundidade suas contradições, entendendo que a partir da percepção da totalidade, como diz Netto (2011):

[...] é a estrutura e a dinâmica do objeto que comandam os procedimentos do pesquisador. O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações. [...] diz Marx, é mister, sem dúvida, distinguir, formalmente o método de pesquisa. A investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e perquirir a conexão íntima que há entre elas. É o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou para “enquadrar” o seu objeto de investigação. (NETTO, 2011, p. 22,27,53).

Nesse sentido, a Dissertação será de caráter teórico, em que buscamos nos apropriar de fontes bibliográficas e documentais, cuja proposta é a de observar e historicizar a Reforma Psiquiátrica realizada no país² através de autores renomados que retratam e abordam o tema, além de estudos e pesquisas em outras dissertações e teses produzidas, em diferentes programas de Pós-Graduação, sobre o tema objeto de estudo.

Com relação às fontes documentais, é possível destacar o estudo da legislação voltada para o tema da saúde mental no Brasil; documentos e relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental; dados a serem extraídos de diferentes textos do Ministério da Saúde (MS); dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da própria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dentre outros.

As fontes documentais serão utilizadas em complemento às fontes bibliográficas, permitindo, assim a contextualização histórica, cultural, social e econômica de um lugar ou grupo de pessoas, conforme enuncia Fonseca (2002, p. 32):

A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, [...] tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão etc.

Dessa forma, pode-se destacar o quanto os documentos serão importantes para a análise aqui proposta. Partimos do pressuposto de que as fontes documentais permitem fazer análises qualitativas e quantitativas sobre determinados fenômenos.

² O movimento da luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica ocorreu mais incisivamente desde a década de 1970. Ele foi realizado por profissionais, usuários, familiares, além da sociedade civil buscando a melhoria das condições de trabalho e tratamento nos manicômios – Local de exclusão, encarceramento, negação de direitos e cidadania.

Com isso, entende-se que a partir do método crítico dialético, a problemática da Política Nacional de Saúde Mental será explicitada nas suas diferentes características. Pois, buscar-se-á compreender o processo social a partir da totalidade para apreender as especificidades históricas, com destaque ao entendimento do processo histórico que possibilitou os (des)caminhos da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Destarte, a estrutura apresentada na dissertação consta de uma introdução, que se refere a este momento, seguido de três capítulos, considerações finais, referências e anexos.

No primeiro capítulo, abordamos sobre “A trajetória da Saúde Mental no Brasil: da institucionalização à Reforma Psiquiátrica”, que discorre acerca de uma breve construção histórica do lugar da loucura, em diferentes períodos e conjunturas. Dentro dessa perspectiva, analisamos como se constituiu a institucionalização e como se desenvolveu ao longo do tempo no Brasil, as bases de organização da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica e seus interlocutores, evidenciando os caminhos percorridos e os enfrentamentos na tentativa de consolidação do processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico.

O segundo capítulo, enfocará “O Processo de Construção da Rede de Atenção Psicossocial no Âmbito da Desinstitucionalização”, analisando o contexto de diversidades de interesses, com avanços e retrocessos. Abordaremos, ainda, a propagação dos serviços substitutivos e seus impactos, especialmente, no período entre 2003 e 2016, bem como, a luta pela qualidade da assistência em Saúde Mental. Igualmente, iremos evidenciar o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), e sua contribuição na construção da consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além das estratégias utilizadas no modelo substitutivo ao manicomial.

O terceiro capítulo, discorrerá sobre “As novas diretrizes da Política de Saúde Mental Brasileira no contexto de 2016 a 2022”, com vistas a analisar a conjuntura em que se apresenta a contrarreforma do Estado, seus aspectos conservadores e suas implicações para a Saúde Mental (SM), enfocando o golpe ocorrido em 2016 e os seus desdobramentos para a Política Nacional de Saúde Mental, através das atuais diretrizes. Assim, as reflexões neste capítulo, terão como base, as normativas legais como fonte de pesquisa a consubstanciar a análise pretendida, utilizando as legislações pertinentes ao tema para avaliar em que medida contribuem para o avanço ou retrocesso da Saúde Mental, colocando-as enquanto elementos protagonistas do contexto atual.

Na sequência, seguem as considerações finais que vêm demonstrar o resultado das análises críticas, as quais são proeminentes das reflexões sobre o objeto de estudo. Vale ressaltar que, as considerações apresentadas, são frutos das relações sociais e políticas, constituídas

através das correlações de forças de um bloco histórico que se encontra no poder e, por meio deste, instaura a contra-hegemonia. Desta feita, os desdobramentos da referida contra-hegemonia vão desaguar no conjunto da sociedade brasileira, com consequências nefastas, danosas e que necessita da luta constante dos diversos movimentos sociais, com fins de recuperar direitos sociais usurpados da sociedade em geral, especialmente, dos mais vulneráveis.

2. A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: da institucionalização à Reforma Psiquiátrica

Este primeiro capítulo objetiva apresentar um breve histórico sobre a Saúde Mental no Brasil, entendendo a diversidade de interesses face às diferentes conjunturas nas quais a Saúde Mental está inserida.

De acordo com Bisneto (2007, p. 175-176), em seu livro *Serviço Social e Saúde Mental*:

[...] A sociedade capitalista é atravessada por interesses econômicos que estruturam relações de poder, que criam ideologias para justificá-las, e vice-versa. A loucura que faz emergir a incongruência dos valores sociais vigentes, que denuncia as ambivalências econômicas, morais, sexuais, políticas da sociedade, precisa ser neutralizada por um saber competente que a segregue do contato maior com o resto da sociedade [...] Daí pensamos que a transformação da loucura em anormalidade e depois em patologia só pode ser contextualizada pela análise da dimensão política da sociedade, articulada com as dimensões econômicas e ideológicas e não apenas por critérios científicos pretensiosamente neutros e aquém do social.

Nossa meta é analisar, à luz da teoria crítica marxista, os aspectos históricos e o contexto social e político experienciados ao longo desse processo. Para tanto, iremos fazer um balanço breve sobre o lugar da “loucura” durante as diferentes épocas. Iremos nos reportar ainda acerca da Saúde Mental no Brasil e suas configurações, assim como a desinstitucionalização da Saúde Mental no Brasil a partir da organização do movimento da luta antimanicomial e seus interlocutores, destacando sua trajetória ao longo dos anos, e a tentativa de consolidação do processo de desinstitucionalização dos usuários.

2.1. Aspectos históricos da Saúde Mental: breve digressão

As manifestações específicas acerca da “loucura” tiveram, em diferentes épocas, inúmeras interpretações e atributos. A loucura já foi considerada, por exemplo, castigo dos Deuses, expressão de sabedoria e possessão demoníaca. Dependendo assim, da organização social, das formas como os seres humanos desenvolviam suas relações de trabalho e distribuição no processo de produção e reprodução da vida material estabelecida nas diferentes conjunturas. (BISNETO, 2007).

As distintas apropriações históricas sobre a loucura, citadas acima, como lembra Bisneto (2007), permitem buscar o resgate histórico da loucura, a partir das contribuições de autores renomados. Desta feita, com base em Foucault (2005), a loucura como conceito se modifica historicamente; há um certo consenso de que as diferentes culturas humanas chamam de louco

e de loucura aquilo que é considerado estranho aos seus códigos. O louco, comumente, é alguém que não se expressa, não pensa, não fala e não age pelos códigos dominantes numa dada sociedade. Então, diante da evidente mudança pelas quais as sociedades e culturas humanas passam, através dos tempos, o pensamento do que vem a ser loucura se modifica. Destarte, cada sociedade descreve a loucura com características diferentes. Pessoas diferentes, dependendo da época e lugar, foram consideradas loucas.

Da antiguidade ocidental às sociedades humanas nativas das américas, os loucos possuíram lugar de destaque e, em diversos momentos foram exaltados como sábios e deuses. No entanto, há um determinado período da história humana quando as sociedades aceitaram com “naturalidade” o louco como sendo doente mental. Foucault questiona este aspecto na sua obra sobre a História da Loucura (2005), e não entende como foi humanamente possível aceitarmos, sem questionamento, a invenção da doença mental.

Por isso, na introdução deste trabalho nos apropriamos da expressão de que o hospício inventa/produz o doente mental. Durante muito tempo, ao longo da história, não existiu a figura do doente mental, ou seja, nem sempre se pensou o louco como doente mental, nem sempre o louco foi internado em um hospício, nem sempre se pretendeu curar o louco. Essas práticas que parecem tão naturais e tão óbvias, na nossa contemporaneidade, não são naturais. Elas são produtos da história e, como tal, são produtos de longas lutas. O encarceramento do louco é um produto imediato da emergência da ideia de razão. A *desrazão* só passou a existir quando surgiu a razão. Estamos falando de uma razão única, definida pelo projeto de Descartes que dizia “*se você pensa logo você existe*”. E, portanto, o louco não existia já que ele não pensava dentro dos critérios cartesianos. Desse modo, ele podia ser internado, ele podia ser “jogado” no hospício, e deveria, inclusive, ser tirado da nossa vista, porque a partir da emergência do mundo moderno, a loucura passou a ser vista como uma grande ameaça³.

No contexto das sociedades iluministas, a essência humana seria pautada na Razão. Se a loucura passou a ser entendida como a negação da razão, ela se tornou, também, a negação da humanidade. Ao ser desprovido de razão, os indivíduos considerados loucos perdem a categoria de humanos. Como podem ser considerados humanos se são incapazes de pensar? Na busca por uma solução (cura?), emergem as práticas da institucionalização, através do uso de eletrochoque, medicalização e exclusão social.

Conforme, Millani e Valente (2008, p. 6):

³ Para um maior aprofundamento da loucura como um conceito e a historicização deste conceito consultar: FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005; FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005

Nesse período, foram criados, em território europeu, os primeiros estabelecimentos para internação, destinados a receber os loucos. Essas casas de internamento eram verdadeiros cárceres que aprisionavam uma série de indivíduos, portadores de doenças venéreas, mendigos, vagabundos, libertinos, bandidos, eclesiásticos em infração, os próprios loucos, enfim, todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, demonstravam fonte de desordem e desorganização moral.[...]. Essas instituições (as casas de internação) foram criadas com a pretensão de se implantar a prática da correção e do controle sobre os ociosos, no intuito de proteger a sociedade de possíveis revoltas. No entanto, essa prática estava também comprometida com a punição dos internos, a fim de manter o equilíbrio e evitar a tensão social.[...]. O gesto que aprisiona os loucos tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais, há cumplicidade entre o poder burguês e a Igreja.

Historicamente essa foi a construção social em relação às pessoas em sofrimento psíquico, a ideia de irracionalidade, de animalidade. Era a manifestação da degradação e do suplício, dentro de um modelo de cuidado às avessas, recolhendo-os de maneira inadequada, em verdadeiros depósitos de pessoas, submetidas a trabalhar com baixa remuneração, como forma de promover, nos centros urbanos, o desenvolvimento através da higienização, impedindo a ociosidade e a mendicância.

A partir da idade moderna, período de intensas mudanças no ocidente, incidiram influências econômicas, políticas, sociais e culturais em decorrência do capitalismo industrial, em que o progresso técnico e científico concentrou, ao mesmo tempo, riqueza e renda de um lado, e exclusão social de outro, até a fase tardia (contemporânea): A loucura passou “[...] a ser considerada como uma falta de razão. O que representava um fenômeno complexo, passou a ser um fato negativado, desvalorizado, fora da normalidade.” (FOUCAULT, 1987 apud BISNETO, 2007, p. 173).

Na fase final da modernidade, início da contemporaneidade, período das grandes Revoluções, como a Francesa, e a Americana, o fim das monarquias absolutistas e o surgimento das sociedades liberais burguesas, Phillipe Pinel (1795) cria o alienismo na França e desenvolve um modelo de assistência oposto ao até então vigente. Agora havia sido assegurado o tratamento hospitalar exclusivamente para pessoas em sofrimento psíquico através da construção de manicômios. A loucura foi apropriada pelo discurso médico, e a psiquiatria constrói a noção de transtorno mental.

Dessa forma, para que fosse possível assegurar esse modelo, carecia de organizar uma nova ordem que tinha como características a restrição do espaço físico, com uma permanente vigilância e registro, como forma de apreender os pormenores desse saber. Assim, percebemos o afastamento do indivíduo com suas relações exteriores, portanto, isolado, institucionalizado, perigoso e inconveniente, o que se traduz na desvalorização, no desacreditar da pessoa em

sofrimento psíquico, no que concerne ao saber sobre si, de como entende sobre o momento pelo qual passa, as suas limitações. Acrescenta-se a isso a especialização médica e o seu saber.

No Brasil, o modo de assistir as pessoas em sofrimento psíquico, seguiu a mesma direção dos Países europeus no século XIX, onde o tratamento tinha como fundamento as instituições fechadas que trazia como pressuposto o isolamento, como afirma Resende (2007, p. 38):

[...] as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a necessidade de dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa.

Possuem como formas de tratamento a reclusão, tendo como objetivo “higienizar” as cidades dentro de instituições que podemos comparar a depósito de pessoas, sem vez, nem voz, sem direitos, sem esperanças, submetidas a péssimas condições de vida, relegados a um ambiente sem higiene, passando por espancamentos, fome, presos, esperando apenas o dia de morrer, assim podemos descrever as condições de vidas as quais eram submetidas as pessoas que precisavam de assistência em Saúde Mental.

O grande marco enquanto instituição psiquiátrica no País, foi a criação do Hospício D. Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro. Vale ressaltar que mesmo sendo uma época em que se iniciava os avanços no que se refere ao conhecimento científico, não havia um direcionamento assistencial voltado somente para pessoas em sofrimento psíquico, mas junto a eles, todos os diversos problemas como alcoolismo, epilepsia, deficiência física, ou ainda mães solteiras, mulheres adúlteras. Notadamente, bastava alguém apenas não vivenciar as convenções sociais da época para ser considerada “louca”⁴.

Como afirma Resende (2000), acerca da definição do normal e do patológico:

A definição do normal e do patológico não mais a partir de uma normativa pessoal de cada um, mas de um eixo de referência supra-individual, emanado das necessidades da economia, entendida aqui, no seu amplo sentido, como a práxis posta a serviço da produção e reprodução da vida social, permanece até hoje na ordem do dia como uma das questões centrais da problemática da doença mental e das instituições que dela se ocuparam. (RESENDE, 2000, p. 20).

⁴ Essas pessoas por não fazerem parte das forças produtivas, os “indivíduos diminuídos” a categoria de desumanizados, foram trancafiados em hospícios instituídos na era da razão e do período iluminista, tendo sido intensificados no decorrer do século XX. A partir das narrativas sobre a história da loucura e do tratamento sobre este, realizado no ambiente hospitalar, alguns segmentos da sociedade passaram a questionar a “invenção do louco” como doente mental.

Questionamos se não há racionalidades distintas e diferentes formas de racionalizar o mundo. Na loucura, há maneiras específicas de compreensão acerca do mundo. Formas distantes dos nossos códigos mais gerais e que, portanto, durante muito tempo não entendemos que as pessoas em sofrimento psíquico são diferentes daqueles que se encontram fora da clausura⁵.

Desse modo, quando os indivíduos passam a ser considerados como seres humanos que pensam e que racionalizam o mundo apenas de formas diferentes, há a divulgação da necessidade de não mais afastar a loucura do olhar de todos.

Assim, em meados do século XX, com o término da Segunda Guerra Mundial na Europa, inicia-se um debate acerca do saber psiquiátrico e do processo de desinstitucionalização, o qual se busca centralizar sobre o sujeito, discutir acerca dos manicômios e suas práticas, bem como as intensas mudanças sobre a proposta do cuidar, como afirma Rotelli (1990, p. 30):

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desse modo, a ênfase não é mais colocada no "processo de 'cura', mas no processo de 'invenção de saúde' e de 'reprodução social do paciente.

Surgiu, desse modo, uma demanda de abertura para outros conhecimentos, outros saberes, na intervenção do que concerne o sofrimento mental influenciando, profundamente, o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro.

Se na história ela passou a ser anormalidade, na história ela pode ser restituída à condição de fenômeno inerente às sociedades, e não apenas marginalidade, estigma. Ter reconhecido socialmente seu estatuto de singularidade pode permitir uma abordagem de atenção e cuidado ao sofrimento psíquico, mas respeitando suas características, e não um tratamento de ortopedia social, de reajustamento a uma pretensa normalidade social. (KINOSHITA, 1996 apud BISNETO, 2007, p. 174).

Ao mesmo tempo que se inicia os questionamentos com o trato à loucura, irrompe diversos movimentos opostos à função dos manicômios enquanto local de exclusão e de práticas violentas, colocando em xeque a forma de tratamento e do saber médico psiquiatra.

Em seu livro “Manicômios, Prisões e Conventos”, Goffman (1990), faz uma crítica as instituições totais, e caracteriza como estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação em tempo integral. Nesses locais as pessoas são subjugadas a um controle

⁵ Sobre o tênue limite entre a loucura e a suposta sanidade mental, consultar: PELBART, Peter, **Da clausura do fora ao fora da clausura**: Loucura e desrazão. São Paulo: 1994.

sistemático em relação as suas vidas, uma verdadeira violência, alienação mental e corporal, portanto necessário se faz a desospitalização e a desinstitucionalização da loucura. Na mesma época, conforme Bisneto (2007):

[...], na Inglaterra, Cooper e Laing também identificaram as instituições da sociedade capitalista, tais como a família e o trabalho alienado, como engrenagens transmissoras do sofrimento mental, e a psiquiatria e o hospício como o elo final da consolidação da alienação total dos usuários de serviços psiquiátricos: a alienação social pela exclusão, a alienação mental pela rotulação de “doente” e a alienação corporal pelo controle do espaço físico limitado, pela sedação por drogas etc. (BISNETO, 2007, p. 181).

Nesse contexto irrompe a psiquiatria social, com uma proposta de mudança integral, abrangendo o corpo teórico e o assistencial da psiquiatria, enquanto:

1. Processo de crítica asilar na medida em que o asilo passa a ser apontado como elemento responsável pelo alto índice de doentes crônicos. Esta crítica envolve um longo percurso, gerando-se no interior do hospício até atingir a sua periferia: inicia-se com os movimentos das comunidades terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e de psicoterapia institucional, atingindo seu extremo, com a instauração das terapias de família (BONNAFÉ, 1957, p.28. apud BIRMAN; COSTA, 2014, p. 44). 2. Num segundo momento essa Psiquiatria Social, torna-se Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (E.U.A) ou de setor (França). (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 44).

Assim, embora tenha se destacado esses movimentos, e eles diferissem em relação as formas teóricas conceituais, tinham o mesmo objetivo comum, que consistia na promoção da Saúde Mental enquanto terapêutica psiquiátrica, em detrimento da assistência eminentemente medicamentosa.

Segundo Bisneto (2007, p. 181):

O movimento de reforma psiquiátrica nas suas várias vertentes tem como ponto comum a inter-relação entre o social e o sofrimento mental, e a ênfase na transformação das instituições sociais que intervêm no tratamento dos transtornos psíquicos: as organizações asilos, hospícios, manicômios; as instituições psiquiátricas, a psicanálise, psicologia, psicoterapia.

As instituições asilares, os manicômios a partir de então, passam a ser considerados como responsável pela decadência humana dessa parcela da população, mantidos por longo período internados, tornando-os crônicos, e completamente custodiados. Esse movimento foi primordial para os inúmeros questionamentos acerca da Saúde Mental, mas em nenhum momento até então, tinha havido um rompimento definitivo com a dimensão histórica da instituição psiquiátrica. (BIRMAN; COSTA, 1994).

Como afirma Rotelli (1994, p. 150):

A experiência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico. A experiência francesa de Setor não apenas deixou de ir além do hospital psiquiátrico, porque ela de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalistas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos “normais” e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura.

Dessa forma, a experiência mais exponencial se deu na Itália, onde se procurava não apenas humanizar o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, existia uma crítica radical no que se refere à relação do médico e do usuário do serviço de Saúde Mental, considerando tudo que a instituição representava de saber, administração, leis, regulamentos, tudo que se referia a uma cadeia disciplinar e o processo de institucionalização massificador. O médico italiano, Baságlio (2005), utiliza-se da metáfora de uma fábula oriental como reflexão acerca das pessoas em sofrimento psíquico:

Uma serpente entra pela boca de um homem enquanto ele dormia e se aloja em seu estômago. A partir de então, ela passa a exercer a sua vontade em detrimento dos anseios do homem, sendo privado de sua liberdade e ficando sob os ditames da serpente. Depois de algum tempo, o homem percebe que a serpente havia partido e estava livre novamente, então se dá conta de que não sabe o que fazer. Após um longo período sob os imperativos da serpente, a sua capacidade de desejar, de querer, ficou adormecida, esquecida, "a ele só restara reconquistar pouco a pouco o anterior conteúdo humano de sua vida". (BASÁGLIO, 2005, p. 80).

Essa metáfora utilizada nos remete à reflexão: o que faz essas pessoas que tiveram suas vidas roubadas? Como reagiriam a sua liberdade? Compreendeu-se que o problema do sofrimento psíquico não é uma questão exclusivamente científica, a encontrar explicação e solução na ciência, mas é também um problema técnico, normativo, social e existencial. “Assim, a instituição inventada torna-se o conjunto de possibilidades de produção de vida e de reprodução social que não são apenas técnicas, mas sociais, políticas e existenciais”. (AMARANTE, 1996, p. 41).

Destarte, com a superação do modelo acima preestabelecido, a proposta italiana⁶ passou

⁶ A prática exercida por aquele psiquiatra na Itália, demonstrou que outro modo de ver e de tratar as pessoas com transtornos mentais era possível, as medidas da lei nº180 de 13 de maio de 1978, anunciou a desativação progressiva de todos os manicômios e a substituição destes, (os quais trancafiava seus usuários), de modo que o tratamento se resumia na medicalização do sujeito e do seu sofrimento, além de ocorrerem muitas mortes sem explicação, agressão física, no âmbito de uma estrutura ultrapassada e desumana. Muitos já não sabiam viver fora dos muros, foram abandonados pelos familiares e institucionalizados pela longa permanência naqueles locais insalubres. Além dessas buscas por mudanças, outras se deram como as transformações de hospitais psiquiátricos

a assistir de forma completamente diferenciada as pessoas em sofrimento psíquico; isto é, tratá-las dentro do território, na comunidade, a partir de um serviço de portas abertas, que visava a reprodução social dessas pessoas, respeitando os seus direitos, trabalhando as suas limitações e desenvolvendo as suas potencialidades, tendo como máxima a liberdade enquanto terapia.

Citando Rotelli (1994, p. 154), se trata também de construir uma relação acolhedora a partir da família, a saber:

[...] se trata de modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família, assim como se criavam dentro do manicômio e o processo de desinstitucionalização da família tem, fundamentalmente, as mesmas características. É preciso modificar as relações de poder entre as pessoas, fazer de tal forma que, numa dinâmica de poder diferente, não seja destruídos os pacientes nem os familiares e numa sociedade de capitalismo avançado, é necessário que existam serviços que ajudem as famílias; que ajudem as famílias a encontrarem uma dinâmica diferente, não destrutiva; que ajudem as famílias a não incorporarem o desvalor da doença, que ajudem as famílias a entenderem que a diversidade não deve se tornar um momento de destruição de algum membro da família.

Trabalhar junto com a família, portanto, fazia parte da nova proposta, um novo olhar, com novas perspectivas, um processo que ultrapassava os muros dos hospitais, se estendia a comunidade, modificando as relações de poder. Nessa perspectiva, a desinstitucionalização se consolidou efetivamente após intensa luta política na Itália, os manicômios foram extintos, porque para Baságlio (2005), não havia sentido a reforma da instituição hospitalar, mas uma sociedade sem manicômios, e devolvido às pessoas em sofrimento psíquico, algo que lhes fora retirado, a condição de cidadão.

No Brasil, o modelo Italiano de reforma da Saúde Mental foi o que mais nos influenciou. Conforme Nader (2016, p. 3):

Baságlio vinha ao Brasil para um ciclo de conferências a serem realizadas [...] Nelas, ainda que os locais, públicos e temas propostos fossem diferentes, a cena era basicamente a mesma. [...] fazia uma breve fala, [...] sobre o controle que a psiquiatria exercia sobre a população, em especial às classes miseráveis; e expunha o uso perverso do discurso científico dessa disciplina que, utilizando-se da instituição manicômio, fazia a gestão das massas de indesejáveis do ponto de vista econômico (na figura daqueles que não produzem), social (na figura daqueles que não seguem a ordem moral) e político (na figura daqueles que não obedecem ao regime vigente). Transmítia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta: relatava as mudanças de papel conquistadas juntos aos trabalhadores do manicômio de Gorizia, permitindo uma maior horizontalidade nas relações entre profissionais e pacientes; a abertura do manicômio em Trieste.

em hospitais gerais: o cancelamento da tutela, a restituição dos direitos constitucionais de votar, assegurando a proteção e a administração judicial de bens, retirando da exclusão milhares de pessoas invisíveis.

Assim, consideramos Baságlio (2005) como o principal expoente, inspirador do Movimento de Reforma Psiquiátrica, à luz do paradigma da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A seguir, iremos mostrar a trajetória manicomial frente à assistência em Saúde Mental no Brasil, procurando contextualizá-la.

2.2. A Saúde Mental no Brasil e as primeiras protoformas da Reforma Psiquiátrica

As crises cíclicas do capitalismo fizeram eclodir no final da década de 1920, o crash da bolsa de Nova York, a maior crise financeira dos Estados Unidos, trazendo consigo o colapso da economia mundial e, como consequências, a falência, o desemprego, a queda na produção industrial, a miséria, e uma longa recessão. Esse momento da história representou uma verdadeira catástrofe econômica para os trabalhadores, contribuindo para o adoecimento psíquico, impactando direta ou indiretamente a vida das populações envolvidas, levando a um aumento no número de suicídios. (HOBSBAWN, 1995).

O Brasil também foi atingido por essa crise, e como forma de superação desta, no governo de Getúlio Vargas foi criada uma política para alavancar o setor industrial, que na época era centrada na agro-exportação⁷, adotando medidas protecionistas. Um “Estado de Compromisso”, um pacto nacional⁸ pautado no apoio ao industrialismo, nacionalismo e trabalhismo, de cunho populista.

Destarte, o Sistema de Proteção Social⁹, iniciado no primeiro governo de Vargas (provisório 1930-1934), com a unificação das diversas Caixas de Aposentadoria e Pensões

⁷ Esse modelo se baseia na venda de produtos do setor primário (agricultura, pecuária, extrativismo) para o mercado externo.

⁸ A política econômica é orientada para- além de preservar a economia cafeeira, que ainda é o eixo principal da acumulação – favorecer o sistema produtivo voltado para o mercado interno e para diversificar a pauta de exportações. No entanto, esse “Estado de compromisso”, que pressupõe uma relativa autonomização do aparelho de Estado, o qual canaliza para seu interior as contradições econômicas e sociais do desenvolvimento capitalista, assumindo posição arbitral, não pode ser desligado dos interesses mais globais que resultam no fortalecimento de um novo polo hegemônico e de uma redefinição da inserção da economia mundial. Estará, portanto, vinculado – e de forma contraditória – a aplainar o caminho às formas de produção e acumulação que tem por centro a realização interna, especialmente o setor industrial. (IAMAMOTO, 2012, p.160). Tinha como objetivo atender tanto aos interesses das classes dominantes, como o operariado, já que havia muita pressão decorrida de problemas sociais advindos da miséria, êxodo rural, violência grande número de desempregados nas cidades mais desenvolvidas, e as crescentes inquietações da população. Diante de tal situação, o governo sentia-se pressionado a dar uma resposta de ordem político-econômica. (SILVA, 2011).

⁹ A partir do decreto 4.682 de 24 de janeiro de 1923, conhecida como lei Eloy Chaves, foram implantadas as primeiras as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os empregados das ferrovias, que tinham como benefícios principais a medicina curativa, aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez, pensão para dependentes e ajuda para funerais. Cabe destacar que a partir da década de 1930 houve uma celeridade na ampliação do seguro social tornando-se inconvenientes no sentido do excessivo número de pequenas caixas de

(CAPs), resultou no Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), na tentativa de uniformização das normas regulamentares por categoria (mais tarde, em 1967 foi substituído pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Além disso, o então Presidente criou a legislação trabalhista incluindo menores, mulheres e a estrutura sindical (corporativa).

O seu governo foi orientado por uma concepção centralizadora, teve como característica o desenvolvimento econômico, o nacionalismo e o controle social. Politicamente foi um período marcado pelo populismo e autoritarismo. Diante do exposto, concordamos com Iamamoto (2012, p. 162-163), quando ela diz:

A presteza com que as medidas de legislação social e sindical são projetadas e sua amplitude não podem ser vistas desligadamente da crise de poder que caracteriza aquela conjuntura e do longo processo de organização e luta do movimento operário[...] com exceção parcial dos anos 1934 e 1935 – função da conjuntura política existente – a repressão a mobilização do proletariado e a sua organização autônoma será uma constante [...] proteção ao trabalhador para a obtenção da harmonia social. Justiça social e incentivo ao trabalho; ordem social e aumento da produção.

Em 1937 foi estabelecido o golpe de Estado por Getúlio Vargas, o qual denominou “Estado Novo” e criou uma nova constituição para o país. Este governo fechou o Congresso Nacional, implantou a censura à imprensa e a propaganda oral ou escrita através do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), pelo decreto lei 1.195 de 27 de dezembro de 1939. Os partidos políticos foram suprimidos, suspensa a liberdade de reunião, alegando ameaça comunista. Foi uma época de repressão e tortura ideologicamente semelhante ao regime fascista italiano. Em relação a saúde ocorreram reestruturações:

Uma configuração diferenciada na política psiquiátrica assistencial brasileira: a partir de 1937 ocorreram reestruturações na assistência à saúde por parte do governo federal com a criação do Ministério da Educação e Saúde (MES) e da Divisão Nacional de Saúde (DNS). A essas instâncias de governo estava subordinada a Assistência a Psicopatas (1927-1941) e, posteriormente, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado em 1941 e responsável pela execução e expansão da assistência psiquiátrica a todo o território nacional, organizando-a em termos de novas estruturas institucionais e de aumento quantitativo do atendimento à população. (CASSÍLIA, 2011, p. 24).

Neste cenário, o setor público, por “necessidade” de suprir a ausência de investimentos

aposentadorias e pensões, além da ausência da uniformização das suas normas regulamentares. Assim, a partir da década de 1930, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões, por categorias profissionais; a Lei Orgânica dos Serviços Sociais (Decreto-lei nº 7.526 de 07 de maio de 1945), sendo marcado pelo esforço rumo à sistematização legislativa e à unificação dos órgãos previdenciais. Também merece destaque a promulgação do Decreto nº 20.465 de 01 de outubro de 1931 (que se poderia chamar de primeira lei orgânica da previdência social) que dispunha de aposentadoria, pensão para os membros das famílias em caso de morte, serviços médico, hospitalares e farmacêuticos. (IAMAMOTO, 2012).

na saúde pública passou a “comprar” do setor privado os serviços que não fornecia no âmbito público.

Na situação da saúde, estabelece-se uma cisão entre a Assistência Médica Individual e a Saúde Pública; estando esta a cargo do Ministério da Saúde e com a responsabilidade pelas ações de âmbito coletivo, ficando na dependência da parcela do orçamento fiscal destinada a esse Ministério; com relação à Assistência Médica Individual, esta fica sob a tutela do sistema de proteção social, cobrindo somente as pessoas que a ela têm acesso, sendo que os serviços oferecidos são produzidos pela rede privada de saúde e comprados pelo Estado com recursos advindos da Previdência Social. Então, materializa-se a formação de um setor privado da saúde que passa a ter o seu mercado garantido no plano estatal por meio da política de seguro social, haja vista que o Estado acaba por se transformar no maior comprador dos serviços de saúde privados, sendo estes prestados às classes assalariadas; logo, os produtores privados de serviços de assistência médica passam a ter a garantia de um negócio seguro, sem exigir obediência às regras da eficiência e competitividade.

Dessa maneira, encontramos um sistema de saúde que não corresponde a universalidade, separando o grupo contemplado com o sistema de proteção social daqueles que não a possuem, ficando a cargo das entidades filantrópicas a assistência aos demais cidadãos. É um sistema centralizado, predominantemente individual, oposto a promoção da saúde coletiva e privilegiando o setor urbano. No que se refere a psiquiatria, vale lembrar que esta foi tardiamente incluída como parte da Saúde por não ser considerada uma prática científica como as demais especialidades médicas, visto a falta de efetividade no tratamento, condição precária dos hospitais psiquiátricos e a falta de uma medicação específica, que chegou na década de 1950 no País. (BARROS, 1994).

Essa reconfiguração fez com que fossem ampliadas a estrutura e o número dos grandes manicômios no Brasil. Para regulação da psiquiatria que ganhou força com o pensamento do higienismo mental e da eugenia, dividindo as pessoas entre saudáveis e doentes. “[...] As políticas sociais resultam de interesses específicos e contraditórios que se alteram nos diferentes momentos históricos”, (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 4) conforme as diferentes conjunturas e as forças existentes que podem avançar ou retroceder.

A conjuntura da década de 1960 foi marcada pela instauração do Regime Militar no Brasil, que interrompeu o início das discussões sobre um novo modelo de assistência à saúde.

Por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde, em novembro de 1963, tiveram início às discussões sobre a Reforma Sanitária que pretendia superar o modelo sanitário campanhista em vigor, propondo sua substituição por uma rede municipalizada de saúde. O Golpe Militar de 1964 interrompeu essas discussões, confiscando os poderes locais, deixando os municípios sem autonomia de gestão e os recursos financeiros subordinados ao apoio político da ditadura, fragilizando a capacidade de formulação e gestão das ações locais de saúde, pelos vinte anos subsequentes. (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 4).

Ademais, o período acima instalou-se no Brasil sob a égide de um Estado tecnoburocrático, para estabelecer um sistema de poder autoritário e ditatorial como projeto para concentração de renda e a abertura para o capital internacional. Encontrava-se implícito o arrocho salarial e o endividamento externo. A Saúde durante esse período era fundamentada na figura do médico, com foco nas patologias, no curativo, sem considerar os diversos fatores sociais ou a subjetividade individual.

Em 1966, quando todos os IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensão) foram unificados através do Instituto de Previdência Social (INPS), a saúde continuava centralizada no médico e não nos indivíduos que necessitavam de atenção e cuidados. Na área da Saúde Mental foram formalizados convênios com hospitais psiquiátricos privados. “Esse acordo teve como consequência o repasse de mais de 90% das verbas destinadas à Saúde Mental brasileira para o setor privado”. (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009, p. 153).

Desse modo, a estrutura privatizante do modelo assistencial na saúde, encontra no empresariado do setor privado através da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), a representação para pressionar o governo e justificar o projeto de privatização e o financiamento da construção e ampliação dos hospitais privados, bem como o seu credenciamento automático. O referido credenciamento dar-se-ia através do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), a todos os hospitais construídos com os recursos do Fundo de Apoio Social (FAS), de caráter privatizante e lucrativo. (AMARANTE, 2010).

O chamado "milagre econômico", ocorrido no Brasil entre 1968 e 1973, trouxe um crescimento vultuoso que,

[...] atingiu, em 1973, uma marca recorde do Produto Interno Bruto (PIB), que aumentou 14%. O avanço veio acompanhado também de uma forte queda de inflação. A taxa, medida na época pelo Índice Geral de Preço (IGP), caiu de 25,5% para 15,6% no período. [...] para que o plano de crescimento funcionasse, os militares resolveram conter os salários, [...] através do aparato repressivo do regime sobre os sindicatos, que diminui o poder dos movimentos e de negociação dos operários. [...] A melhora na atividade econômica se explicava, à época, por uma combinação de fatores. Uma conjuntura mundial mais favorável naqueles anos permitiu crédito externo farto e barato. [...] O Brasil, por sua vez, criou regras que facilitaram a entrada de capital estrangeiro e investiu num programa de desenvolvimento do parque industrial além de reformas estruturais. O crescimento foi acompanhado pela abertura de novos postos de emprego no mercado formal e da expansão do consumo interno. [...] O milagre aconteceu principalmente regado a dinheiro internacional que aterrissoou através da entrada de multinacionais que encontraram no Brasil um terreno propício para a expansão sob a tutela dos militares, e também por empréstimos advindos de fundos internacionais [...] Como a distribuição dos resultados do crescimento econômico foi bastante desigual, a concentração de renda também aumentou muito no período, [...] Os altos índices de crescimento do PIB vividos enquanto a ditadura esteve instalada no País também não foram acompanhados de uma melhora nos indicadores sociais [...] investir maciçamente na industrialização, inclusive do campo, [...] um êxodo rural sem planejamento. (SANZ; MENDONÇA, 2017, p. 3-5).

Outrossim, o processo de modernização desse período caracterizou-se pela subordinação aos interesses multinacionais em detrimento dos nacionais. O aparelho estatal foi reestruturado com as reformas financeira e fiscal entre 1964-1965, previdenciária em 1966, a tributária e administrativa (1967), o que diminuiu a parcela dos gastos públicos, no produto interno bruto (PIB) e a centralização financeira por parte do governo federal; com isso, foi diminuído o gasto em Políticas Sociais assegurando maiores investimentos na infraestrutura econômica. (SCOREL, 2017). Aliado a estas questões acelerou-se o processo das privatizações da saúde, o que possibilitou gastos com a assistência médica dentro do orçamento da previdência social, enquanto o segundo maior do sistema estatal de proteção social.

Portanto, no final dos anos de 1960 e início da década de 1970¹⁰, o País se encontrava ainda sob o regime ditatorial¹¹. Havia uma intensa insatisfação com o regime antidemocrático instaurado, um clima turbulento, gerando impopularidade, e o desejo de redemocratização surgiu e possibilitou a organização da população através dos movimentos, inclusive o movimento estudantil tão combativo e presente no País naquele período.

Foi nesse momento conturbado, repressivo e autoritário que se construiu a chamada indústria da loucura, na qual os hospitais psiquiátricos particulares, conveniados ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em nome da lucratividade, incentivavam o internamento prolongado e, conseqüentemente, um processo de cronicidade das doenças. (AMARANTE, 2010). Esse período produziu suplício às pessoas em sofrimento psíquico que viviam nos grandes manicômios, em condições sub-humanas, como descreve Arbex (2013, p. 14), referindo-se ao Hospital de Barbacena- MG:

Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros da Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram

¹⁰ No período da ditadura militar, instituída com o golpe de 1964, a política social foi amplamente utilizada como compensação ao cerceamento dos direitos civis e políticos, praticado pelo Estado, que, graças à existência à época de um ciclo econômico expansivo internacional, deu continuidade à industrialização desenvolvimentista⁷ no País. E isso explica, de acordo com Oliveira (2010), a ocorrência de um avanço capitalista interno “em suas formas mais violentas” (p. 371). Nunca, afirma esse autor, o dístico positivista da bandeira brasileira — Ordem e Progresso — foi “levado tão ao pé da letra”: “poderosas empresas estatais se fortaleceram nos setores produtivos, fusões bancárias foram financiadas por impostos pesados, recursos públicos foram usados sem ambiguidades, não para preservar o velho, mas para produzir o novo — como a Aeronáutica e o ITA, criando a Embraer” (p. 372). Esse foi um aspecto que diferenciou as ditaduras militares do Brasil das de outros Países da América Latina, pois neles o Estado ditatorial que se implantou nos anos 1970 conviveu com a recessão econômica, dada a coincidência de sua implantação com “o início do longo período recessivo do capitalismo internacional” (Sader, 2008). (PEREIRA, 2012, p. 733)

¹¹ Para melhor aprofundamento sobre a história da Política de Saúde no Brasil, consultar: GIOVANELLA, Lígia (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil** – História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe militar à reforma sanitária- (SCOREL, Sara); 2ª edição revisada e ampliada, 3ª reimpressão, 2017, Rio de Janeiro.

ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque.

Essa descrição demonstra a barbárie em que estavam submetidas essa parcela da população, sem uma Política de Saúde Mental que trouxesse dignidade e tratamento adequados, apenas produzindo lucratividade para este setor através do financiamento público para o privado, com a compra de serviços de leitos psiquiátricos e procedimentos realizados.

Todavia, a partir do processo de redemocratização do País, os trabalhadores de Saúde Mental decidiram dizer não, a essa lógica:

Na construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social. Esta reforma democrática, que se consubstanciou na institucionalidade projetada na Constituição Federal de 1988, foi duramente confrontada pela hegemonia assumida pelo discurso liberal, o predomínio das decisões econômicas sobre a política e sobre a própria ordem constitucional e, por fim, a bem articulada propagação de uma reforma gerencial do Estado (FLEURY, 2009, p. 744).

Diante dessa conjuntura surgiu o movimento de Reforma Sanitária, que tinha como deliberação um sistema de saúde único, estatal, universal e descentralizado, cujo objetivo primordial era criar espaços de participação popular com controle e decisão da sociedade civil organizada, como forma de ampliar as oportunidades e chegar ao poder através da ocupação de postos estratégicos do Estado, principalmente na Previdência Social, promovendo dessa forma, o controle público, o fortalecimento e recuperação dos serviços de saúde pública. (COHN, 2002).

A Constituição de 1988 trouxe como parte integrante da Seguridade Social a Previdência, a Saúde e a Assistência Social, construindo a ideia de direitos sociais universalizantes como parte integrante do acesso à cidadania, e afirmando como dever do Estado prover as condições para sua execução e direito dos cidadãos, além da aprovação do

Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 e a sua regulamentação, através das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990.

Cabe destacar que esse período foi caracterizado por grandes mudanças econômicas e políticas, que dificultaram a consolidação desses direitos, uma vez que, eram antagônicos em relação aos interesses da classe dominante. Além da complexidade para se efetivar a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) considerando a desproporção em relação às diferentes regiões do País, com dimensões continentais.

Outrossim, na efetivação desses princípios foram enfrentadas tensões. O reflexo dos avanços sociais no Brasil acentuou, paradoxalmente, o conservadorismo, que tinha como objetivo minimizar a ação do Estado na regulação social, com privatizações de empresas estatais, abertura política da economia e “ajustes” estruturais.

Concomitante ao movimento de Reforma Sanitária, surgiu a mobilização da Saúde Mental, fundada tanto na crítica conjuntural, como na crítica estrutural ao saber e, às instituições psiquiátricas clássicas. Nesse período, ocorreram diversas denúncias de fraudes no sistema financeiro dos serviços, assim como, de abandono, violência e maus tratos os quais eram submetidos as pessoas em sofrimento psíquico, internados em hospitais psiquiátricos.

Destarte, esse modelo assistencial no Brasil, permitiu que o modelo de assistência à Saúde Mental, fosse orientado pela prática médica e medicamentosa, associada ao isolamento social através dos locais de institucionalização do sujeito em sofrimento mental, transformando esse sofrimento em artigo rentável aos empresários das indústrias farmacêuticas e dos hospitais psiquiátricos. E, dentro dessa lógica, a assistência ofertada ao público da Saúde Mental se fazia através de um investimento baixo, adotando o mínimo necessário para mantê-los naqueles locais insalubres, sem direitos e nem respeito enquanto sujeitos.

De acordo com Cohn (2002, p. 232-233):

Tem início no País o processo de transição democrática, com a mobilização da sociedade civil combatendo um Estado que a ameaça. É no bojo desse processo de luta pela democratização política no Brasil que se organiza um movimento de mobilização pela conquista da saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado. Dele fazem parte, fundamentalmente, professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas e movimentos populares por saúde, além de outros setores organizados.

Surge neste cenário a organização denominada Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), como um movimento plural, contemporâneo ao surgimento do Movimento Sanitário na década de 1970, que reivindicava uma mudança dos modelos de atenção à saúde, na gestão das suas práticas, na defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, no

protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços, no processo de gestão e produção de tecnologias de cuidado. (BRASIL, 2005).

Diante de tal propositura, a luta por mudanças no campo da Saúde Mental tornou-se mais forte, especialmente, a partir das frequentes denúncias de condições inadequadas ao tratamento psíquico, responsabilização por agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, fazendo parte dela o Movimento de Luta Antimanicomial, no contexto brasileiro.

É, especialmente, este Movimento, de campos de lutas variados, que passa a ocupar lugar central no que diz respeito às denúncias da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, do domínio de uma rede privada de assistência e de construir coletivamente uma crítica à psiquiatria tradicional, pautada no modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas em sofrimento psíquico.

O modelo brasileiro de assistência psiquiátrica foi historicamente e especialmente influenciado pelas experiências europeias, desde a origem da psiquiatria tradicional até o processo da Reforma Psiquiátrica. Assim, como o Brasil, diversos Países também instauraram propostas de um conjunto de iniciativas sociais, políticas, administrativas e culturais, cujo objetivo refere-se a transformar o aparato manicomial em um espaço do resgate da cidadania em que o trabalho passa a ser tematizado como lugar social para a inserção do “louco” no contexto social.

O movimento a favor da Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou um maior impulso quando da visita do médico italiano Baságlio, em 1979 (anteriormente mencionado), crítico da postura médica e da psiquiatria hospitalar tradicionais por se centrarem no princípio de isolamento social, na medicalização da vida das pessoas em sofrimento psíquico, na exclusão e na repressão. Ele chegou ao País falando sobre sua experiência com a reforma ocorrida em Trieste na Itália, que consistia em um modelo de atendimento que propunha um tratamento pautado na convivência familiar com base territorial e social, com respeito às limitações e desenvolvimento das potencialidades das pessoas em sofrimento psíquico. (VASCONCELOS, 2000).

No Brasil, essa experiência fez com que o movimento de Saúde Mental acreditasse na força da mudança, e com muita luta e certeza da necessidade de transformação, a fim de tornar os invisíveis, os não produtivos, os excluídos e sem importância para o sistema capitalista, como sujeitos de direitos, considerando que a Saúde Mental está relacionada não só a questões subjetivas e psicológicas, mas, sobretudo, às condições objetivas nas quais os sujeitos estão inseridos.

Contudo, houve um movimento de contrarreforma, ou seja, os grandes empresários lideraram embates com o objetivo de assegurar a continuidade dos seus lucros exorbitantes, através de um sistema de cuidados que institucionalizava e aprisionava as pessoas, considerando que o contexto sociopolítico favorecia o processo de privatização à época, uma vez que, estávamos sob a égide do período desenvolvimentista dependente.

A luta antimanicomial passou a ser contínua e imprescindível para que, paulatinamente, ocorressem mudanças na forma de lidar com os transtornos mentais e com os usuários dos serviços voltados para a Saúde Mental, compreendendo, inclusive, a fragilidade dos laços familiares, comunitários como também a existência do preconceito estrutural:

As relações sociais de produção envolvem contradições de classe (capital e trabalho) que se amplificam em contradições sociais (burguesia e proletariado) e políticas (governados e governantes). Toda a sociedade torna-se o “lugar” da reprodução das relações sociais. Todo o espaço ocupado pelo capital transforma-se em “espaço de poder” - a empresa, o mercado, a vida cotidiana, a família, a cidade, a arte, a cultura, a ciência, entre outros. (LEFEBVRE, 1973 apud IAMAMOTO, 2007, p. 49-50).

Assim, é necessário entender também que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), não pode ser vista de maneira isolada, pois devemos considerar os aspectos históricos dos fenômenos sociais, apreendendo que fazem parte de interesses privados e públicos, resultando na tensão entre as classes sociais opostas.

2.3.O Movimento da Luta Antimanicomial brasileira e suas conquistas no campo da Saúde Mental

A década de 1980 em termos políticos, caracterizou-se como uma época em que houve uma intensa luta a favor de um estado democrático de direito. Após duas décadas de ditadura militar no Brasil, nas palavras de Luz (1987 apud Amarante, 2010, p. 76):

[...] Os movimentos pela anistia geral e irrestrita, pelas eleições diretas e imediatas, ou pela busca de desaparecidos são exemplos em macro nível político, desse esforço, assim como a organização de associações comunitárias de moradores, de usuários de serviços coletivos, de consumidores, ou de ‘minorias’ (éticas sexuais) o são em micro nível, assinalando uma constante mobilização da sociedade civil durante a década para a transformação da ordem sociopolítica brasileira.

Destaca-se que a Assembleia Nacional Constituinte, com o objetivo de fundar um estado democrático, instituiu a nova Constituição Federal de 1988 (CF), um divisor de águas para a redemocratização do País. Vale lembrar que o contexto desta promulgação, em todo o seu

processo, envolveu muitos conflitos, entre o velho e o novo; uns querendo ampliar, outros querendo restringir a ordem social, política e econômica a qual se tentava estabelecer. A participação popular foi definidora para a vitória da democracia, através da constituição conhecida como Constituição Cidadã.

Constituíram-se muitos avanços, entre eles o que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS), considerado o maior movimento de inclusão social brasileiro, simbolizando o compromisso do Estado em relação a cobertura de Saúde e aos direitos dos cidadãos. Formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido na particularidade da saúde, através dos Conselhos Comunitários e Conferências de Saúde.

Desse modo, esboçou-se uma política de proteção social, através da seguridade social, fundada nas experiências mais avançadas do mundo, por meio de princípios solidários, redistributivos e universais. Evidentemente, dificuldades e impasses foram vivenciados e ainda são, sobretudo no que diz respeito ao financiamento setorial e às relações entre o público e o privado, mas que luta para continuar construindo uma saúde a partir de seus princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Destarte, mesmo com o avanço incontestável alcançados pelo SUS nos anos subsequente, no que se refere a descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde. Ainda trazia uma enorme desigualdade regional, uma fragmentação das ações e serviços de Saúde, permanecia ainda um modelo voltado ao modelo biomédico e ações curativas, “estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários”. (BRASIL, 2010a).

No entanto, na contramão desse processo, o Brasil avançava na elaboração e implementação de políticas sociais, acima referenciado, em decorrência da redemocratização e ampliação de direitos sociais. Todavia, os Países desenvolvidos se encontravam em uma fase que reverberou na derrocada do Estado de Bem-Estar Social, conforme expõem Draibe e Henrique (1988, p. 53):

[...] entre o final dos anos setenta e a segunda metade dos 80, tem-se a impressão de que o debate sobre a crise do Estado Benefactor mudou de tom. Antecedido pela visão otimista que, do pós-guerra até os 80, compreendia como progressiva e tranqüila a expansão do Welfare State, esteve fortemente marcado, no início dos 80, pelo pessimismo: conservadores ou progressistas, de distintos matizes e apelando para diferentes argumentos, tendiam a concordar que aquela que parecia ser a mais importante construção histórica do pós-guerra dos Países industrializados — o Estado do Bem-Estar Social — fundado sobre uma particular e fecunda aliança entre as políticas econômica e social, atingira seus limites, esgotara suas potencialidades. A crise, ao pôr a nu todas as tensões estruturais do Wélfare State, encaminharia

necessariamente soluções negadoras daquele, fosse o fim desta forma de regulação e, então, segundo os conservadores, uma volta aos sadios mecanismos do mercado, ou a edificação de uma nova estrutura, segundo os progressistas, mais próxima do que entendiam ser uma sociedade do bem-estar, assentada sobre novo tipo de sociabilidade.

Ainda de acordo com Draibe e Henrique (1988, p. 53):

Já quase ao final dos anos 80, aquelas certezas parecem abaladas. E certo de que a crise impôs restrições e, no plano das políticas sociais, muitos foram os reajustamentos processados. Entretanto, não apenas não se confirmaram as previsões pessimistas como as resistências ao dismantelamento dos mecanismos compensatórios e redistributivos expressaram uma defesa do Estado Protetor não prevista ou, pelo menos, pouco vislumbrada, situação que, se não significa certamente anular a importância dos temas discutidos, tem, contudo, imposto novos perfis e termos ao debate. Hoje, claramente, a discussão ampliou-se e remeteu as questões para o quadro mais geral das relações Estado, Economia-Sociedade, reduzindo o grau de autonomia com que foi concebida a “crise do Welfare State”. Quadro amplo de enfrentamento teórico, mas sobretudo político-ideológico, no qual possivelmente a batuta segue ainda firmemente em mãos dos setores neoliberais. O que impõe aos progressistas a exigência e o desafio de revisão e avanço teórico, num movimento de reflexão cujas potencialidades obviamente estão relacionadas com a capacidade que terão estas correntes de libertarem-se de estreitos e estereotipados marcos anteriores, para efetivamente captarem as atuais tendências de transformação das sociedades capitalistas contemporâneas.

Assim, em resposta à dimensão da crise econômica mundial, economistas de visão liberal¹², vão encontrar no chamado neoliberalismo¹³, a “solução para o esgotamento” do Estado de Bem-Estar Social, uma vez que, consideram:

Uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e

12 No século XVIII a liberdade individual surgiu como forma de mudar a economia e a sociedade absolutista. O liberalismo passou a negar qualquer interferência do Estado ou dos governos nos assuntos privados, especialmente no mercado. “A procura do interesse próprio pelos indivíduos, portanto seu desejo natural de melhorar as condições de existência, tende a maximizar o bem-estar coletivo. Uma mão invisível – o mercado – leva os indivíduos a promover um fim que não fazia parte de sua intenção inicial. [...] o Estado deve apenas fornecer a base legal, para que o mercado livre possa maximizar os “benefícios dos homens”. Trata-se, portanto, de um estado mínimo, sob forte controle dos indivíduos que compõe a sociedade civil, na qual se localiza a virtude [...]” (BOBBIO apud BEHRING, 2011, p. 59).

13 Segundo Harvey, o neoliberalismo era um projeto político lançado pela classe capitalista quando ela se sentiu muito ameaçada, política e economicamente, do fim dos anos 1960 até os anos 1970.[...] No front ideológico as ideias tinham então sua importância, [...] as universidades foram amplamente penetradas pelos projetos neoliberais que as cercam. [...] levaram adiante as ideias de **Friedrich Hayek**, de **Milton Friedman** e da economia da oferta. [...] No que diz respeito ao **trabalho**, o desafio consistia em tornar competitivo o custo do trabalho local em relação ao custo do trabalho globalizado. [...] Desta vez, os capitalistas escolheram outra via: exportar o capital de onde havia uma força de trabalho mais cara, mas para que a globalização funcionasse, era preciso reduzir as tarifas e reforçar o **capital financeiro**, [...] ao mesmo tempo, os projetos de privatização e de desregulação criaram desemprego. [...] um terceiro componente, as mudanças tecnológicas, a desindustrialização por meio da automação e da robotização. (HARVEY, 2017, p. 2-3)

preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; [...] garantir a qualidade e a integridade do dinheiro, estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e leis requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados. Além disso, se não existirem mercados (em áreas como a terra, a água, a instrução, o cuidado de saúde, a segurança social ou a poluição ambiental), estes devem ser criados, se necessário pela ação do Estado. Mas o Estado não deve aventurar-se para além dessas tarefas. As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) devem ser mantidas num nível mínimo, porque, de acordo com a teoria o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício. (HARVEY, 2005, p. 6).

O projeto do neoliberalismo se consolidou na Inglaterra, onde foi eleita como primeira-ministra Margareth Thatcher (1979-1990), Ronald Reagan foi nomeado presidente dos Estados Unidos (1981-1989), Helmut Kohl (1982 a 1998), na Alemanha. Em 1983, a Dinamarca, estado modelo do bem-estar escandinavo elege o governo de Gerhard Schröder (1998-2005) e do mesmo modo ocorreu em todos os Países do norte da Europa ocidental, com exceção da Suécia e da Áustria. (ANDERSON, 1995).

Na territorialidade brasileira, podemos sinalizar que, após a redemocratização do País, respectivamente através dos governos Collor de Mello (1990-1992), Itamar Franco (1993-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), que a onda neoliberal foi fortemente implementada, acompanhada por privatizações, pelo endosso do livre comércio e a minimização de políticas públicas desenvolvidas através do Estado, o que agudizou o desemprego e o subemprego.

Ademais, a partir dos anos 1990 ocorreram significativas mudanças na economia global tanto do lado produtivo como do lado financeiro. Intensifica-se a financeirização nessa fase do capitalismo, quando a riqueza financeira cresce mais rapidamente do que a riqueza real, em decorrência da abertura dos mercados financeiros, impulsionando um forte movimento de concentração de riquezas. Multiplicaram-se os aplicativos financeiros que atravessam rapidamente as fronteiras geográficas, sem quaisquer regras ou controles, produzindo crises periódicas, como foi a de 2008, cujos efeitos ainda não se esgotaram. (CHESNAIS, 2004 apud CARLEIAL, 2015).

A Saúde Mental nesse âmbito, bem como as demais políticas sociais públicas, vão ser alvo de corte de investimentos, redução e extinção de políticas públicas. Todavia, o movimento em defesa da Reforma Psiquiátrica mantém a luta para garantir os serviços substitutivos, que apontam para novo saber-fazer, levando em consideração a importância do cuidar dentro da comunidade, em serviço aberto, incluindo o usuário no processo de construção de sua cidadania.

Nesse contexto, surgiram os novos rumos para a Saúde Mental e sua trajetória de organização, cuja finalidade era e ainda é a desinstitucionalização, ressaltando que a estrutura

e o crescimento do movimento sanitário só foram possíveis através, também, dos movimentos sociais, a partir dos anos de 1970.

Na segunda metade dos anos de 1980, podemos destacar a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, numa conjuntura de ampliação do regime democrático, período em que se iniciaram a participação e a contestação popular, com a revogação de medidas que limitavam o voto e a organização política, dando assim as condições para promulgação da referenciada Constituição de 1988.

Esse período foi composto por realizações de conferências temáticas, entre elas as de Saúde Mental, com ampla participação de trabalhadores de quase todas as instituições do setor saúde e representação da sociedade civil. Importantes discussões se estabeleceram nesse evento. As principais foram: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘o financiamento setorial’; lançando assim, as diretrizes para a construção de um sistema descentralizado e único. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A partir das conferências Nacionais de Saúde foram ocorrendo também conferências temáticas como é o caso da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987. Nesta conferência, foi proposta a reformulação do modelo assistencial em Saúde Mental e consequentemente a reorganização dos serviços.

[...] trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. [...] finalmente, a própria questão das estruturas de cuidado ganha outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. (TENÓRIO, 2002, p. 35).

Esta conferência representou um marco histórico. Nela, foram estruturadas as propostas para a Reforma Sanitária brasileira e a reorganização da Saúde Mental, além de outras sugestões como a de solicitar a incorporação do Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM), aos programas de ações em saúde geral com o intuito de unificar esse sistema com os diversos subsistemas existentes para o conjunto da população.

Na territorialidade brasileira, podemos sinalizar que, após a redemocratização do País, respectivamente através dos governos Collor de Mello (1990-1992), Itamar Franco (1993-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a onda neoliberal foi fortemente implementada, acompanhada por privatizações, pelo endosso do livre comércio e a minimização de políticas públicas desenvolvidas através do Estado, o que agudizou o desemprego e o subemprego.

Ademais, a partir dos anos 1990 ocorreram significativas mudanças na economia global tanto do lado produtivo como do lado financeiro. Intensifica-se a financeirização nessa fase do capitalismo, quando a riqueza financeira cresce mais rapidamente do que a riqueza real, em decorrência da abertura dos mercados financeiros, impulsionando um forte movimento de concentração de riquezas. Multiplicaram-se os aplicativos financeiros que atravessam rapidamente as fronteiras geográficas, sem quaisquer regras ou controles, produzindo crises periódicas, como foi a de 2008, cujos efeitos ainda não se esgotaram (CHESNAIS, 2004 apud CARLEIAL, 2015).

O período do governo Fernando Collor de 1990 a 1992, adotou medidas de austeridade na área econômica como o confisco da poupança e diminuição dos salários em conformidade com as diretrizes do consenso de Washington.¹⁴ A alta inflação e a falta de investimentos na área social conforme Machado, Lima e Baptista (2017, p. 149):

Foi expressa em estratégias que contradiziam a Constituição Federal de 1988, como a (re)vinculação da Previdência ao Ministério do Trabalho. A ausência de legislação que garantisse o repasse dos recursos da Previdência para o Ministério da Saúde, que no início de 1990 incorporou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), ameaçava a sustentabilidade financeira do SUS. Nesse contexto, houve a discussão de leis específicas para cada área da Seguridade.

Nessa conjuntura, houve debates no que se refere a leis específicas para cada área da Seguridade, fazia-se necessário um sistema de Saúde unificado e integrado, com acesso garantido, qualidade e efetividade de fato. Assim, houve a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19/09/1990), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. No mesmo período, é criada a lei 8.142 de 28/12/1990, que se refere a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e recursos financeiros na área da saúde, porém com uma disputa acirrada entre os oposicionistas e o governo.

Durante esse processo de reestruturação da saúde, e de intensa crise econômica, o País também é atingido por uma crise política, com a denúncia de fraudes no Estado e a participação do então presidente e ministros do governo. Diante de toda a instabilidade apresentada nesse

¹⁴ "O Consenso de Washington foi a forma como ficou popularmente reconhecido um encontro ocorrido em 1989, na capital dos Estados Unidos. [...] Realizou-se uma série de recomendações visando ao desenvolvimento e à ampliação do neoliberalismo nos Países da América Latina[...] que giraram em torno de três ideias principais: abertura econômica e comercial, aplicação da economia de mercado e controle fiscal macroeconômico. [...] Disciplina fiscal, em que o Estado deveria cortar gastos e eliminar ou diminuir as suas dívidas, reduzindo custos e funcionários. Reforma fiscal e tributária, em que o governo deveria reformular seus sistemas de arrecadação de impostos a fim de que as empresas pagassem menos tributos. Privatização de empresas estatais, tanto em áreas comerciais quanto nas áreas de infraestrutura, para garantir o predomínio da iniciativa privada em todos os setores". Veja mais em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/consenso-washington.htm>

período e o processo de impeachment, renuncia o Presidente Fernando Collor, e no seu lugar é empossado o vice-presidente Itamar Franco.

O novo Presidente da República, chega ao governo seguindo a linha neoliberal e conservadora do seu antecessor, formulando uma nova pactuação com as elites econômicas, dentro da perspectiva capitalista internacional. O País encontrava-se em séria crise inflacionária e da moeda, que teve no lançamento do Plano Real em 1994, grande êxito. Esse governo buscou junto a burguesia a convergência de interesses com a coalização política.

Ainda durante essa gestão, conforme Machado, Lima e Baptista (2017, p. 150):

O debate da Seguridade Social foi reinaugurado, sob a perspectiva de revisão dos compromissos assumidos em 1988. Em 1993, efetivou-se a proposta do Ministro da Previdência de especialização de fontes e as contribuições sobre a folha de salários passaram a estar vinculadas apenas à Previdência Social. A interrupção do repasse de recursos do fundo previdenciário, associada à instabilidade das outras fontes, fez com que o setor saúde decretasse em 1993 “situação de calamidade pública”. Ainda assim, políticas importantes foram encaminhadas nesse período, em especial no que concerne à descentralização. Definiram-se estratégias de transição para estados e municípios assumirem a política de saúde local, com previsão de mecanismos de transferência direta e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde, visando a romper com a lógica convenial. Além disso, avançou-se na implantação de comissões intergovernamentais para a pactuação da política em níveis nacional (a Comissão Intergestores Tripartite – CIT) e estadual (as Comissões Intergestores Bipartites – CIB). Destacou-se ainda a institucionalização do PACS e do Programa Saúde da Família (PSF). Buscava-se um modelo de atenção que priorizasse as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e famílias, em contraposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital. Nesse momento, a estratégia desses programas foi direcionada para a população pobre identificada pelo “Mapa da Fome”

Entretanto, com a crise econômica e a ausência de clareza em relação ao texto constitucional, fez com que houvesse uma estagnação dos avanços até então obtidos na área, deixando assim a Política de Saúde precarizada diante das irresoluções do governo. Mesmo dentro do quadro apresentado, a Saúde Mental seguiu na luta, construindo os alicerces para uma mudança substancial, através de organizações e acontecimentos, os quais serão descritos no quadro 1, no período compreendido entre 1980 e 1990:

Quadro 1 – Principais eventos brasileiros entre os anos 1980 e 1990 relacionados à Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial

1987 - II Congresso Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental na cidade de Bauru- SP	Culminaria na criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, instituindo o dia 18 de maio como marco, cujo lema foi: Por uma sociedade sem manicômios. Instaura uma nova forma de pensar as instituições, tanto na macro como no micro reforma, envolvendo o usuário de Saúde Mental, os profissionais assim como fazendo parte desse processo de repensar a Saúde Mental os familiares, que passam a ser
---	---

	fundamentais na reforma psiquiátrica, como partícipes ativos fortalecendo ainda mais a luta (TENÓRIO, 2002).
1987 - Criação do 1º Centro de Atenção Psicossocial Luiz da rocha Cerqueira (CAPS) em São Paulo	Propunha um tratamento aos egressos dos hospitais psiquiátricos, atendendo diariamente ou conforme necessidade do indivíduo em sofrimento psíquico, oferecendo como tratamento além da clínica, atividades terapêuticas diversificadas através de equipe multiprofissional, considerando que a partir de então, esses sujeitos são considerados em sua totalidade e não mais visto de forma isolada, focado apenas na doença. (TENÓRIO, 2002).
1989 - Intervenção na Casa de Saúde Anchieta na cidade de Santos -SP	Era uma clínica privada conveniada com o Inamps, e que através de denúncias (logo comprovadas) de mortes, superlotação, abandono e maus-tratos, com repercussão nacional, demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico, com a implantação do Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos- SP, que tem seu funcionamento vinte e quatro horas, - a primeira demonstração de que a Reforma Psiquiátrica era possível e exequível. (TENÓRIO, 2002).
1990 - Criação da Associação de familiares e usuários dos serviços de Saúde Mental Loucos Pela Vida - Juqueri em Franco da Rocha, região metropolitana de São Paulo; Sociedade de Serviços Gerais para a Integração para o trabalho (SOSINTRA), no Rio de Janeiro; Associação Franco Baságlia em São Paulo	Vale salientar a importância da incorporação dessas entidades ao movimento de reforma psiquiátrica, dando um novo status agora com a chamada luta antimanicomial, com participação efetiva de familiares e usuários dos serviços de Saúde Mental. (TENÓRIO, 2002).
1990-Conferência Regional para Reestruturação de Atenção Psiquiátrica na América latina, a Declaração de Caracas	Foi assinada tendo por objetivo a promoção do respeito aos direitos humanos e civis das pessoas em sofrimento psíquico e reestruturar a atenção psiquiátrica com base na atenção primária à saúde, no âmbito dos sistemas locais de saúde. (OMS/OPAS- Declaração de Caracas, 1990).
1991- I Encontro de Usuários e Familiares da Luta antimanicomial em Santos/SP	Tinha como lema Loucura não se prende . “traz para nós uma ampliação do conceito da reforma psiquiátrica e para o usuário a saúde do lugar de objeto para o de sujeito político” (AMARANTE; TORRES, 2001, P.79), ou seja, o usuário agora passa a ser transformador, importante ator na modificação do lugar do “louco”. Esse encontro foi a preliminar para a II Conferência de Saúde Mental.
1992 - II Conferência de Saúde Mental	Foi sendo construída através da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores sociais e setores -social, político, cultural nas conferências municipais, regionais e estaduais. [...] Representou a culminação de um amplo processo de participação e debate, obtido através dos trabalhos de 500 delegados eleitos nos eventos estaduais e com composição paritária dos dois segmentos: usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviços. (BRASIL, 1994).

Fonte: Elaboração da autora com base em dados oficiais e autores, 2021.

Além da II Conferência de Saúde Mental (1992) aconteceram no mesmo ano, importantes eventos que contribuíram, também, para a organização e consolidação da desinstitucionalização nesta área, como o II encontro de Usuários e Familiares do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (1992) e a Reativação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (Órgão do Conselho Nacional de Saúde).

A luta, portanto, para que se concretizasse as transformações do modelo antimanicomial na Saúde Mental foi longa e permanece. A “indústria” da loucura foi paulatinamente sendo substituída pela construção de um modelo de atenção à Saúde Mental aberto e de base comunitária. Ela passou a ser marcada pela liberdade de expressão, em que usuários e familiares pudessem se fazer ouvir. Dessa forma, o processo histórico de crítica sistemática ao modelo asilar e da luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais, culminou com a materialização das Políticas Públicas de Saúde, nos idos de 1980. Em 1993, foi elaborada a “Carta de Direitos e Deveres dos Usuários da Luta Antimanicomial”, quando da realização do III Encontro Nacional das Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial.

A busca incessante pela concretização de um projeto que pudesse extinguir o modelo hospitalar, e atender ao novo paradigma que surgia no âmbito dos tratamentos em Saúde Mental, um novo olhar que se voltava para a coletividade confrontando com a barbárie asilar e que vai se efetivando apesar de todas os entraves, com a permanente resistência dos atores envolvidos.

2.3.1. A luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica na reversão do modelo hospitalocêntrico: uma luta contínua.

A política relacionada a Saúde, obteve alguns avanços como: o Programa Saúde da Família - PSF (ações básicas e da focalização nas famílias e áreas mais carentes), criação de agências reguladoras como a Agência Nacional de Saúde – ANS, o reforço da Vigilância Sanitária e o controle da mortalidade infantil. Vale lembrar que “nos grandes programas do Ministério: entre 1995 e 1998, o Programa Saúde teve uma perda 4 de 4,8 bilhões de Reais e o Programa Saneamento gastou em 1998 menos que em 1995”. (NETTO, 1999, p. 83).

Assim como as demais políticas, a Saúde Mental passou por mudanças. Até aqui ela crescia e se organizava para alcançar o anseio da Reforma Psiquiátrica (RP): Uma rede de serviços semelhante ao modelo de Trieste na Itália e Santos no Brasil, de base comunitária, objetivando a desospitalização, a abertura do financiamento e a construção de um consenso de legitimidade.

O período do primeiro governo do então presidente Fernando Henrique inaugurou a implementação do neoliberalismo e a sua política de privatização, tendo como pressuposto retirar o ônus do Estado e obter recursos extras para a caixa do governo, mantendo assim a economia mais competitiva e mantendo o Estado mínimo em suas funções sociais, conforme apregoava esse ideário. Nessa época, atravessávamos uma crise fiscal e a superinflação que acarretou grave crise econômica e social, com graves desigualdades de riqueza e de renda, o que facilitou a ideia de que havia uma necessidade real de reformas estruturais tanto no Estado, quanto na economia.

Para além das privatizações era necessário a mudança jurídica da constituição federal que tinha traços do nacional desenvolvimentismo e precisava ser adaptada a construção do projeto neoliberal, e assim foi feito através das Emendas Constitucionais (EC), e com o apoio do Congresso Nacional e seus aliados, o que permitiu a implementação das reformas econômicas, do aumento do capital internacional e das privatizações. Como afirmam Behring e Boschetti (2011, p. 156): “[...] a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais [...] em ações pontuais e compensatórias [...]”.

Vem a ser importante salientar que as políticas sociais não tiveram caráter universalizantes, mas focalista, fragmentada, como é o caso da educação. “Enquanto cresciam as demandas, o Governo Fernando Henrique sistematicamente cortava recursos, e isto em todos os programas na área de educação”. (NETTO, 1999, p. 68).

[...] o Governo considera que o Estado deve deixar de ser o “responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social” para se tornar promotor e regulador desse desenvolvimento, transferindo para o setor privado, as atividades que possam ser controladas pelo mercado. Isso vai se traduzir na generalização da privatização das empresas estatais e na publicização dos serviços de saúde, educação e cultura. Tornando possível que o estado abandone o papel de executor direto desses serviços. (IAMAMOTO, 2001 p. 120).

A política relacionada a Saúde, obteve alguns avanços como: o Programa Saúde da Família - PSF (ações básicas e da focalização nas famílias e áreas mais carentes), criação de agências reguladoras como a Agência Nacional de Saúde – (ANS, o reforço da Vigilância Sanitária e o controle da mortalidade infantil. Vale lembrar que “nos grandes programas do Ministério: entre 1995 e 1998, o Programa Saúde teve uma perda 4 de 4,8 bilhões de Reais e o Programa Saneamento gastou em 1998 menos que em 1995”. (NETTO, 1999, p. 83).

Assim como as demais políticas, a Saúde Mental passou por mudanças. Até aqui ela crescia e se organizava para alcançar o anseio da Reforma Psiquiátrica (RP): Uma rede de

serviços semelhante ao modelo de Trieste na Itália e Santos no Brasil, de base comunitária, objetivando a desospitalização, a abertura do financiamento e a construção de um consenso de legitimidade.

Os eventos aconteciam independente do apoio governamental ao modelo substitutivo ao manicomial e em 1995, ocorreu a realização de “Encontros de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial” e os “Encontros Nacionais do Movimento de Luta Antimanicomial”. Realizou-se na ocasião, a criação no Rio de Janeiro da “TV Pinel” e do grupo musical “Cancioneiros do IPUB em 1996. Igualmente, houve a realização em 2001 do “V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial,” da “III Conferência Nacional de Saúde Mental”, em Brasília, e o lançamento do filme “Bicho de Sete Cabeças”, baseado no livro: “O Canto dos Malditos”, de Austregésilo Carrano Bueno e, ainda, o “I Fórum Social Mundial”, em Porto Alegre.

O direcionamento político requeria alguém que trabalhasse com a mesma lógica neoliberal de Estado mínimo, e que impusesse limites a Política Nacional de Saúde Mental. Assim, o então presidente tratou de substituir a Coordenação Nacional de Saúde Mental, e conforme Borges e Batista (2008, p. 461):

O novo Ministro da Saúde entraria com um perfil de atuação voltada para harmonização com as teses econômicas do governo e efetuou mudanças na estrutura do Ministério da Saúde que repercutiram na condução política da Saúde Mental. Em 1997 foi instituída a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), responsável pela coordenação da formulação política e da avaliação no âmbito do SUS 7. Essa mudança levou a um enfraquecimento da SAS, que abrigava a Coordenação Nacional de Saúde Mental. E esta foi desarticulada enquanto estrutura de formulação política, sendo alocada na SPS com um caráter mais consultivo que propositivo, e sem poder de articulação interna ou externa.

Dessa forma, há uma desarticulação no que se refere a política, e somente em 1988 é criada a Resolução nº. 272/ de 05 de março de 1998 do Conselho Nacional de Saúde, somente de forma ilustrativa que propõe “criar a comissão visando estabelecer interlocução com o Ministério da Saúde para análise dos fatores que têm determinado o não cumprimento adequado das metas e estratégias da reforma psiquiátrica uma vez que o próprio conselho já havia se pronunciado sobre a matéria.

O segundo mandato desse Presidente, traz importante conquista para a área da Saúde Mental, a aprovação do projeto de Lei nº 3.659/89, de autoria do então Deputado

Paulo Delgado¹⁵, embora o referido projeto de lei tenha sido aprovado 12 anos após a sua elaboração e, com mudanças consideráveis em seu texto original. Sendo promulgada, a partir do citado projeto, a lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Apesar da demora para a construção de uma legislação específica e das mudanças promovidas ao projeto de lei original, sua implementação foi considerada um avanço para a Política Nacional de Saúde Mental, o que favoreceu a vários estados da federação para a constituição de suas leis, e a assistência ao usuário de Saúde Mental, (TENÓRIO, 2002) conforme demonstra o quadro 2, abaixo:

Quadro 2 – Demonstrativo de Projeto de Lei nº 3.657/89 e a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001

PROJETO DE LEI Nº 3.657/89 DE 12/09/1989, AUTORIA DE PAULO DELGADO	LEI 10.216 DE 06/04/2001
EMENTA: Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.	EMENTA: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.
Art. 1º Fica proibido em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico. §1º Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento. §2º Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto da Lei estadual. Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como, extinção dos leitos de característica manicomial. §1º As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano a contar da data da aprovação desta lei para apresentarem às comissões de saúde do poder legislativo, em seu nível, um planejamento e programa de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento. §2º É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação e do Ministério da Saúde ao nível federal.	Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religiosa, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. Art. 2º - Nos atendimentos em Saúde Mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único: São direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - Ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

¹⁵ O projeto de lei 3.657/89 do então deputado Paulo Delgado propôs a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros métodos assistenciais, além de regulamentar a internação compulsória.

§3º As secretarias estaduais constituirão em seu âmbito, um conselho estadual de reforma psiquiátrica no qual estejam representados voluntariamente, os trabalhadores de Saúde Mental, os familiares de usuários, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais da desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.

Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, e à autoridade judiciária local, preferentemente a Defensoria Pública, quando houver.

§1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§2º Compete ao defensor público (outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica de serviços, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.

§3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos de cidadão internado.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário, especialmente, aquelas constantes do decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934.”

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de Saúde Mental;

Art. 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de Saúde Mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de Saúde Mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não asseguram aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário.

Art. 6º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;

III - Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente

	registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento. § 1º- A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. § 2º- O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento. Art. 9º - A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e Art.10 - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de Saúde Mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo de vinte e quatro horas da data da ocorrência. Funcionários. Art. 11 - Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde. Art. 12 - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implantação desta Lei. Art. 13 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.”
--	--

Fonte: Elaboração da autora com base em dados oficiais, 2021.

A partir do quadro comparativo podemos compreender que a proposta inicial contida no texto do projeto de lei Nº 3.657/89 sofreu inúmeras mudanças, como já mencionado, retirando a força da contrarreforma, operando mudanças nos marcos da política desde a sua concepção. No primeiro, temos uma proposta de substituição de modelo e, no outro, de proteção, de direitos e redirecionamento. A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial. Como revelador dessa característica, podemos destacar o fato de sete (4º a 10º), de seus treze artigos, referirem-se exclusivamente à regulamentação da internação psiquiátrica, enquanto dois (1º e 2º) aludem aos “direitos e à proteção das pessoas acometidas de transtorno mental”. A mudança de modelo de atendimento aparece como uma sugestão no item IX do

parágrafo único, do artigo 2º, expressa como direito da pessoa em “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de Saúde Mental”. Os outros artigos se relacionam à responsabilidade do Estado, às pesquisas científicas e à criação de uma comissão para acompanhar a implementação da lei. No entanto,

[...] estabelece uma inflexão positiva. [...] que produziram, assim mesmo, uma lei progressista. Embora não tenha o impulso extraordinário que o texto original significaria, deve-se considerar que ela representa uma vitória importante, podendo ser um dispositivo efetivo de transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no País. (TENÓRIO, 2002, p. 52).

Assim, em seu artigo art. 4º, § 1º; § 2º; § 3º da lei 10.216 de abril de 2001, foi assegurado aos indivíduos o tratamento com finalidade de reinserção social, com assistência integral, incluindo equipe multidisciplinar, ao mesmo tempo em que proíbe o internamento em instituições com característica asilares, ou seja, apesar do avanço que nos trouxe a lei em questão, não está contida nela proibição na contratação dos hospitais, apenas restringe o internamento “[...] em qualquer de suas modalidades, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” (BRASIL, 2001). Também apontamos a falta de definição dos recursos e critérios para avaliação e cobertura da assistência extra hospitalar.

No artigo 5º, é assegurada a pessoa que permaneça por longos períodos de internamentos em hospital psiquiátrico ou que tenha dependência institucional ou ainda com a falta de suporte social, política específica para alta planejada e reabilitação psicossocial, demonstrando que o modelo hospitalocêntrico tornou-se obsoleto porque era baseado em uma cultura assistencial voltada à internação e ao tratamento medicamentoso como únicas formas de tratamento psíquico. A internação, por sua vez, frequentemente foi relacionada a violação de direitos humanos e trouxe consigo a exclusão, a reclusão e a cronificação dos quadros de sofrimento.

A lei em questão redefine a intervenção e a proteção dos usuários com problema psíquico, priorizando os serviços de base comunitária, os seus direitos, impulsionando um novo movimento na Saúde Mental brasileira e no seu processo de reforma psiquiátrica, permitindo novas modalidades de assistência. Importante lembrar que essa lei foi questionada principalmente por donos de hospitais psiquiátricos e clínicas privadas conveniadas ao SUS (Sistema Único de Saúde), onde somava-se mais de 80% dos leitos psiquiátricos, segundo a Organização Mundial da Saúde. (OMS, 2005 apud BRASIL, 2005)¹⁶.

¹⁶ BRASIL, Ministério da Saúde – Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

Vale salientar que, antes mesmo de ser aprovada, a lei acima mencionada inspirou leis estaduais prevendo a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos, com incentivo para abertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a utilização de leitos psiquiátricos em hospital geral, além da notificação das internações involuntárias e a definição dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Os Estados que aderiram inicialmente a criação das leis¹⁷, foram: o Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e o Rio Grande do Sul.

Destarte, apesar das críticas, é inegável o avanço que a legislação proporcionou a reorientação da Saúde Mental, possibilitando um número considerável de hospitais serem descredenciados ou fechados por não cumprirem as condições necessárias contidas na lei, assim como ratificou o incentivo a criação de novos equipamentos substitutivos de assistência as pessoas em sofrimento

Assim, as legislações ao longo do tempo, foram dando suporte jurídico para a efetivação do modelo de atenção à Saúde Mental. Tratam-se de importantes legislações, dentre outras que, ao longo do percurso vêm dando suporte à Política Nacional de Saúde Mental brasileira e tem em seu bojo, o princípio de desinstitucionalização, entendendo que a construção efetiva de condições no que se refere ao cuidado comunitário de forma contínua e qualificada, seja necessário para o atendimento a todos que apresentem necessidades de acessar ao tratamento, reabilitação e reinserção social. (MS, 2016).

É possível observar no quadro 3 a seguir, o quanto a legislação federal, entre 199 e 2002 trouxe um pouco deste suporte jurídico mencionado acima:

Quadro 3 – Legislação Federal de Assistência à Saúde Mental no Brasil entre 1999 e 2002

Lei 9867 de 10/11/99	Dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando a integração social dos cidadãos conforme especifica. Tem como finalidade inserir as pessoas em desvantagens no mercado econômico, por meio do trabalho. Esta lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Há uma evidente analogia com as chamadas “empresas sociais” da experiência de reforma psiquiátrica italiana. O projeto original é de iniciativa do deputado Paulo Delgado (PT-MG). (BRASIL, 2004, p.p. 15-16).
-----------------------------	---

¹⁷ A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, 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. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a Saúde Mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

Portaria Interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002	Prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas Estabelece mecanismos para extensão da assistência em saúde do Sistema Único de Saúde aos detentos do sistema penitenciário, incluindo-se a Saúde Mental. Essa iniciativa inédita permitirá não só estender o olhar e o cuidado em Saúde Mental às prisões, mas também pensar um novo modo de lidar com a questão dos manicômios judiciários. (BRASIL,2004, p.92).
Portaria GM no 1.077, de 24 de agosto de 1999	Dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica. Assegura medicamentos básicos de Saúde Mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em Saúde Mental. Representa um aporte efetivo e regular de recursos financeiros para os estados e municípios manterem um programa de farmácia básica em Saúde Mental. (BRASIL,2004, p.99).
Portaria GM no 106, de 11 de fevereiro de 2000	Cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos". (...)A importância estratégica, para a reestruturação da assistência psiquiátrica, da implantação dos lares abrigados, agora mais apropriadamente designados de serviços residenciais com função terapêutica, parte que são do conjunto de cuidados no campo da atenção psicossocial. (BRASIL,2004, p.104)
Portaria GM no 251, de 31 de janeiro de 2002	Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura e a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.
Portaria GM no 336, de 19 de fevereiro de 2002	Estabelece as modalidades de serviços dos Centros de Atenção Psicossocial de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria no 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS. (. (BRASIL,2004, p.136).
Portaria GM no 816, de 30 de abril de 2002	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional- de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios como está contido no art. 1º. (BRASIL, 2004, p.142).
Portaria SAS nº 305, de 3 de maio de 2002	Aprova as normas de funcionamento e cadastramento de CAPS para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2004)

Fonte: Elaboração da autora com base em dados oficiais, 2021.

Na consolidação desta legislação, fez-se necessária a articulação de uma ampla e diversificada rede de base territorial, a criação de condições para a construção social no que se refere a questão da Saúde Mental e a oferta permanente de qualificação aos trabalhadores, bem como, o acesso e a garantia para a concretização do protagonismo dos usuários e familiares, além do engajamento da administração pública.

Importante ainda destacar a organização e atuação dos movimentos sociais na consolidação do conquistado modelo de assistência à Saúde Mental e na crítica às instituições

asilares, características que destacam e qualificam essa política e que a diferencia, sendo destacada pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e OMS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Assim, entendemos que a desinstitucionalização perpassa a articulação de movimentos sociais e políticas públicas, debates e eventos científicos, com os seus diversos atores, quer sejam, usuários, familiares, trabalhadores da Saúde Mental e sociedade civil em geral. É um constante construir e reconstruir, no sentido de possibilitar o fortalecimento da contratualidade, da convivência familiar e comunitária da pessoa em sofrimento psíquico. Dessa forma, a RAPS deve estar fortalecida em todos os seus pontos de atenção, para promoção do bem-estar e da cidadania do usuário de Saúde Mental, o qual iremos tratar no capítulo seguinte, no âmbito da desinstitucionalização.

Entretanto, no começo da década de 2000, no Brasil, que como diz Emir Sader (2011, p. 1) “anunciam a esperança de um novo período histórico: o pós neoliberalismo”. A eleição de Lula da Silva significou a construção de um modelo de desenvolvimento que atribuía à parceria do Estado com o mercado, na “intenção de regular” a disciplina fiscal e monetária, a serviço do crescimento rápido e sustentado da economia do País. Neste sentido, a legitimidade social e política do novo projeto burguês, deu-se também, com vistas à execução de políticas públicas que contemplassem, “satisfatoriamente,” às demandas da população, a exemplo da Saúde Mental, por meio da “eficiência” dos seus equipamentos sociais.

3. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ÂMBITO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O terceiro capítulo enfocará a construção do processo de desinstitucionalização da Saúde Mental, como processo social, em que as políticas de saúde se revestem de grande complexidade na sua trajetória e as propostas de reforma encontram um processo lento e entrelaçado por uma diversidade de interesses e consequentes avanços e recuos. (SILVA *et al.*, 2002).

Assim, iremos abordar o desenvolvimento e a construção da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil e a expansão dos serviços substitutivos, procurando identificar as iniciativas e seus impactos no período que corresponde de 2003 a 2016. Procuraremos, também, analisar as contradições e os condicionantes desta política, observando os diversos contextos e suas mudanças, bem como os desafios na busca pela qualidade da assistência em Saúde Mental.

Buscaremos ainda, focar a contribuição do Movimento da Reforma psiquiátrica (MRP), enquanto impulsionador das mudanças ocorridas nesta política, para construção do fortalecimento da Atenção Psicossocial e suas estratégias enquanto modelo substitutivo ao modelo manicomial, apontando os possíveis caminhos para as pessoas em sofrimento psíquico.

3.1. Construção da Rede de Atenção Psicossocial: a expansão dos serviços substitutivos

Passados os primeiros anos do surgimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, era perceptível a disputa ideológica presente no seu processo. Disputa esta que se tornou acirrada na medida em que os governos foram sendo modificados. A luta permanente dos movimentos de usuários e trabalhadores, embora localizados mais especificamente no sul e sudeste, inegavelmente teve suas contribuições enquanto precursores da articulação no âmbito da desinstitucionalização.

Importante considerar que foi a partir da pressão dessa organização e da emergência dos movimentos reivindicatórios, que se criaram as condições para articular junto ao governo uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), na qual foi garantida a criação de legislações e implementações de leis para o melhoramento e o alcance da efetivação do modelo substitutivo. A título de exemplo, pode-se citar a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como tentativa de substituição do modelo manicomial.

A eleição do presidente Lula da Silva no começo da década de 2000, no Brasil, significou a construção de um modelo de desenvolvimento que atribuía à parceria do Estado

com o mercado, na “intenção de regular” a disciplina fiscal e monetária, com vistas a promover o crescimento rápido e sustentado da economia do País. Neste sentido, a legitimidade social e política do novo projeto burguês, deu-se também, à luz da execução de políticas públicas que contemplassem, “satisfatoriamente”, às demandas da população, a exemplo da Saúde Mental, por meio da “eficiência” dos seus equipamentos sociais.

O neodesenvolvimentismo seria, segundo Alves (2016, p. 114), “[...] uma outra visão de desenvolvimento capitalista na periferia do sistema-mundo do capital [...]” que tem na atuação do Estado, acentuada presença, objetivando o crescimento e o fortalecimento do mercado interno, no intuito de amenizar a pobreza e criar políticas distributivas. Dessa forma, o novo governo se formou a partir de uma frente política ampla e diversa, tendo como base o neodesenvolvimentismo e, como importantes, as características elencadas abaixo, conforme destaca Boito Júnior (2018, p. 103):

a) Essa frente é dirigida pela grande burguesia interna brasileira, b) tal frente envolve classes trabalhadoras que se encontram excluídas do bloco no poder - baixa classe média, operariado, camponado e trabalhadores de massa marginal; c) a frente entretém uma relação do tipo populista com essa massa marginal; d) a frente se constitui no principal recurso político do qual se valeu a grande burguesia interna para ascender politicamente no interior do bloco do poder; e e) ela enfrenta no processo político nacional, aquilo que poderíamos denominar o campo neoliberal ortodoxo, campo esse que representa [...] o grande capital internacional, a fração burguesa brasileira perfeitamente integrada e subordinada a esse capital, setores dos grandes proprietários da terra e a alta classe média [...].

Era preciso, diante da configuração acima citada, regular os conflitos de classe a partir do apassivamento dos trabalhadores, dos movimentos populares, intelectuais e dos sindicatos. Era preciso também garantir um período de melhorias concretas e de expansão econômica. Por mais que as melhorias tivessem um certo compromisso com as questões sociais e com a população pobre, nada se comparava aos ganhos e lucros da burguesia. (BOITO JÚNIOR, 2018). Ou seja, desse modo era promovido “[...] um equilíbrio de forças do capital e do trabalho, desenvolvendo um governo de ajuste ao capital mundializado, em meio à adesão passiva das massas”. (CARVALHO; GUERRA, 2015, p. 52).

Destarte, o governo liderado pelo presidente Lula da Silva não rompeu com a política neoliberal. Apesar de sua condução ao poder ter sido conquistada através da defesa de um conjunto de propostas populares, uma série de medidas impopulares e duras, foram tomadas para que se desse a recuperação da economia conforme avalia Anderson (2011, p. 24):

No governo de Fernando Henrique Cardoso, a dívida pública — metade da qual avaliada em dólares — tinha dobrado, e o déficit em conta de então era duas vezes a

média da América Latina, as taxas de juros nominais estavam acima dos 20%, e a moeda havia perdido metade do seu valor na corrida eleitoral. A Argentina havia declarado o maior calote da história e aos olhos do mercado financeiro o Brasil parecia à beira do mesmo precipício. Para restaurar a confiança dos investidores, Lula nomeou uma equipe econômica indiscutivelmente ortodoxa no Banco Central e no Ministério da Fazenda, que elevou ainda mais a taxa de juros e fez cortes no investimento público para atingir um superávit primário maior do que o próprio FMI havia recomendado.

O período foi caracterizado por alta taxa de desemprego, a alta dos preços das mercadorias, e o crescimento do País caiu pela metade, assim como “[...] realizou uma minirreforma tributária para elevar a receita da União e uma nova reforma da previdência para estabilizar o déficit do regime previdenciário dos servidores públicos em relação ao PIB”. (NAKATANI; OLIVEIRA, 2010, apud PEREIRA, 2012, p. 744).

Como avalia Paulani (2012b, p. 4, apud CARVALHO; GUERRA, 2015, p. 52) acerca do governo Lula da Silva e seu caráter ambíguo:

[...] põe em marcha o modelo rentista-extrativista de acumulação vigente na América Latina, associado a política de enfrentamento a pobreza. Utiliza o fundo público, prioritariamente, para beneficiar interesses do capital, mas, também para desenvolver amplos programas sociais de caráter distributivo, como Bolsa Família, Minha Casa, Minha Vida, que garantem a inserção de setores empobrecidos na cidadania do consumo. Neste arriscado arranjo, [...], conseguem viabilizar crescimento econômico, com distribuição de renda. É o propalado modelo de crescimento com inclusão, característico dos governos petistas nos percursos do ajuste brasileiro [...].

Em termos políticos, o ano de 2005 foi um período conturbado para o governo com as denúncias de corrupção (mensalão), o que desestabilizou e diminuiu a sua popularidade, porém no plano econômico, manteve boas relações exteriores, fez parte da fundação do BRICS¹⁸, passa a exportar commodities, aumentando a exportação, e o aumento de investimentos estrangeiros, voltando a apresentar taxas um pouco mais altas de crescimento econômico.

Dessa forma, podemos considerar que o programa neodesenvolvimentista está atrelado ao desenvolvimento econômico capitalista, porém com diferenças no investimento das políticas sociais, como a transferência e distribuição de renda, aumento real de salários, política compensatória e, para tanto, utiliza recursos importantes de política econômica e social, como nos aponta Novelli (2014, p. 09), o qual retrata que esse período correspondeu:

[...], políticas inspiradas no social desenvolvimentismo – Interrompeu as privatizações, substituiu pelos investimentos no PAC – Programa de Aceleração do

¹⁸ BRICS é um acrônimo, ou seja, a junção das iniciais de palavras que formam outro termo é um termo utilizado para designar o grupo de Países de economias emergentes formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul.

Crescimento, pela mudança no papel do BNDS – Banco de Desenvolvimento Econômico e Social, no financiamento de longo prazo da economia brasileira, bem como na internacionalização das empresas brasileiras; pela volta do planejamento e pela reconstrução da administração pública federal; pela expansão das políticas sociais; do crédito bancário e de expansão do ensino superior público ou de acesso à educação universitária.

O fortalecimento das políticas sociais, como também da Saúde Mental se fizeram presentes a partir da concretização de políticas diversas, tais como: a ampliação dos serviços e a garantia da renda mínima à população vulnerável. Durante esse período, houve investimentos diversos também na área de saúde, alguns programas expressivos foram implantados como o Brasil Sorridente (saúde bucal); na área de urgência e emergência foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) e o programa Farmácia Popular. Também ocorreu, a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED) e a fixação de normas para o controle de preços desses produtos; o apoio aos laboratórios oficiais; a isenção de Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) para medicamentos de alto custo; a ampliação do número das equipes da atenção básica através do Programa Saúde da Família (PSF).

Ainda queremos destacar que na área da saúde, importante se fez a portaria 399 de 22 de janeiro de 2006, que divulga o Pacto da Saúde através da consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais. Desta forma, o Pacto pela Saúde (consolidação do SUS)¹⁹, contém a defesa do SUS²⁰, a Gestão do SUS²¹ e o Pacto pela vida²². Em relação a educação implantou o

¹⁹ [...] Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (BRASIL, 2006 Anexo I).

²⁰ Ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. [...] por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais. (BRASIL, 2006 Anexo I).

²¹ Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. (BRASIL, 2006 Anexo I).

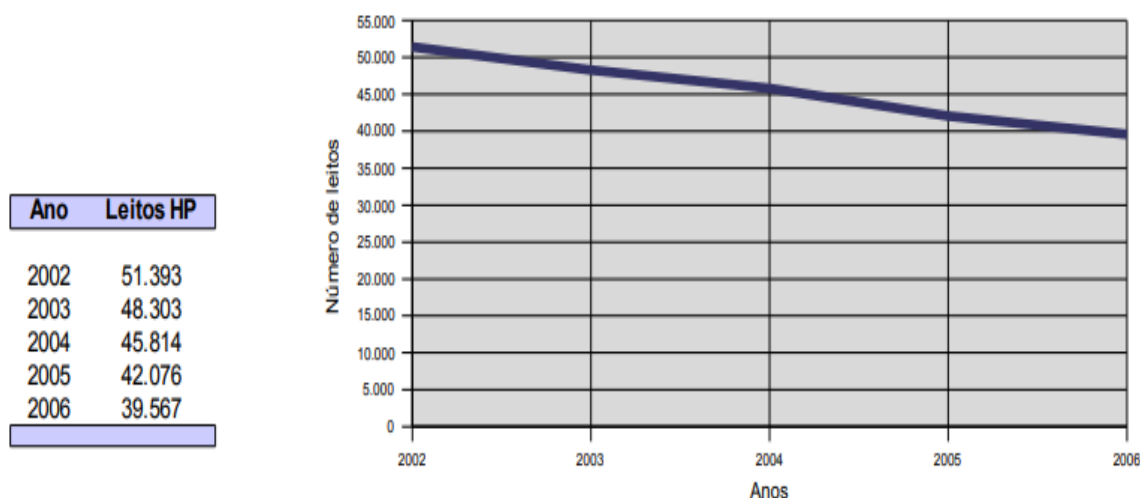
²² O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. As prioridades do PACTO PELA VIDA: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças

programa de educação sexual nas escolas (prevenção de doenças sexualmente transmissíveis-DST's e gravidez na adolescência), ainda desenvolveu ações para a saúde do trabalhador, através da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Sem deixar de mencionar ações relativas à saúde da população negra, dos quilombolas, dos indígenas e dos assentados.

Nessa perspectiva de investimento nas políticas sociais, a área de Saúde Mental avançou consideravelmente em seu processo de desinstitucionalização, através de procedimentos que garantiram a redução gradual e planejada de leitos no País com o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), criado anteriormente. Também destacamos o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PRH) no Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando a estratégia de redução progressiva e pactuada de leitos dos grandes hospitais, implantada em 2004. Importante ressaltar que, conforme o documento da Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil e a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental,

[...] a tradição de controle e avaliação anterior ao PNASH-Psiquiatria ancorava-se em dois mecanismos: as supervisões hospitalares, realizadas por supervisores do SUS, de alcance limitado, e as fiscalizações ou auditorias que atendiam a denúncias de mau funcionamento das unidades. É a partir da instituição do PNASH/Psiquiatria que o processo de avaliação da rede hospitalar psiquiátrica pertencente ao Sistema Único de Saúde passa a ser sistemático e anual, e realizado por técnicos de três campos complementares: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo. Fundamentado na aplicação, todos os anos, em cada um dos hospitais psiquiátricos da rede, de um instrumento de coleta de dados qualitativo, o PNASH/Psiquiatria avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em Saúde Mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS. É parte deste processo de avaliação, a realização de “entrevistas de satisfação” com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar. (BRASIL, 2005, p. 14).

Assim, esses instrumentos associados a disseminação de uma rede de atenção aberta e comunitária como os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), possibilitou essa mudança no modelo de atenção, reduzindo o número de leitos e substituindo paulatinamente os hospitais psiquiátricos sem condições de prestar o cuidado adequado em Saúde Mental, ocorrendo em todo território nacional, como iremos demonstrar no gráfico 1, abaixo:

Gráfico 1 – Redução de Leitos psiquiátricos no SUS dez. 2002 a dez. 2006.

Fonte: SIH/SUS - Coordenação Geral de Saúde Mental (2002-2003) e PRH/CNES - Coordenações Estaduais (2004-2005).

Como podemos observar, nesse período, há uma redução em termos absolutos de mais de dez mil leitos psiquiátricos, demonstrando que as ações realizadas conseguiram obter êxito no que se refere ao processo de desinstitucionalização, que tem os seus avanços no fechamento progressivo de hospitais psiquiátricos. Foi uma importante conquista da Luta Antimanicomial e do Movimento de Reforma Psiquiátrica, através das ações governamentais para a efetivação progressiva da rede substitutiva de base comunitária como apresenta o relatório de gestão. (BRASIL, 2007, p. 27):

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – PRH foi instituído em 2004, pela Portaria GM nº 52/04, visando uma nova pactuação na redução gradual de leitos, com uma recomposição da diária hospitalar em psiquiatria. [...]. Foi discutido amplamente com gestores estaduais e municipais de saúde e prestadores filantrópicos e privados, com o objetivo de formular uma proposta de reorganização da rede de assistência hospitalar psiquiátrica, na direção da redução de leitos e da melhoria da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos. O programa foi também amplamente discutido no Conselho Nacional de Saúde, após ação judicial interposta pela Federação Brasileira de Hospitais, tendo sido aprovado pelo plenário do CNS; no âmbito judicial, as portarias que o regulamentam foram igualmente confirmadas. Em agosto de 2004, o Ministério da Saúde anunciou a decisão de intervir judicialmente em 10 hospitais psiquiátricos conveniadas ao SUS, após os resultados da avaliação realizada pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) e após denúncias de movimentos organizados (Comissão de Direitos Humanos da OAB e Conselho Federal de Psicologia, Movimento da Luta-antimanicomial, movimentos locais de familiares de pacientes) que pediam providências quanto aos maus-tratos nas instituições psiquiátricas.

Analisando a política de desinstitucionalização, percebemos um avanço com a efetivação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

(PNASH/Psiquiatria), na melhoria da assistência, dando uma nova organização a Rede de Saúde Mental com o fechamento de leitos psiquiátricos e ou de hospitais, que não estão aptos às exigências mínimas de qualidade e respeito aos direitos humanos, e como consequência, a ampliação da rede extra hospitalar de base comunitária a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, ações na Atenção Básica, Centros de Convivência e a habilitação dos municípios ao Programa de Volta para Casa.

Dessa forma, a Política Nacional de Saúde Mental trabalhou na perspectiva de expansão da ativação de leitos de atenção integral em Saúde Mental (hospitais gerais, CAPS III, emergências gerais, leitos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas), para as pessoas em sofrimento psíquico como forma de substituição paulatina das internações psiquiátricas, acompanhada da pactuação dos gestores municipais, estaduais, hospitais e controle social. Assim, tornando as avaliações mais rigorosas, e com a participação de movimentos organizados (Comissão de Direitos Humanos da OAB e Conselho Federal de Psicologia, Movimento da Luta-antimanicomial, movimentos locais de familiares de pacientes) conseguiram fechar alguns hospitais que constataram maus tratos em Estados da federação, como demonstram as tabelas 1 e 2, abaixo. (BRASIL, 2007).

Tabela 1 – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH psiquiatria) 2002. Hospitais indicados para descredenciamento.

UF	Município	Hospital	Leitos Julho 2002	Leitos Outubro 2006
SP	Ribeirão Preto	Sanatório Espírita Vicente de Paulo	54	Fechado
GO	Goiânia	Clínica Espírita de Repouso	51	Fechado
MG	Barbacena	Sanatório Barbacena Ltda	121	Fechado
PB	Campina Grande	Inst. De Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional	145	Fechado
RJ	Carmo	Hospital Estadual Teixeira Brandão	262	Fechado
MG	Montes Claros	Hospital Prontamente	124	60
RJ	Paracambi	Casa de Saúde Dr. Eiras/Filial Paracambi	1130	533**
RN	Caicó	Casa de Saúde Milton Marinho/Hospital de Seridó	107	15***
Total			1994	608

**Sob intervenção municipal

***Sob intervenção estadual

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

Tabela 2 – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH psiquiatria) 2004-2006. Hospitais indicados para descredenciamento em 2004.

UF	Município	Hospital	Leitos 2004	Leitos 2006
RJ	Nova Iguaçu	Hospital Santa Cecília	200	Fechado
BA	Feira de Santana	Hospital Colônia Lopes Rodrigues	500	400**
BA	Salvador	Sanatório São Paulo	220	175
BA	Juazeiro	Sanatório N. Srª de Fátima	80	55
PE	Camagibe	Hospital José Alberto Maia	870	870
Total			1870	1500

**Gestão Compartilhada MS/SES.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

Esse movimento de reforma encontra grande resistência por parte da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), alegando que os serviços substitutivos não tinham condições de prestar a assistência necessária, e que, portanto, as pessoas em sofrimento psíquico estariam desassistidas caso fossem descredenciados os hospitais ou diminuíssem os leitos.

Dessa forma, essa foi uma arena de intensa luta que contou com o apoio de muitos parlamentares nessa questão, quando do debate acerca da proposta da aprovação da lei sobre drogas. Porém, não lograram êxito, sendo aprovada e sancionada a lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, e prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, com redução de danos para os usuários de álcool e outras drogas, com base no respeito ao indivíduo, liberdade de opinião e expressão.

A Reforma Psiquiátrica vai tomando corpo não só com as legislações que iniciaram desde a década de 1990, mas sobretudo com a luta incessante dos que fazem a Saúde Mental, com os movimentos e suas organizações, como também da vontade política. Nesse período estavam a frente do Ministério da Saúde e da Coordenação Nacional de Saúde Mental, pessoas comprometidas com a mudança e que viam nesse modelo assistencial, como define Paim (2003, p.567): “combinações técnicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços/populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade”.

[...] amplia a discussão sobre os modelos assistenciais quando inclui três dimensões que vão além das práticas desenvolvidas em saúde propriamente ditas. São elas: a dimensão gerencial, relacionada aos meios de condução do processo de reorganização das ações e dos serviços; a dimensão organizativa, que se refere a como se estabelecem as relações entre os níveis de complexidade do sistema assistencial na produção do cuidado; e a dimensão técnico-assistencial, que diz respeito a como se

estabelecem as relações entre os sujeitos das práticas, mediadas pelo conhecimento e pelas tecnologias que operam nesse processo de trabalho em saúde, e seus objetos de trabalho em diversos planos, seja na promoção à saúde, seja na prevenção de riscos e agravos ou na recuperação e reabilitação. O modelo de assistência em Saúde Mental tem se transformado ao longo dos últimos anos e demonstrado que é possível cuidar das pessoas com transtornos mentais através de um modelo de saúde que esteja integrado aos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde e não somente restrito ao hospital psiquiátrico. (TEIXEIRA, 2006, apud QUINDERÈ; JORGE, 2010, p. 571):

Assim, procuram dar uma estrutura para que se possa efetivar essa política, e para tanto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), fazem parte da Rede de Saúde Mental de base comunitária e atuam na perspectiva de estabelecer diretrizes para sua política, em busca de atender satisfatoriamente seus usuários, com base na autonomia, no respeito e no exercício da cidadania das pessoas, sendo um serviço substitutivo ao modelo manicomial e segregador. O Ministério da Saúde (MS), se engajou na expansão desse serviço, sendo fundamental na mudança de atenção à Saúde Mental no País, conforme o relatório de gestão 2003-2006, (BRASIL, 2007, p. 11):

Neste período, o Ministério da Saúde pautou-se pela implantação de uma rede pública e articulada de serviços. A decisão política pela composição de uma rede pública de CAPS enfrentou resistências, uma vez que o Sistema Único de Saúde possibilita a contratação de serviços privados, em caráter complementar à rede pública.[...] A partir de 2003, apenas CAPS públicos (em sua quase totalidade, municipais) foram cadastrados junto ao Ministério da Saúde. Na mesma direção, os municípios foram incentivados a municipalizar os poucos serviços privados ou filantrópicos, existentes há mais tempo na rede, e que prestassem atendimento relevante. Hoje, 98,6% dos CAPS da rede são públicos.

Ademais, houve um incentivo na expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades : CAPS I, CAPS II, CAPS III , CAPSi, CAPS ad II , CAPS ad III , em todo o Brasil, porém com maior concentração na região sul e sudeste, como apresentaremos na tabela 3.

CAPS I – Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15.000 (quinze mil) habitantes.

CAPS II – Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar

projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes.

CAPS III – Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de Saúde Mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes.

CAPSi – Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes.

CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população superior a 70.000 (setenta mil) habitantes.

CAPS ad III – Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes.

Tabela 3 – Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial por UF: serviços existentes (dezembro de 2002 a dezembro 2006).

UF	Número de Centros de Atenção Psicossocial				
	2002	2003	2004	2005	2006
Região Norte					
AM	0	0	0	1	3
AC	0	1	1	1	2
AP	1	1	2	2	2
PA	12	15	19	20	24
TO	4	5	5	5	5
RR	0	1	1	1	1
RO	2	3	4	7	9
Região Nordeste					
AL	6	7	7	13	35
BA	14	32	37	42	89
CE	24	26	29	36	57
MA	4	5	6	19	36
PB	2	4	12	16	34
PE	11	1	20	24	31
PI	1	1	3	10	21
RN	6	7	9	12	21
SE	3	8	13	16	20
Região Centro-Oeste					
DF	2	2	2	3	3
GO	6	11	13	16	19
MT	9	12	17	24	28
MS	4	4	5	9	12
Região Sudeste					
ES	6	7	9	11	15
MG	56	67	80	91	105
RJ	51	52	59	63	72
SP	105	110	127	143	166
Região Sul					
PR	15	16	22	31	54
RS	55	61	70	78	97
SC	25	25	33	44	50
TOTAL	424	500	605	738	1011

Fonte: Coordenação de Saúde Mental.

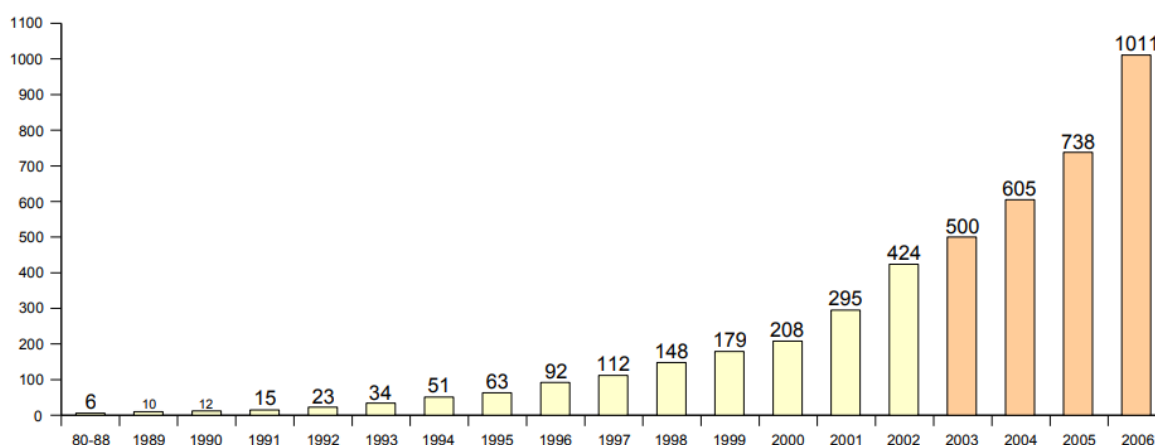
A partir dos dados apresentados na tabela acima, temos a constatação que o número de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mais que dobrou no período de quatro anos. Ainda há uma maior concentração dos serviços na região sul e sudeste como dito anteriormente, porém é incontestável os resultados obtidos no alcance e no impacto social através dessa expansão.

Essa ampliação desses serviços, está relacionada ao financiamento do Ministério da Saúde, através do FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas) que por não fazer parte do teto financeiro municipal, permitia uma melhor distribuição destes serviços, mais homogênea, o que proporcionou a consolidação e o fortalecimento dos serviços substitutivos. (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, de incentivos aos CAPS, através da portaria 1.935 de 16 de setembro de 04 (define a transferência fundo a fundo de um incentivo financeiro para compra de equipamentos para esses serviços, abrangendo todos os CAPS cadastrados em 2002 e 2003), e a portaria 245 de 17 de fevereiro de 2005 (destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial) que passaram a ser antecipados, ocorrendo uma adesão ainda maior em sua implantação. Não restou dúvida de que este foi um dos principais mecanismos de indução da implantação dos CAPS.

Posto isso, iremos analisar através do gráfico 2, que será apresentado abaixo, a expansão do número de implantação dos referidos CAPS, da década de 1980 até o ano de 2006:

Gráfico 2 – A expansão anual da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir da década de 1980 até dez. 2006.



Fonte: Ministério da Saúde. A partir de 2001, coordenação de Saúde Mental. Antes de 2001- levantamento CAPS disque Saúde 2001.

A partir do gráfico acima, percebemos que os CAPS têm uma crescente ampliação, principalmente em 2006, o que contribuiu para a reorganização da rede de assistência nesta área, trabalhando com a lógica territorial, ou seja, utilizando a estratégia de compor com os recursos existentes em cada localidade, em prol da inserção e reinserção social.

De acordo com a publicação do SUS (BRASIL, 2004, p. 12):

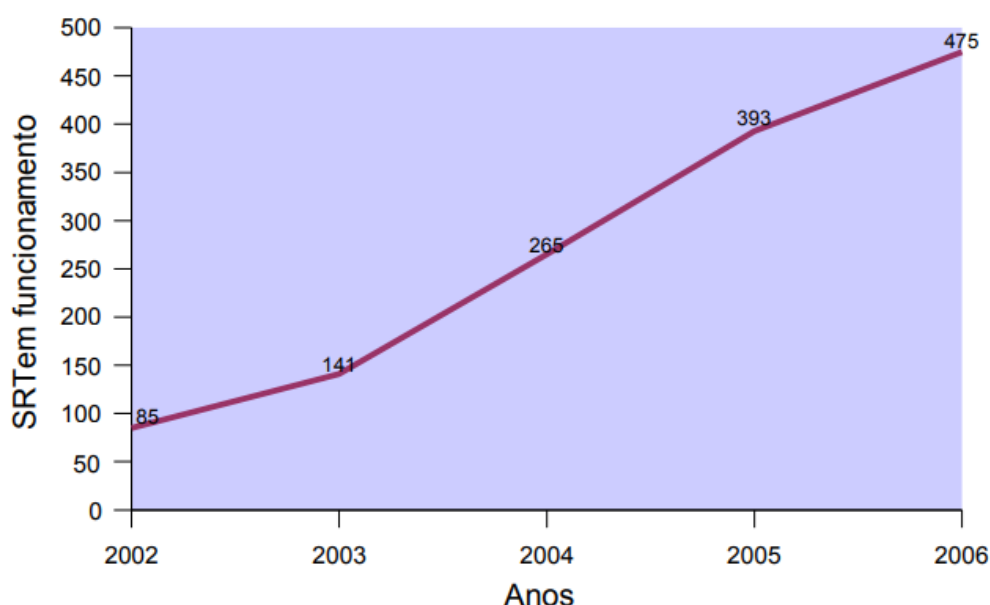
Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial.

Esse desenho enquanto fazendo parte de uma rede de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, considera a noção de território e sua constituição com seus habitantes, conflitos e sua rede comunitária, convidados a fazer parte dessa nova forma de tratar, contribuindo para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Constituindo essa nova forma de pensar a Saúde Mental no sentido de desinstitucionalização inseriram-se outros dispositivos.

Destarte, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), fazendo parte dos componentes essenciais para a concretização da Política de Saúde Mental, compostas por casas localizadas no espaço urbano, cujo objetivo era garantir direito à moradia para pessoas em sofrimento psíquico, com histórico de longos períodos de internamento em hospital psiquiátrico

Essa é uma estratégia que busca a autonomia dos usuários, em um longo processo de inclusão. Pressupõe que para o funcionamento adequado, deve existir um cuidador, no sentido de manter apoio aos moradores no cotidiano, e nos possíveis conflitos que fazem parte do habitar. Além disso, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs,) devem estar referenciadas a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com uma ampla articulação junto à comunidade e em outros contextos e pessoas dentro de determinado espaço territorial. A evolução em relação ao número de beneficiários contemplados com a expansão dos SRTs vem crescendo consideravelmente, como iremos demonstrar através do gráfico 3.

Gráfico 3 – Expansão das Residência Terapêuticas no período 2002-2006



Fonte: Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Mental, 2007.

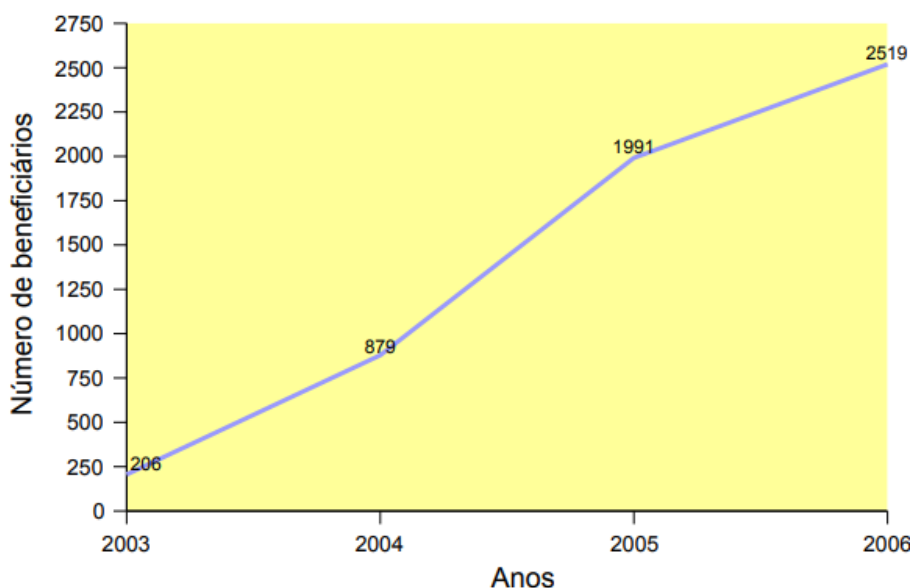
Conforme demonstrado no gráfico acima, houve uma expansão cinco vezes mais entre o período de 2002 a 2006 como consta no relatório de gestão 2003-2006 da Coordenação Geral de Saúde Mental, (BRASIL, 2007, p. 19):

A rede de residências terapêuticas conta hoje com 475 serviços em funcionamento, com aproximadamente 2.500 moradores. A expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, o desativamento de leitos psiquiátricos e, em especial, a instituição pelo Ministério da Saúde de incentivo financeiro, em 2004, para a compra de equipamentos para estes serviços, foram alguns dos fatores que contribuíram para a expansão desta rede, que contava, em dezembro de 2002, com apenas 85 residências em todo o País e que hoje quintuplicou o número de serviços. De fato, o incentivo financeiro antecipado, isto é, repassado aos municípios antes de a residência estar em funcionamento, parece ter sido um dos mais importantes fatores de incentivo à expansão desta rede.

Dessa forma, percebemos um crescimento considerável, o seu desenvolvimento é peculiar, o seu ritmo está diretamente relacionado ao processo de desativação de leitos psiquiátricos e demais equipamentos para o processo de desinstitucionalização. Havia ainda nesse período uma estimativa do Ministério da Saúde, quanto a abrangência de, aproximadamente, 12 mil pessoas a serem beneficiadas pelos SRTs, conforme o relatório de gestão 2003-2006 do Ministério da Saúde.

Essa série de ações com o objetivo de tratar de forma mais humanizada e de projetos que priorizavam o acolhimento e a humanização, fez com que se pensasse no Programa de Volta para Casa, criado pela lei federal 10.708 de 31 de julho de 2003 para pessoas em sofrimento psíquico, com um histórico de hospitalização de longa permanência, e que não estavam inseridas no processo de trabalho.

O gráfico 4 mostra o crescente número de Beneficiário do Programa de Volta Para Casa.

Gráfico 4 – Número de Beneficiário do Programa de Volta Para Casa 2003 a 2006

Fonte: DATASUS/Coordenação de Saúde Mental

Paulatinamente, vão sendo desenhados mecanismos para compor essa nova estrutura, tanto pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM), quanto pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), nos espaços de conferências e seminários, desde o início da década de 1990. Mas só foi oficializada em 2003, compreendendo que o processo de desinstitucionalização é lento. Apesar disso, foi muito significativo o número de pessoas beneficiadas através do Auxílio-Reabilitação Psicossocial do Programa De Volta Para Casa.

Dentre as estratégias de inclusão social das pessoas acometidas de sofrimento psíquico, fizeram parte da Rede de Saúde Mental a implantação dos Centros de Convivência e Cultura das grandes cidades, de acordo com a publicação Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS):

[...] o Ministério da Saúde promoveu a avaliação da inclusão dos Centros de Convivência e Cultura nas redes de atenção à Saúde Mental das grandes cidades. Dispositivo altamente potente e efetivo na inclusão social das pessoas com transtornos mentais em tratamento, a implantação dos Centros de Convivência e Cultura nos municípios necessita, como requisito prévio, de resposta pública efetiva e consolidada para os transtornos mentais severos e persistentes. O processo de discussão dos Centros possibilitou ao Ministério da Saúde a recomendação, especialmente a partir de 2005, da implementação destes dispositivos em municípios com uma boa rede CAPS e com população superior a 200.000 habitantes. (BRASIL, 2007, p. 21).

Em relação a política de financiamento para estes serviços, estava em construção, e posteriormente, mais especificamente em 2006, passou a fazer parte de uma estratégia de inclusão, articulada ao Ministério da Cultura. Naquele momento, o funcionamento se dava

praticamente no Sudeste, em sua maioria concentrados nos municípios de Belo Horizonte, Campinas e São Paulo. (BRASIL, 2007).

Dentro dessa perspectiva, a Saúde Mental foi impulsionada na articulação para a integralidade do cuidado, considerando a subjetividade e a singularidade de cada pessoa em sofrimento psíquico, “[...] fortalecendo os laços sociais e investindo na força do território como alternativa para a reabilitação social”. (BRASIL, 2016).

Assim, vai se construindo a base para um trabalho integrado, e a partir de 2005, os indicadores de Saúde Mental passaram a ser programados para fazer parte do elenco de indicadores da atenção básica, através do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), embora ainda não tivesse entrado em vigor. No ano seguinte, foram incluídos critérios para a atuação da Saúde Mental nesse serviço, através das diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, publicados através da Portaria GM nº 1.097, de 22 de maio de 2006.

O Relatório de Gestão 2003-2006, sob a Coordenação Geral de Saúde Mental, (BRASIL, 2007, p. 21-23) demonstra:

[...] A estratégia de implementação de Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental foi articulada junto aos gestores, com um número considerável de adesão [...], porém é necessário melhorar a articulação desses serviços, com a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial.[...] Do mesmo modo, o fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada, que envolva tanto as equipes de Saúde Mental como as da atenção básica, deverá ser uma das principais prioridades se queremos dar conta de fato da integralidade do sujeito. Como estratégia de ampliação do conhecimento nesta área, e indução de ações específicas, a Coordenação de Saúde Mental propôs a implementação de um Observatório de Saúde Mental na Atenção Básica, a ser conduzido pelas áreas responsáveis por estas políticas, no âmbito do Ministério da Saúde, em parceria com Universidades. Trata-se de mais um desafio para os próximos anos.

Conforme vamos percebendo, a Saúde Mental vai sendo construída ao longo dos anos com a permanente participação do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, sendo os Governos Lula da Silva, um promotor da ampliação dos serviços substitutivos ao modelo manicomial. Apontamos o que consideramos como principais conquistas na legislação, nesse período, conforme o quadro 4:

Quadro 4 – Legislação Federal de Assistência à Saúde Mental no Brasil editada de 2003 a 2006

Portaria GM no 1.455, de 31 de julho de 2003	Define a transferência fundo a fundo de um incentivo financeiro para compra de equipamentos para esses serviços, abrangendo todos os CAPS cadastrados em 2002 e 2003 (BRASIL, 2004).
Lei federal 10.708 de 31 de julho de 2003	Lei do Programa De Volta Para Casa. Estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em Saúde Mental. (BRASIL, 2004).
Portaria nº 1.864 de 29 de outubro de 2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. (BRASIL, 2003).
Portaria GM no 1947, 10 de outubro de 2003	Aprovar o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência. (BRASIL, 2003).
Portaria GM no 2.078, de 31 de outubro de 2003	Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”, composta pelos representantes de diversos segmentos e instituições da área, coordenada pela Coordenação de Saúde Mental/DAPE/SAS (BRASIL, 2004. P. 224).
Portaria GM, 2197, de 14 outubro de 2004,	Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências.(BRASIL, 2004).
Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. (BRASIL, 2006)

Fonte: Elaboração da autora com base em dados oficiais, 2021.

Portanto, ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica, tem-se demonstrado de maneira geral, avanços relacionados ao alcance de recursos extra-hospitalares, redução da internação asilar, o redirecionamento do financiamento público e um maior controle sobre o funcionamento dos hospitais, bem como, a ampliação do número de serviços substitutivos, em especial os CAPS.

Citando Yasui, Luzio, Amarante, (2018, p. 5):

Assim, trata-se aqui de pensar a relação entre produção de cuidado e território como construção de ações e percursos nesse espaço que compõem as vidas cotidianas das pessoas, espaço relacional no qual a vida pulsa. Isto sem esquecer o território como espaço no qual se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir, alguns engajados na grande máquina capitalista, outros que resistem a sua captura. Não se trata apenas de pensar os deslocamentos no espaço físico, mas de

problematizar o olhar sobre o território, para pensar quais os modos de vida que estão sendo produzidos e que cuidado é possível aí realizar.

Outrossim, há uma reestruturação através dos serviços substitutivos e da sua lógica, uma nova proposta que se constitui enquanto política pública de saúde. Vale ressaltar que ao longo do caminho, batalhas importantes foram travadas através do movimento de Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e assim contribuindo para o fortalecimento da desinstitucionalização.

3.2.A Rede de Atenção Psicossocial Rumo à Desinstitucionalização

O Movimento Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, que buscam a ampliação e a concretização de uma rede substitutiva capaz de sustentar uma ação integral e antimanicomial, principalmente por meio das legislações na forma de Resoluções, Decretos-Leis e Portarias, estruturam-se a partir:

[...] das Políticas Públicas que mantêm uma causa e conservam as ideias principais, havendo poucas alterações e modificações, além de trazerem em seu cerne dois conceitos – a Reforma Política e a Reforma Seccional. O primeiro conceito corresponde à inclusão de todas as Políticas Públicas que são rodeadas pela política de Estado e de governo; já o segundo concerne a um setor determinado, específico – saúde, educação, assistência social e outros. A pertinência da consolidação das Políticas Públicas e demais Políticas – as de Estado e a de Governo – reforçam os aspectos ético-políticos e sociais que favorecem a Reforma Psiquiátrica. A modificação das Políticas Públicas pode interferir na transição paradigmática, fazendo-a avançar ou reforçando os preceitos do Paradigma Psiquiátrico (medicalizador e hospitalocêntrico). (DAHL, 2001 apud PEREIRA, COSTA-ROSA, 2012, p. 1038)

O processo de consolidação da Reforma psiquiátrica, fruto de uma política de Estado, garantida através da Constituição Federal (CF) de 1988, especialmente a partir do segundo Governo Lula da Silva tinha como plano de Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a ampliação dos serviços de base comunitária e territorial conforme diretriz do Ministério da Saúde (MS), pactuada com estados e municípios, por meio de uma complexa rede de cuidados, que seja capaz de elaborar e ampliar ações no sentido de construir a autonomia na perspectiva da integralidade. (BRASIL, 2001).

A Saúde Mental dentro dessa perspectiva, necessitava de uma articulação em que fossem incluídos setores das mais diversas áreas, quer sejam, assistência, educação, justiça, cultura, direitos humanos, entre outros, entendendo que essa multiplicidade deva oferecer condições efetivas para o desenvolvimento pleno das pessoas em sofrimento psíquico, uma vez

que "[...] é um processo ético que introduz novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos" e pressupõe também a transformação das relações de poder entre as instituições psiquiátricas e os sujeitos. (AMARANTE, 1995, p. 494).

Assim, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) em conjunto com o Ministério da Cultura (MC), criaram uma agenda direcionada a Saúde Mental e em situação de risco social, Oficina Nacional de Indicadores de Políticas Culturais – Loucos pela Diversidade no período entre 15 a 17 de agosto de 2007, com a participação dos trabalhadores, familiares e usuários. Durante esse evento, o então coordenador Nacional de Saúde Mental Pedro Gabriel, fez um discurso em que analisa os avanços alcançados e os desafios a serem superados no percurso da efetivação dessa política, assim:

[...] existem evidências de que o cuidado em Saúde Mental no Brasil se modificou; de que a concepção sobre a questão da loucura está em processo muito acelerado de modificação no imaginário; que existem ações, que são ações de combate ao estigma contra o louco e que estão presentes em diversas atividades - seja na cultura, seja no processo de atendimento no campo da Saúde Mental. Também acho que nós já podemos dizer (e acho que isso é útil para a análise do processo de mudança da assistência em Saúde Mental no Brasil) que uma etapa importante foi cumprida [...] o nosso desafio é demonstrar que o sistema extra-hospitalar é efetivo e que é capaz de dar conta dos casos graves; porque, se não, com a descentralização do SUS, com o pacto de gestão, essas decisões vão se deslocar para o nível municipal.[...] Eu quero falar agora dos três desafios[...], são agendas intersetoriais, são agendas que fazem a ligação com o cotidiano e com a vida social. Uma delas é a dos direitos humanos [...] Não só no plano do interior das instituições fechadas, mas principalmente, no plano das instituições abertas, do dia-a-dia, da questão do estigma; que pudesse funcionar como uma usina promotora de direitos das pessoas que têm sofrimento psíquico. [...]O segundo é o da geração de renda, porque o capitalismo não gosta muito da inclusão social de pessoas.[...] Construir alternativas de geração de renda dentro da perspectiva da Economia Solidária e aí, nesse momento, o Estado tem que entrar. É para isso que existe o Estado: para produzir equidades. [...] O terceiro é a cultura. Quer dizer, a cultura se articula com os direitos humanos e se articula também com geração de renda. [...] Isso foi, inclusive, colocado como um pequeno item no orçamento da área de Saúde Mental [...]. (AMARANTE; LIMA, 2008, p. 76-89).

Esses eventos como tantos outros, foram importantes para marcar o percurso da construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e tiveram como objetivos fomentar suas ideias, como também a sua disseminação. Podemos destacar ainda a relevância das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, os congressos diversos, fóruns e eventos que formaram um coletivo que corroborou para a ampliação Reforma.

O segundo mandato de Lula da Silva volta-se para uma política econômica que privilegie mais as pessoas com algum tipo de vulnerabilidade social, quando ocorreu a crise do

subprime²³ em 2008, que atingiu o mundo. A priori os efeitos da crise financeira foi subestimada, porém no último trimestre, teve de maneira profunda implicações na economia brasileira com o desaquecimento nas principais economias mundiais, impactando no comércio internacional, com reduções significativas nos preços das commodities; e a ausência de crédito no sistema financeiro internacional. Nesse contexto, a economia nacional sofreu o impacto com a desvalorização da moeda; queda das exportações e restrição de crédito apesar do seu reduzido grau de contaminação por “ativos tóxicos”²⁴ no exterior. (BARBOSA; SOUZA, 2010 apud RIBEIRO, GONZALEZ, 2010).

Apesar de todo o impacto causado pela crise da bolha imobiliária em 2008, no Brasil o impacto causado foi menor, conforme Anderson (2011, p. 11):

[...] Lula soube conduzi-lo com segurança. Foi nesse momento que ele declarou que a quebra de Wall Street em 2008 pode ter sido um tsunami para os EUA, mas no Brasil ela estava mais para uma “marolinha”. A frase foi tratada pela imprensa como um imprudente prova de ignorância econômica e de irresponsabilidade. Mas ele fez jus às suas palavras. As medidas de contenção foram imediatas e eficazes. Apesar da queda na arrecadação fiscal, a distribuição de renda aumentava, as reservas foram reduzidas, o investimento público subiu, e o consumo doméstico foi amparado. Na superação da crise, as práticas bancárias locais ajudaram. Controles rígidos, mantendo os multiplicadores da base monetária bem abaixo dos níveis dos EUA, e uma maior transparência deixaram os bancos brasileiros em melhor forma do que os dos EUA, protegendo o País do pior da crise financeira. Mas foi a política de Estado vigorosa e orquestrada que manteve a economia saudável. O otimismo de Lula era funcional: como lhes diziam para não ter medo, os brasileiros saíram às ruas e consumiram, e a demanda foi mantida. No segundo trimestre de 2009, o capital estrangeiro estava fluindo de volta para o País, e no final do ano a crise havia acabado. Com o segundo mandato de Lula se aproximando do fim, a economia apontava para um crescimento de mais de 7%, e a própria natureza parecia favorável a seu governo, com a descoberta de enormes jazidas de petróleo na costa. (ANDERSON, 2011, p. 31).

Dessa forma, há uma recuperação no setor econômico, e através dos programas sociais em especial o Bolsa Família, que segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS, 2008), ampliou a cobertura em mais de 12 milhões de unidades familiares de baixa renda, retirando mais de 28 milhões de pessoas da pobreza, o que elevou o padrão de vida de 36 milhões de pessoas à classe média e reduziu para 8,5% , cerca de 16,27 milhões de brasileiros em estado de pobreza absoluta ou de miséria. (MDS, 2011 apud PEREIRA, 2012). Ainda

²³ Chamado também de bolha imobiliária, ocorreu nos Estados Unidos e atingiu o mundo globalizado.[...] pelo fato de que as baixas taxas de juros, aliada a disponibilidade maior de fundos pelos bancos, gerou a formação de uma hiperespeculação no mercado residencial, movida pelas idas massivas de capital para o setor, que, visando compensar o estouro da bolha no mercado de ações, fizeram os preços das residências dispararem. Consequentemente, como historicamente acontece, a mania especulativa gerou tensão e pânico, que culminaram na crise de 2008 (FOSTER, 2009, p. 15; FOSTER; MAGDOFF, 2009 Apud BARROSO, 2021).

²⁴ Expressão que se popularizou a partir da crise financeira mundial do subprime nos EUA, sendo assim designada para determinados produtos financeiros especulativos.

demonstram os dados estatísticos que entre o primeiro e o segundo mandato do então presidente Lula da Silva:

[...] o desemprego caiu de 12% para 5,7% e o rendimento das pessoas ocupa- das aumentou em 35% em termos reais. Além disso, a partir de 2004, o volume de ocupações formais começou a crescer, atingindo, em 2009, um recorde histórico — 59% dos trabalhadores com carteira assinada. [...] Visando diminuir a informalidade do trabalho — cuja expressiva existência retém potenciais contribuições à Previdência, além de privar o trabalhador de proteções sociais formais —, o governo Lula também incentivou a expansão de micro ou pequenas empresas e do trabalho autônomo regulamentado, com vista à geração alternativa de trabalho e renda. Para tanto, flexibilizou as exigências burocráticas à criação desses empreendimentos e reduziu os custos dos impostos para essa operação, mediante aplicação de mecanismos tributários e jurídicos especiais. (IBGE/PNAD, 2009 apud PEREIRA, 2012, p. 745).

Nesse sentido, editou a Lei do Microempreendedor Individual (MEI), lei 11.598 de 03 de dezembro de 2007 voltada para o trabalhador autônomo, entre outras iniciativas para contemplar esse setor. Ademais, como afirma Novelli (2014, p. 9) esse período correspondeu:

[...] políticas inspiradas no social desenvolvimentismo – Interrompeu as privatizações, substituiu pelos investimentos no PAC – Programa de Aceleração do Crescimento, pela mudança no papel do BNDS – Banco de Desenvolvimento Econômico e Social, no financiamento de longo prazo da economia brasileira, bem como na internacionalização das empresas brasileiras; pela volta do planejamento e pela reconstrução da administração pública federal; pela expansão das políticas sociais; do crédito bancário e de expansão do ensino superior público ou de acesso à educação universitária.

O contexto específico da Política de Saúde Mental (PNSM), embora apontasse para bons resultados, passou a envolver uma diversidade de elementos que se relacionam entre si, necessitando ser repensado:

A ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de Saúde Mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo, a diversificação do movimento manicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas, a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares, a presença de diversos atores políticos intersetoriais, as novas características do trabalho e de tecnologia em Saúde Mental no SUS, com repercussões e representação política de parte dos médicos no País, com novas exigências corporativistas, e particular na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica, uma expansão dos serviços públicos de Saúde Mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais psiquiatras para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em Saúde Mental; o pânico social gerado pela campanha híbrida da mídia em torno do uso do crack no País, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação como resposta única [...]. (BRASIL, 2010, p. 8).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial seguem o seu desafio no bom combate, em busca de avançar no caminho das mudanças. Esse processo continua com o propósito de solidificação. Ademais é criada a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) em 2007, como forma de fortalecer a articulação entre as associações de usuários e familiares e os diversos movimentos sociais, ensino e pesquisa, organizações governamentais e não governamentais e sociedade civil. Na perspectiva do avanço, apontamos o decreto 6.117 de 22 de maio de 2007, que “aprova a Política Nacional sobre o álcool e sua associação com a violência e criminalidade e dá outras providências”. (BRASIL, 2007).

Ainda na perspectiva do avanço, há uma ampla organização da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), e diversas entidades e associações de usuários, familiares e técnicos, em 2009, que organizaram a Marcha dos Usuários em Brasília. Esse evento, teve como finalidade a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o cumprimento e a divulgação acerca da Lei 10.216/01, além de reivindicar a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Vale ressaltar o protagonismo dos usuários, seu fortalecimento e sua organização política que se destacaram, conseguindo apresentar suas reivindicações aos representantes do ministério da saúde. Em seu discurso, o então Coordenador da Política Nacional de Saúde Mental afirma a importância do movimento:

É um momento marcante, porque aquela parte que não fazia parte da militância da Reforma Psiquiátrica se tornou sua militância mais importante: os usuários e familiares”, disse o coordenador. “A Lei 10.216 precisa ser defendida. Enfrentamos no Ministério da Saúde diversos ataques a essa lei e temos no movimento social uma aliança importante para defendê-la. (DELGADO, 2009, p. 2).

Destarte, a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, cujo tema foi **Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios**, se realizou em junho de 2010, fruto da Marcha dos usuários de Saúde Mental e dos demais atores. Foi considerada histórica por articular setores e saberes diversos, no enfrentamento dos complexos problemas da área, exigindo novas estratégias para mobilização e articulação garantindo apoio político nesse novo cenário, que perpassa pela política de Governo, considerando que o projeto proposto modifica para além, requer uma modificação coletiva e seu compromisso na construção de um processo que abrange a “desospitalização, habilitação psicossocial inclusão social e por fim promoção do valor social.” (VENTURINI, 2010 apud GOMES, 2013, p. 34).

O Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSMI), expressa:

[...] em certo grau, aspectos do avanço contraditório que procuramos caracterizar. O quadro geral era de aproximação entre movimentos e aparelho de Estado, momento novo na proposta de participação social nas políticas, marcado por alterações contraditórias nas relações entre governo e sociedade civil. [...] Tratava-se de abertura operada dentro de claros limites, mas que não deixava de conferir certa legitimidade ao Estado. (ALBRECHT, 2022, p. 55)

Assim, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), dava prosseguimento as ações do governo anterior em relação a Rede de Atenção Psicossocial, onde destaca-se:

[...] primeiro, o incremento da cobertura de CAPS, que começa a estender-se a áreas menos assistidas, como a Amazônia Legal e o Centro-Oeste, atingindo 66% de cobertura/Brasil. Segundo, a expansão das ações regulares de Saúde Mental na atenção básica, com a criação do NASF (em que a presença de profissionais de Saúde Mental tornou-se recomendação expressa da norma aplicável), e o aprofundamento, sistematização e extensão das estratégias de matriciamento, seja das equipes de saúde da família/agentes comunitários de saúde, seja da atenção básica tradicional, onde a estratégia de saúde da família (ESF) ainda não se implantou. (BRASIL, 2011, p. 7).

Conforme consta no relatório de gestão 2007-2010, além da expansão dos serviços substitutivos, aconteceram a interiorização dessa assistência conforme demonstrado na tabela 4, abaixo:

Tabela 4 – Percentagem de CAPS em município por faixa populacional nos anos de 2006 e 2010

Faixa populacional	2006	2010
Até 5.000	0,10%	025%
De 5.001 a 10.000	0,89%	0,74%
De 20.001 a 50.000	5,74%	8,21%
De 50.001 a 100.000	27,72%	31,17%
De 100.001 a 500.000	18,42%	18,09%
De 100.001 a 500.000	28,81%	24,81%
A partir de 500.001	17,32%	16,73%

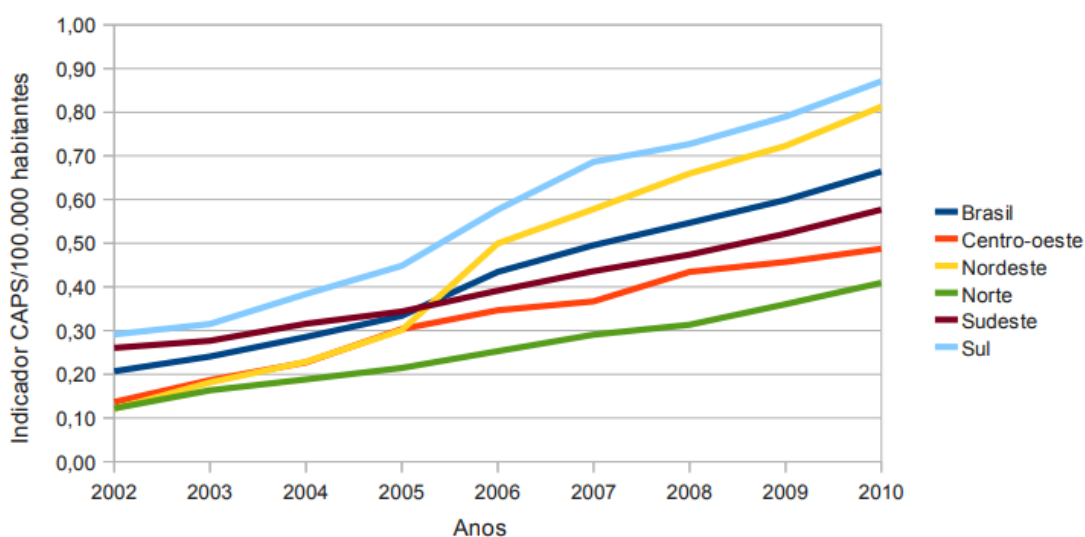
Fontes: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas–MS e IBGE (Estimativa populacional 2006 e Censo 2010).

Analisando a partir da tabela apresentada, percebemos que no ano de 2006, contava-se com aproximadamente 34,5% para faixa populacional com menos de 50.000habitante em 2010; para o mesmo público, atingiu-se aproximadamente 40%; demonstrando que os CAPS expandiram para os interiores dos estados, conseguindo aumentar também a assistência em

Saúde Mental para essa parcela populacional. Em relação aos municípios com menos de 100.000 habitantes no ano de 2010, como consta também no relatório de gestão, 58% foram contemplados, conforme dados do censo 2010 do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Desta feita, vai se delineando uma assistência que tenta contemplar os usuários para além dos grandes centros, mantendo-os em seus territórios.

Ainda em relação a expansão dos serviços de base comunitária, o relatório de gestão 2007-2010 apresenta através do gráfico 5, a série histórica do indicador CAPS/100.000 habitantes, no Brasil por Regiões (dez. 2002 a dez. 2010); e na tabela 3; respectivamente, os indicadores relacionados ao número de CAPS por tipo, por Unidade Federativa (UF) e por região. (Indicador CAPS/100.00 hab. (BRASIL, 2011, p.21).

Gráfico 5 – Série Histórica do Indicador CAPS/100.000 Habitantes. Brasil Regiões.
(dez. 2002 a dez. 2010)



Fontes: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas –MS e IBGE (Estimativas populacionais 2002 a 2009 e Censo 2010)

O gráfico acima demonstra a ampliação dos serviços CAPS com uma boa cobertura, porém as regiões Centro oeste e Norte, tem um desenvolvimento aquém das demais, apontando uma necessidade de repensar as estratégias específicas para a expansão dessa cobertura nesses locais, principalmente a Região Norte com a s suas peculiaridades. Conforme o Relatório de gestão 2007 a 2010, o indicador CAPS/100.000 habitantes passa a ser padrão principal para a Saúde Mental a partir do pacto Pela Vida no SUS, demandando maior empenho dos gestores na implantação e qualificação desses serviços no âmbito municipal e estadual. (BRASIL, 2011)

Tabela 5 – Número de CAPS por tipo, Unidade Federativa (UF), região. Indicador CAPS/100.00 habitantes.²⁵ Dezembro de 2010

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS/100.000 hab
Região Norte	15.865.678	46	24	2	3	12	87	0,41
Acre	732.793	0	1	0	0	1	2	0,27
Amapá	668.689	0	0	0	1	2	3	0,45
Amazonas	3.480.937	5	4	1	0	0	10	0,23
Pará	7.588.078	23	12	1	2	6	44	0,43
Rondônia	1.560.501	10	5	0	0	1	16	0,70
Roraima	451.227	1	0	0	0	1	2	0,33
Tocantins	1.383.453	7	2	0	0	1	10	0,47
Nordeste	53.078.137	348	125	17	34	73	597	0,81
Alagoas	3.120.922	37	6	0	1	2	46	0,88
Bahia	14.021.432	114	31	3	7	15	170	0,82
Ceará	8.448.055	44	29	3	6	17	99	0,93
Maranhão	6.569.683	36	13	1	3	6	59	0,63
Paraíba	3.766.834	37	8	3	7	8	63	1,22
Pernambuco	8.796.032	23	17	2	6	11	59	0,55
Piauí	3.119.015	26	6	1	1	4	38	0,82
Rio Grande do Norte	3.168.133	12	11	1	2	6	32	0,84
Sergipe	2.068.031	19	4	3	1	4	31	1,11
Região Centro-Oeste	14.050.340	44	24	1	6	15	90	0,49
Distrito Federal	2.562.963	1	2	0	1	2	6	0,21
Goiás	6.004.045	10	14	0	2	4	30	0,42
Mato Grosso	3.033.991	24	2	0	2	5	33	0,69
Mato Grosso do Sul	2.449.341	9	6	1	1	4	21	0,69
Região Sudeste	80.353.724	180	168	31	57	102	538	0,58
Espírito Santo	3.512.672	7	8	0	1	3	19	0,44
Minas Gerais	19.595.309	80	46	8	11	19	164	0,65
Rio de Janeiro	15.993.583	32	38	1	15	18	104	0,55
São Paulo	41.252.160	61	76	22	30	62	251	0,56
Região Sul	27.384.815	143	77	4	28	56	308	0,87
Paraná	10.439.601	35	27	2	7	21	92	0,72
Rio Grande do Sul	10.695.532	65	37	0	15	24	141	1,01
Santa Catarina	6.249.682	43	13	2	6	11	75	0,87
Brasil	190.732.694	761	418	55	128	258	1620	0,66

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas -MS e IBGE (Censo, 2010).

Essa tabela demonstra como se encontravam os CAPS em seus diversos tipos, e em cada região onde estavam inseridos, apontando a cobertura por 100.000 habitantes, tendo como maior cobertura a Região Sul (0,87), seguido do Nordeste (0,81), o Sudeste (0,58), o Centro Oeste(0,49) e o Norte (0,41), com maior dificuldade de expansão e consolidação desses centros. É indiscutível que a acessibilidade tenha melhorado no País. Em termos gerais, o Brasil ao final de 2010, tem 1620 serviços substitutivos implantados, correspondendo a cobertura de 0,66 CAPS por 100.000 habitantes”. (BRASIL, 2011).

Todavia, havia outros desafios a serem superados como a política de Álcool e outras Drogas, coordenada no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Saúde Mental. Ocorreu o

²⁵ O cálculo do indicador CAPS/100.00hab. considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000hab., os CAPS II em suas diferentes modalidades, dão cobertura a 100.000hab e o CAPS III a 150.000hab. (Brasil, 2011, relatório de gestão 2007-2010, p.21)

crescimento significativo do uso abusivo do crack em todo o Brasil, tendo o Ministério da Saúde lançado o Plano Emergencial de Ampliação das Ações de Atenção em Álcool e outras drogas (PEAD), através da portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009, no intuito de criar formas de tratamento e prevenção, inclusive com ações intersetoriais, e tendo como atenção especial crianças e adolescentes em vulnerabilidade social. O plano interministerial do crack foi criado pelo decreto lei 7.179 de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamentos ao crack e outras drogas, conforme Albrecht (2022, p. 56-57):

Envolveria também o enfrentamento repressivo ao tráfico de drogas, ampliação do monitoramento de fronteiras e capacitação de agentes policiais. No âmbito da parceria com a Senad, estava previsto um edital com vistas ao financiamento de 2.500 leitos em CTs para usuários de álcool e outras drogas, com recursos da SENAD e supervisão do Ministério da Saúde. A anuência desse ministério em relação à incorporação das CTs ficava, assim, suprimida aparentemente pelo que, na verdade, configurava mero deslocamento da pauta, definindo-se no papel de fiscalização, excluindo o investimento direto nos novos equipamentos manicomial. Já no final da gestão de Lula da Silva, contexto ainda relativamente favorável, essa era a resistência possível. Em alguns anos esse quadro sofreria alterações.

Vale destacar que, no contexto internacional, a discussão em torno das políticas sobre drogas foi profunda e direcionadas para a análise mais global acerca do problema. O Brasil esteve sempre presente nos mais diversos eventos internacionais sobre o tema, durante a reunião da comissão of narcotic drugs, teve seu posicionamento pautado na saúde pública e no respeito aos direitos humanos, pelos representantes do Ministério da Saúde, o que fez com que ganhasse respeitabilidade em âmbito internacional; o que lhe rendeu convites em diferentes fóruns a respeito do tema em questão. (BRASIL, 2011)

Outrossim, no campo dos desafios, a efetivação dos direitos dos usuários de Saúde Mental como consta no relatório de gestão 2007-2010:

O Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental (NBDHSM), criado em 2006 por portaria interministerial MS/Secretaria de Direitos Humanos (SDH), que tem a finalidade de articular sistematicamente os campos da Saúde Mental e dos direitos humanos, através de cooperação entre o Ministério da Saúde e Secretaria de Direitos Humanos, em defesa dos direitos dos usuários. O NBDHSM enfrentou diversas dificuldades desde 2006, ano em que foi instituído por portaria, até a sua implementação, aprovada e apoiada pela plenária da IV CNSMI. Com a instalação de seu Comitê Executivo, em novembro de 2010, o NBDHSM passou a operar como um dispositivo misto (composto por representantes de órgãos governamentais, da sociedade civil e universidades), para garantir a não repetição de violações de direitos humanos no campo da assistência à Saúde Mental no Brasil e ampliar a capacidade de monitoramento, proteção e promoção dos direitos humanos no campo da Saúde Mental. BRASIL, 2011, p. 10-11)

Dessa forma, o contexto da Saúde Mental perpassa por várias políticas sociais, devendo ser planejada, pactuada e articuladas intersetorialmente, integrando as equipes, através da construção compartilhada, com ações horizontalizadas que compreendam os diversos saberes. Assim, o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, vem sendo estruturada, talvez não no tempo pretendido, nem na forma, porém segue no enfrentamento da construção de uma outra perspectiva de pensar e de fazer acontecer o processo da desinstitucionalização.

A mudança no cenário da assistência em Saúde Mental também se processa no financiamento dos serviços substitutivos. A partir da Portaria 2.867 de 27 de novembro de 2008, muda a sua forma de custeio, anteriormente pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), como reportado anteriormente. Assim, os procedimentos dos CAPS passaram a ser financiados pelos recursos transferidos para o teto financeiro dos municípios. A partir do ano subsequente, o governo federal oferece uma contrapartida para os novos serviços de Saúde Mental implementados, com aumento integral em relação aos recursos estabelecidos pela portaria 189 de 20 de março de 2002, que criou os procedimentos no mesmo ano.

Apesar das modificações na forma de custeio, e ampliação dos serviços em todas as suas modalidades entre 2007 e 2010, faltava um investimento maior, condizente com as necessidades que se apresentavam dentro daquela realidade, segundo levantamento realizado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em parceria com a área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS. (BRASIL, 2011).

O processo de financiamento também foi um dos entraves para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), enquanto estratégia de desinstitucionalização no período 2007-2010, como consta no relatório de gestão:

[...] O mecanismo de custeio mensal (contrapartida federal) das Residências foi um dos maiores obstáculos para a expansão das SRTs nos últimos quatro anos. Realocação das AIHs dos leitos descredenciados do SUS para a manutenção dos moradores na Residência Terapêutica, não sendo automática, dependeu sempre de pactuações entre os gestores municipais e estaduais, para garantir que o recurso que permanecia no fundo municipal ou estadual fosse, de fato, utilizado para o custeio dos moradores nas SRTs. {...} Diante da necessidade de superar o impasse do financiamento das SRTs e de dar celeridade aos processos de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de hospitais psiquiátricos ou de HCTPs, o Ministério da Saúde estuda a viabilização de custeio direto das SRTs (contrapartida federal), através de transferência fundo a fundo para os municípios, de forma desvinculada dos recursos oriundos das AIHs desativadas. Também está em estudo a instituição no SUS do Serviço Residencial Terapêutico de Cuidados Intensivos (SRT II), com a finalidade de garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional e com grande comprometimento de seu grau de autonomia, seja em função de comorbidades e/ou questões decorrentes da idade (pessoas acamadas e/ou com situações clínicas crônicas que demandem cuidado intensivo. (BRASIL, 2011, p. 25-26).

Através dessas medidas esperava-se estimular o crescimento dos serviços estratégicos para pessoas com histórico de longos internamentos, assegurando o cuidado adequado necessário à sua inserção/reinserção social.

Os avanços na consolidação da Rede de Atenção de Base Comunitária, segue com suas limitações, mas na perspectiva de mudança. Dentro desse quadro, um dos avanços que podemos mencionar refere-se à criação do Núcleo de Saúde da Família (NASF), através da portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que recomendou a inclusão de profissionais de Saúde Mental nessas equipes, com o objetivo de melhorar o acesso e o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. Teve como proposta desenvolver o trabalho através do matriciamento, apoio junto as equipes do Estratégia Saúde da Família, discussão de casos, no atendimento compartilhado e na construção conjunta de projetos singulares e especialmente uma resposta mais satisfatória as implicações da questão do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Dentro da perspectiva de avanço na saúde, foi pensado e desenvolvido em meados de 2010 as Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, com a publicação da portaria nº4.279 de 30 de dezembro de 2010, uma articulação institucional promovida pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), integram as novas formas dos serviços de saúde, onde a organização baseia-se nas relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo na atenção básica o eixo estruturante do sistema, que busca proporcionar “atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômico”. (BRASIL, 2014. p. 9). Conforme Damasceno *et al.* (2020, p. 1-3):

[...] assim, a integralidade do cuidado poderá ser garantida pela construção de ações, bem como de serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas e integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Logo, a implementação de serviços de saúde com centralidade no usuário e suas necessidades em saúde, deve ser a base para a definição clara dos serviços de referência e fluxos de informação no território. [...] Em sua conformação estão três elementos indissociáveis: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. [...] As propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido crescentemente adotadas para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de discussões das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público. Desse modo, a reorientação de modelos de atenção precisa incluir ações

intersetoriais e contemplar discussões sobre os complexos desafios de produção da saúde, com uma compreensão abrangente dos seus problemas de forma regionalizada, articulando políticas para a promoção com foco em um modelo de atenção integral.

Assim, a Política Nacional de Saúde Mental vem se efetivando num processo de continuidade, avançando e impulsionando a Reforma Psiquiátrica com a inversão dos investimentos financeiros, privilegiando os serviços extra hospitalar, apontando Estratégias de Reabilitação Psicossocial e de Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares da RAPS.

Apesar desses feitos, o relatório da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial ocorrida em 2010, indicava um contexto de enfrentamento entre o Movimento de Reforma Psiquiátrica e a concepção antirreformista de parte representativa dos médicos psiquiatras, adeptos ao modelo biomédico. Além disso, muitos municípios contrataram Organizações Sociais, para gerir os CAPS, precarizando os vínculos trabalhistas.

Apontamos também, através do Relatório da IV Conferência a questão do financiamento com a influência do capital na saúde privada e, do enfraquecimento do setor público, que ficou aquém do necessário, além de algumas estratégias para o processo de desinstitucionalização. Todavia, entendemos que estamos no caminho certo, que essas conquistas têm no Movimento de Reforma Psiquiátrica um articulador para a mudança do paradigma do modelo hospitalocêntrico para o comunitário de base territorial, através da pressão governamental com vistas a reestruturação da assistência nesse campo, porque direitos se efetivam através da conquista e como diz a poetisa Elisa Lucinda “Minha esperança é imortal. Sei que não dá para mudar o começo. Mas, se a gente quiser, vai dar para mudar o final”. Mudar o final através dos embates em defesa do avanço e concretização da reforma psiquiátrica, assegurando ampliação de recursos e de direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Desta feita, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem como objetivo possibilitar a superação da fragmentação e ineficiência do sistema de saúde, integrando-os na perspectiva de qualificação e continuidade no cuidar. Posteriormente, houve a implantação das redes temáticas de Atenção à Saúde, dentre elas a Saúde Mental, a qual iremos nos deter mais detalhadamente no item subsequente.

3.3.A Importância dos Componentes da Rede de Atenção Psicossocial na Reestruturação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)

Durante o governo da Presidenta Dilma Rousseff a Política Nacional de Saúde Mental, segue investindo de forma sistemática na construção da Reforma Psiquiátrica; um novo governo, mas a mesma direção no sentido de contribuir na concretização de seus princípios norteadores. Ela assume o seu mandato em 2011 após a deflagração da crise ocorrida em 2008 nos Estados Unidos, que atingiu as economias mundiais. O Brasil teve uma forte recuperação e as expectativas indicavam a manutenção do alto nível de atividade econômica.

Segundo dados coletados pelo Banco Central (Bacen), a expectativa do mercado para 2011, ao final de 2010, era de um crescimento de 4,5%. Além disso, a inflação acompanhava a passos largos os movimentos internacionais de aumento dos preços das commodities, elevando as expectativas inflacionárias para o futuro. Nesse contexto, a Presidenta Dilma Rousseff assumiu o cargo com a missão de estabilizar a economia brasileira sem perder o ritmo de seu crescimento. As expectativas, no início do ano de 2011, apresentavam certa preocupação com a escalada da inflação, que fechou o ano anterior em 5,92% (IPCA), estando acima do centro da meta, mas ainda dentro de seu limite superior. Tal perspectiva de aumento nos preços se aprofundou no início do ano, após a divulgação de índices altos nos primeiros três meses. Diante desses fatos, o Copom, já em janeiro de 2011, aumentou a taxa Selic, que estava no patamar de 10,75% desde julho do ano anterior, “[...] dando início a um processo de ajuste da taxa básica de juros”. (BACEN, 2011 apud BRUNO; PAIM, 2011, p. 13).

Seguindo o seu antecessor, a então presidenta, durante os seus dois primeiros anos 2011 e 2012, ficaram marcados:

[...] na política econômica e social, por medidas visando, por intermédio da intervenção do Estado na economia, estimular o crescimento econômico – redução da Selic, do spread, desvalorização do real, ampliação da política de conteúdo local, isenções fiscais para capital produtivo e outras. O então ministro da Fazenda Guido Mantega resumiu essa nova orientação cunhando a expressão “nova matriz de política econômica. Parece-nos possível sustentar a tese de que essa nova matriz representava não apenas uma radicalização da política neodesenvolvimentista, mas também uma alteração no interior dessa política. Era a tentativa de beneficiar o segmento produtivo da grande burguesia interna em detrimento dos interesses do seu segmento bancário. Ou seja, essa política aprofundou um conflito que sempre esteve presente na grande burguesia interna e, ao mesmo tempo, despertou a reação do capital internacional e da fração da burguesia brasileira a ele integrada. Foram essas forças que iniciaram uma ofensiva contra o governo Dilma no início de 2013. (BOITO JR, 2017, p. 157).

No que concerne a composição do governo, houve uma mudança nos ministérios no então Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). A diminuição dos setores que estavam sob o controle daquele partido vai perdendo espaço que representava a esfera privada, consequentemente aumentando o universo do setor público e isso causa uma dissidência, que paulatinamente vai se tornando mais forte durante os governos. (SINGER, 2018).

No âmbito das políticas sociais, criou o Brasil sem misérias, e atuou no cerne de questões com a garantia de renda, inclusão produtiva e acesso a serviços. Nesse sentido,

estabeleceu um aumento no Programa de Transferência de Renda Bolsa Família (PBF), um benefício para mulheres gestantes ou lactantes. Conforme Singer (2017, pp. 83-84) “[...] por meio de um programa de busca ativa, logrou incorporar mais 1 milhão de famílias, ao PBF, chegando ao total de 14 milhões em 2014. Houve ademais, incremento de meio milhão de beneficiários do BPC entre 2011-2014”.

Ainda foi garantida para a Seguridade Social, investimentos na construção de Centros de Referências da Assistência Social (CRAS), além de centros de atendimento à população de rua e equipes volantes, entre outros. Na área da saúde, foi criado o Programa Mais Médicos com o objetivo de melhoria no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando os atendimentos para diversas territorialidades, concomitante o aumento de profissionais. Dentro desse programa, também estava prevista a construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Destarte, a presidenta Dilma, buscou delinear uma transformação na estrutura produtiva mais eficaz e competitiva, expandindo a perspectiva de um melhor poder aquisitivo para a sociedade brasileira. Dentro da Política de Saúde como já referido no item anterior, havia sido incorporado, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), em 2010, definidas como o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”. (BRASIL, 2011).

No ano posterior, é inaugurado o processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, mais especificamente a Saúde Mental. A promulgação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011, sendo republicada no Diário Oficial da União do dia 21 de maio de 2013, incluindo as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Foi organizada a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades relacionadas com os transtornos mentais e com o uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Em linhas gerais, objetiva ampliar e promover o acesso à atenção psicossocial da população e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Afirma-se que “a Raps é uma expressão da RPB para o fortalecimento do SUS como política de Estado”, uma vez que possibilita e potencializa a integralidade do cuidado de base territorial ao indivíduo em sua existência-sofrimento. (RAMOS, GUIMARÃES, 2019, p. 888).

As Redes de Atenção à Saúde são portas de entrada às ações e aos serviços, e dentre elas a da Atenção Psicossocial, conforme o decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que Regulamenta a Lei 8.080/90 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde

(SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, em seu artigo 9º.

São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção, os serviços abaixo relacionados:

- I - Atenção Primária;
- II - Atenção de Urgência e Emergência;
- III - Atenção Psicossocial; e
- IV -Atenção Especiais de Acesso Aberto.

Essa forma de rede assistencial da maneira como foi pensada e constituída, reveste-se de fundamental importância, segundo Ramos e Guimarães (2019, p. 889):

as redes não são simplesmente um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações [...] transcende o ajuntamento de serviços, ela requer a adoção de elementos que deem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos [...] equivale a estruturas sistêmicas abertas em constante mudança, totalidades compostas por partes inter-relacionadas, elementos mutantes, conexões e parâmetros.[...] A RAPS é como um todo complexo, que se concretiza no cotidiano dos serviços, em território, por meio de inter-relações concretas e intersubjetivas que sofrem influência do contexto histórico (tradição) e social desses indivíduos.[...] Reconhecemos, também, a própria formação da rede de saúde como um fenômeno complexo, pois cada conexão possui características próprias, uma vez que envolve profissionais, e um corpo de saber, e usuários com características peculiares, em diferentes contextos e situações.

Portanto, a RAPS deve ser considerada dentro de um contexto em que os diversos campos que a compõe e suas amplas conexões e inter-relações, estejam interligadas para construção de uma assistência que possibilite uma mudança efetiva para as pessoas em sofrimento psíquico. Dessa forma, apresentaremos a estruturação dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, conforme relatório de gestão 2011- 2015, exposto no quadro 5 a seguir:

Quadro 5 – Componentes da Rede de Atenção psicossocial 2011

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório na Rua; Apoio aos Serviços de componentes Atenção residencial de Caráter Transitório; Centros de convivência
Atenção psicossocial estratégica	Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192; UPA 24h e Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidades de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime residencial.
Atenção Hospitalar	Serviço hospitalar de referência em Saúde Mental, e álcool e outras drogas, em hospital geral, maternidades e pediatria.
Estratégia de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta Para Casa. Programa de desinstitucionalização
Estratégia de Reabilitação psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e Renda; Fortalecimento no protagonismo de usuários e familiares

Fonte: Brasil, (2016 apud Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS)

A política Nacional de Saúde Mental entende a articulação com a atenção básica como primordial para o fortalecimento da atenção Psicossocial tendo como objetivo à integralidade do cuidado e o suprimento das necessidades individuais e sociais, e investindo no protagonismo e potencialidades, fortalecendo os laços sociais e investindo na força do território como alternativa para reabilitação social

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, estabeleceu uma revisão de diretrizes e normas de organização da Atenção Básica na Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), para regulamentação dos Núcleos ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). (BRASIL, 2016).

Podemos sintetizar como princípios fundamentais da articulação entre Saúde Mental e atenção básica: promoção da saúde no território, acolhimento, vínculo e

responsabilização pelo cuidado, integralidade, intersetorialidade, organização da atenção à saúde em rede, participação da comunidade e promoção da cidadania dos usuários. Na articulação entre a Saúde Mental e a atenção básica, o apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa ações conjuntas. Nesse arranjo, a referência de Saúde Mental participa de reuniões de planejamento das equipes de ESF, realiza discussão de caso e atendimento compartilhado. Além disso, participa das iniciativas de capacitação e de gestão do atendimento de modo a proporcionar continuidade no atendimento. Esse compartilhamento se produz em forma da corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões conjuntas, intervenções junto às famílias e comunidade. Assim, o apoio matricial caracteriza-se como suporte assistencial e técnico-pedagógico que produz ações de apoio educativo com e para a equipe. (BRASIL, 2016, p.36)

Ainda em relação ao apoio matricial, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB²⁶) representa instrumento imprescindível para fomentar a conexão dos serviços de saúde, viabilizando ações de matriciamento no cuidado. A efetividade dessa execução está amparada na portaria 154 de 24 de janeiro de 2008 que regulamenta o serviço, e recomenda, pelo menos, um profissional de Saúde Mental, para facilitar a troca de informações necessárias aos princípios norteadores das políticas de saúde que têm como base o subsídio aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no que se refere aos sofrimentos psíquicos.

As equipes de consultórios na rua (eCR) foi instituída pelo decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009 e da portaria de consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017. Fazem parte dos componentes de Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS), e atuam enquanto estratégia para consolidação de ações intersetoriais através de equipes multiprofissionais para trabalhar com as demandas da população, objetivando o resgate e a cidadania da pessoa humana em situação de rua através da busca ativa e o cuidado com os usuários de álcool, crack e outras drogas, desenvolvendo ações que incluem a redução de danos.

As ações são itinerantes, compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário, sendo necessário para o bom desempenho das ações o respeito entre os diversos saberes que fazem parte da equipe multiprofissional. (BRASIL, 2017). O relatório de gestão do Ministério da Saúde (2016), aponta como Principais Ações Desenvolvidas neste período:

²⁶O fim do modelo multiprofissional na Saúde da Família? Nota técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS divulgada pelo Ministério da Saúde confirma extinção do incentivo financeiro ao NASF, que não terá mais equipes credenciadas, deixando incertezas em relação à continuidade do modelo que amplia e qualifica o atendimento na ponta. O NASF foi criado em 2008, segundo informações do site do Ministério da Saúde, para consolidar a atenção primária, promovendo a atuação integrada de profissionais de Saúde. (Cebes, 2020).

Estes serviços eram vinculados exclusivamente à Área Técnica de Saúde Mental, por meio de Chamadas de Seleção, nos termos da Portaria GM1059/. Migraram para Consultório na Rua, passando a atuar na perspectiva das práticas integradas da Atenção Básica em Álcool e Outras Drogas. As Portarias nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012 e nº 1.238, de 09 de junho de 2014, definem as diretrizes de organização, funcionamento e repasse de custeio nas modalidades I, II e III, conforme sua composição de equipe. Essa transição de um dispositivo ligado apenas à estratégia de redução de danos, para o uso de álcool e outras drogas, demandaram a incorporação de novos procedimentos e dinâmica de trabalho para ampliação da sua atuação, com o esforço conjunto entre a Saúde Mental e a Atenção Básica. (...) Em 2013, foi realizado o I Seminário Nacional sobre Consultórios na Rua e Saúde Mental na Atenção Básica. Em Brasília em dias 24 e 25 de julho/2013. Foi uma importante ação para integrar a Atenção Básica na RAPS, e espaço privilegiado para definir estratégias comuns do cuidado. [...] (MS, p. 38-39).

Dessa forma, faz-se necessário para a atuação da Atenção Básica, na área de Saúde Mental, o acolhimento a pessoas em sofrimento psíquico, assim como usuários de álcool e outras drogas, através de ações estratégicas, dentre elas o consultório na rua, que ampliou sua atuação em um esforço conjunto e integrado entre a Atenção Básica e a Saúde Mental, no sentido de melhorar a resolutividade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), aumentar o vínculo entre o usuário e o profissional de Saúde e a intersetorialidade.

Importante ressaltar que apesar de toda a evolução no campo da Saúde Mental, em 2012 em uma decisão equivocada, o então Ministro da Saúde Alexandre Rocha dos Santos Padilha, aprova a Portaria no 131 de 26 de janeiro de 2012, que institui o incentivo financeiro para o custeio dos Serviços de Atenção em Regime Residencial, inclui as comunidades terapêuticas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, para o tratamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Essa resolução vai de contra a Reforma Psiquiátrica e todos os seus princípios. As comunidades terapêuticas assim como os manicômios, têm suas práticas de isolamento social, desconsidera o tratamento através da redução de danos, impondo um “tratamento de abstinência,²⁷” utilizando um código moral, a realização do trabalho pelo trabalho, da disciplina e da religião.

Apesar deste posicionamento, o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (2016) sinaliza o melhoramento de estratégias para a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial:

Entre o período de 2013 a 2015 esteve em funcionamento o projeto de formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATEnf) em Saúde Mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas, pactuado pelo Ministério da Saúde, Fiocruz/ICICT -RJ, Grupo Hospitalar Conceição -RS; Rede de Escolas Técnicas do SUS. Este projeto consta entre as prioridades da Presidência

²⁷ Grifo da autora.

da República no plano de enfrentamento ao Crack, com capacitação 292.196 profissionais de saúde, compreendendo a totalidade dos ACS do território nacional [...] o Ministério da Saúde em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DBA) e a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD), elaborou e divulgou o Caderno de Atenção Básica nº 34 – com o objetivo de estimular e compartilhar o conhecimento sobre Saúde Mental na Atenção Básica, ampliando a capacitação dos profissionais através da elaboração de ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas para o cuidado em Saúde Mental, e utilizando como parâmetro a estrutura e o cuidado através de estratégia em educação permanente. (BRASIL, 2013, p. 39-42).

No tocante ao fortalecimento da articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica, ressaltamos que:

[...] foi constantemente discutido em fóruns e eventos realizados sobre atenção psicossocial. [...] Na gestão pública ministerial, o tema fez-se presente na maioria dos eventos e encontros nacionais produzidos, tanto aqueles realizados pela área da Saúde Mental quanto pela Atenção Básica. Reuniões entre as áreas passaram a ocorrer de modo sistemático, culminando em documentos e orientações conjuntas voltadas para as ações de educação continuada nas duas áreas, culminando na submissão de publicação como capítulo de livro sobre Saúde Mental na Atenção Básica, da Universidade Federal da Bahia, publicado em 2016, com propostas de ações comunitárias e estratégias de participação social e protagonismo, de modo a promover o fortalecimento da atenção psicossocial.[...] Centro de Convivência e Cultura e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, ambos os serviços não foram implantados até 2015 conforme preconizado pela Portaria 3088/2011, dado que os equipamentos referentes não foram instituídos. Apesar do investimento do Governo Federal desde 2013, para qualificação dos serviços existentes e estruturação dos demais pontos da RAPS, torna-se um desafio intensificar as estratégias de matriciamento e fortalecimento de uma lógica de cuidado compartilhado entre a Atenção Básica e a Saúde Mental.[...] Os Centros de Atenção Psicossocial são os organizadores da assistência especializada aos usuários de Saúde Mental em suas diferentes modalidades, resultante de sofrimento psíquico e/ou do uso de álcool e outras drogas, em parceria com a Atenção Básica, constituem um serviço tendo como base a integralidade, e a atenção comunitária em Rede. Assim constitui-se como estratégia o fortalecimento e a qualificação para que se dê efetivamente a garantia do exercício da cidadania ((BRASIL, 2013^a p. 39-42).

Assim, todas as estratégias até então utilizadas tiveram como objetivo, a elaboração de ferramentas terapêuticas que intensificam o matriciamento e a estruturação dos demais lugares da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), porém nem todas as ações puderam ser implantadas até então como é o caso do Centro de Convivência e Cultura, e os Serviços da Atenção Residencial de Caráter Transitório.

Apesar dos desafios, os Centros de Atenção Psicossocial coordenam a Saúde Mental e:

Com a instituição da RAPS, reitera-se o papel do CAPS como articulador e regulador da rede em seus diferentes pontos de atenção, aspecto estruturante quando considerado a sua atuação junto às Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos (cadastrados no CNES dos CAPS de referência), para além dos leitos de Saúde Mental em hospital geral, equipes de Saúde da Família, SAMU etc. (BRASIL, 2016).

A portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 que redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS ad III), é designado às pessoas que necessitam de atenção integral e contínua, além dos respectivos incentivos financeiros mediante o que indica o Ministério da Saúde:

Conforme a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas se consolida, novos serviços são instituídos, com base nas necessidades vivenciadas e inovações/experiências criadas nos territórios. Foi o que se deu com a expansão do cuidado contínuo, nas 24 horas dos 07 dias da semana, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situações de maior complexidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No que se refere aos componentes da Rede de Atenção Psicossocial relativo à Atenção de Urgência e Emergência:

[...] marca a necessária transversalidade entre a RAPS e a Rede de Atenção às Urgências (RUE). As normativas que regulamentam a Política Nacional de Atenção às Urgências e a RUE (Portaria GM 1600, de 2011) estabelecem que as urgências ditas psiquiátricas devam ser acolhidas pelos pontos de atenção da RUE. Ao mesmo tempo, as normativas da RAPS também incluem pontos de atenção, tais como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Portas Hospitalares de Atenção às Urgências (Pronto Socorro) como serviços da RAPS. No entanto, podemos afirmar que há muitas barreiras de acesso das pessoas com transtorno mental e/ou usuários de drogas a serviços que não sejam “exclusivos” da RAPS. O imaginário da periculosidade, o estigma, o preconceito e o desconhecimento revelam-se como barreiras de acesso para pessoas em situações de crise em Saúde Mental aos serviços do SUS de maneira geral. A resposta ofertada historicamente para as situações de crise em Saúde Mental traduzia-se única e exclusivamente pela internação em hospitais psiquiátricos. (MS, 2016, p. 57-58).

Assim, o CAPS tem um papel de articulador em relação aos demais pontos da RAPS no que se refere a situações de crises dos usuários de Saúde Mental e na mudança de paradigma em relação ao histórico preconceito em relação a essa parcela da população. Nesta direção, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, busca assegurar às pessoas em vulnerabilidade social resultante do uso abusivo de álcool e outras drogas, o cuidado integral e a garantia de direitos, promovendo a autonomia, a contratualidade, a conquista da cidadania e a inclusão social.

Fazem parte da Atenção Residencial de Caráter Transitório, as Unidades de Acolhimento (UA), para o cuidado de necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas e se caracterizam enquanto residências tanto para pessoas adultas como para o público infantojuvenil, enquanto seu tratamento e projeto de vida acontecem nos diversos pontos da RAPS. O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) são casas localizadas no espaço

urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, podendo variar entre 1 e 8 indivíduos, com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada pessoa.

Tanto as Unidades de Acolhimento (UA), quanto o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) estão intrinsecamente relacionados aos CAPS e se apresentam como recursos importantes para os Projetos Terapêuticos Singulares na perspectiva da Reabilitação Psicossocial.

Ainda podemos citar os Serviços de Atenção em Regime Residencial (SARR), que através da Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012, institui os serviços de Saúde para o cuidado de adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Entendem-se como um gênero deste tipo de serviço, às Comunidades Terapêuticas (CT), para tanto, deverá seguir os pressupostos da RAPS.

Enquanto integrante da RAPS, os hospitais gerais, maternidades e hospitais pediátricos estão habilitados para receber tratamento fora do hospital psiquiátrico, que precisam de cuidados referentes a transtorno mentais e ou necessidades resultantes do uso de álcool e outras drogas. A admissão desses usuários deve ser regulada através de avaliação clínica, e as internações devem ser breves, seguindo a lógica da luta antimanicomial e da desinstitucionalização

A estratégia de desinstitucionalização é um mecanismo de garantia de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, que busca promover a autonomia dos indivíduos, a garantia de direitos, de autonomia e inclusão social. Entre as estratégias está o Serviço de Residenciais Terapêuticos (SRT), que são moradias dentro das comunidades que visam atender as pessoas em sofrimento psíquico, com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos e de custódia, e não possuem vínculo familiar ou suporte social.

O Programa de Volta Para Casa faz parte do processo de Reforma Psiquiátrica que contribui de forma efetiva, a saber:

É uma estratégia que visa intensificar os processos de desinstitucionalização dos usuários em situação de internação de longa permanência, a partir do financiamento de equipes multiprofissionais focadas exclusivamente nestes processos nos territórios. Entre as ações sob responsabilidade da Equipe de Desinstitucionalização está o apoio às equipes dos hospitais psiquiátricos, a fim de construir conjuntamente, a partir de vínculos estabelecidos dentro das instituições, o processo de desinstitucionalização dos moradores. Neste sentido, também elaborando novos processos de trabalho territoriais, intersetoriais e regionalizados, articulando diferentes dispositivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011-2015, p. 67)

Dessa forma, o programa atende a um segmento da sociedade que necessita tanto do amparo no seu quadro clínico, quanto aqueles que se encontram em abandono social e, para tanto, tem como principal componente o auxílio reabilitação psicossocial por um período de um ano, podendo ser renovado, caso a pessoa continue sem condições de reinserção social.

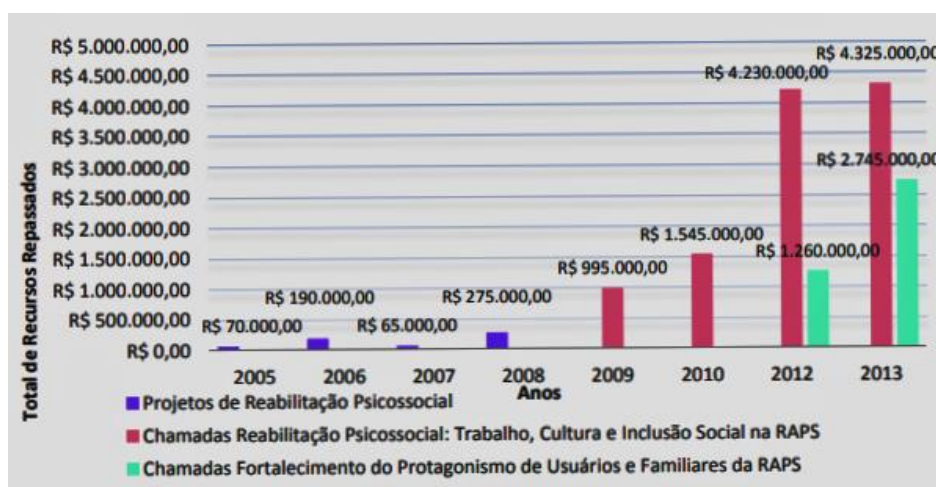
O programa de desinstitucionalização foi um importante componente na busca pela intensificação do processo da redução de usuários da Saúde Mental de longa permanência, através das equipes multiprofissionais, para trabalharem nesta perspectiva, e conjuntamente com as equipes dos hospitais psiquiátricos, a partir do estabelecimento de vínculos.

Vale salientar que, os hospitais psiquiátricos não fazem parte de atenção da rede de saúde, tendo como uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental a redução dos seus leitos, priorizando a expansão e qualificação da RAPS como forma de substituição do modelo hospitalocêntrico. Portanto, as estratégias de Reabilitação Psicossocial, cuja intenção é “viabilizar a ampliação da autonomia dos usuários dos serviços de Saúde Mental, e a possibilidade de ampliação e circulação e apropriação do seu território” (BRASIL, 2015, p. 32).

Para tanto, enfatiza-se ser imprescindível a ampliação de acesso ao trabalho, moradia, empreendimentos econômicos solidários e cooperativas sociais, assim como cultura, esporte, arte, lazer, habitar, projeto terapêutico singular, para os usuários e seus familiares. (BRASIL, 2016).

A partir do gráfico 6, abaixo, será demonstrado o financiamento das estratégias da componente reabilitação psicossocial.

Gráfico 6 – Repasses de recursos federais de incentivo financeiro para o desenvolvimento de estratégias do componente Reabilitação Psicossocial (Brasil, 2005 a 2013)



Fonte: Brasil, 2016, p.72 apud Coordenação de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS/ e Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE).

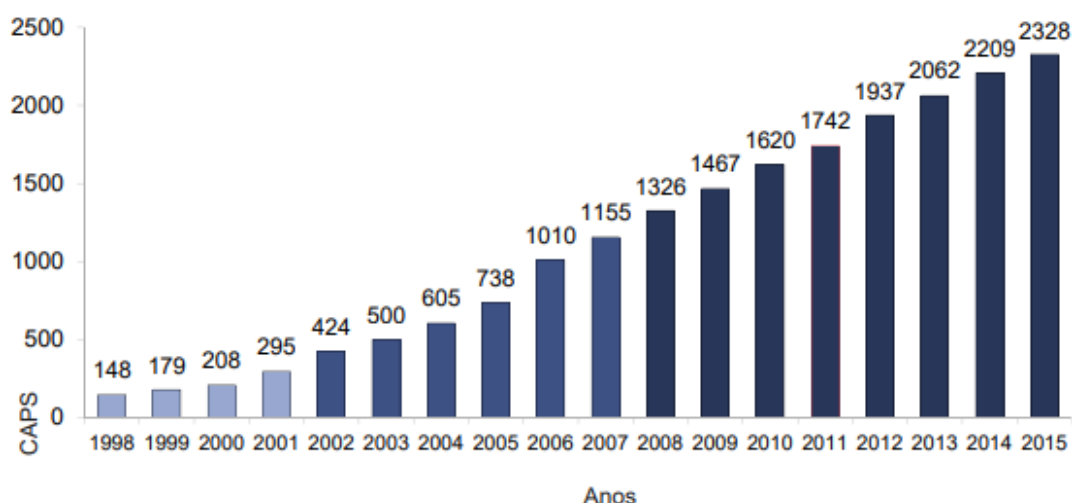
Os investimentos do governo federal nos projetos de Reabilitação Psicossocial e do Protagonismo Social de Usuários e Familiares da RAPS, aumentaram as ações de Reabilitação Psicossocial, nos eixos, trabalho, cultura e inclusão social, como demonstrou o gráfico acima.

Os projetos relacionados ao protagonismo de usuários e familiares da RAPS, buscam o fortalecimento do controle social, a inserção social por meio de trabalho e renda, a educação, a cultura, o cooperativismo, o associativismo, as atividades comunitárias, a articulação da rede de saúde e intersetorialidade.

Destarte, podemos perceber que durante mais de trinta anos foi se estruturando num constante fazer-se e refazer-se, portanto, em permanente construção, a base do modelo em Saúde Mental que contribui e busca dar continuidade à recuperação da pessoa em sofrimento psíquico, através de uma rede de Atenção Psicossocial. Esta rede esteve voltada ao tratamento comunitário, procurando envolver familiares, usuários de Saúde Mental e a sociedade no desenvolvimento de ações que visem proporcionar uma valorização das potencialidades e o respeito às limitações de cada pessoa.

Doravante, demonstraremos a expansão dos CAPS no Brasil, a partir do gráfico 7 que segue abaixo:

Gráfico 7 – Série histórica de expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a 2015)



Fonte: BRASIL, (2016 apud Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Após 2001: Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde.)

Conforme podemos perceber no gráfico 7 acima, há um crescimento progressivo, evidenciando a solidificação do modelo comunitário de cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, ou transtornos mentais, decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Portanto, a

expansão dos CAPS torna-se maior a partir de 2003, e prossegue até 2015, o que demonstra o comprometimento do governo federal, à época, em favor de uma Saúde Mental (SM), conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

Seguindo os avanços acerca dos serviços substitutivos, está posto a habilitação dos CAPS em suas diferentes modalidades, a partir de 2006 até o ano de 2015, na crescente construção de dispositivos para a melhoria da assistência às pessoas em sofrimento psíquico, como ilustraremos através da tabela 6 abaixo:

Tabela 6 – Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por tipo no período 2006 a 2015.

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209
2015	1135	488	92	210	315	88	2328

Fonte: Brasil (2016 apud Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portarias específica).

Conforme demonstrado, entre 2006 e 2015²⁸ o CAPS I, que é um dispositivo estratégico e contempla os pequenos Municípios com pelo menos 15 mil habitantes, e atende a todas as faixas etárias, para pessoas que estejam em sofrimento psíquico graves, persistentes ou moderados, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, teve um significativo crescimento. No entanto, precisa de uma articulação maior não só da Atenção Básica, hospitais gerais (leitos psiquiátricos), mas, a RAPS como um todo, na obtenção de garantir a continuidade do cuidado.

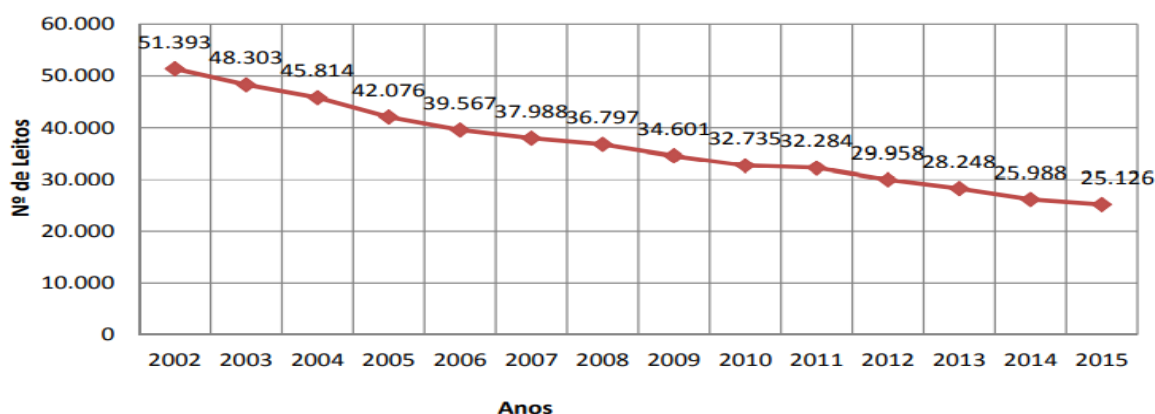
Em relação ao público infanto-juvenil, incluído na política pública de Estado tardiamente, mas que através da mobilização de suas organizações, conseguiu aprovar a lei. 12.764 de 27 de dezembro de 2012 que “Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” (BRASIL, 2012) , teve seu reconhecimento enquanto pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais, portanto incluída no campo da Rede de Atenção Psicossocial. Porém, apresenta uma necessidade de maior articulação com a Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência, na produção do cuidado para crianças e

²⁸Não existem dados atualizados para 2020 - 2022, os dados disponíveis são até 2015.

adolescentes com diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) ou de dupla excepcionalidade.

Ainda na perspectiva de demonstrar a ascensão da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB), no sentido da desinstitucionalização, apresentaremos o decréscimo do número de leitos do Sistema Único de Saúde (SUS), através do gráfico 8, conforme encontra-se abaixo:

Gráfico 8 – Leito SUS em hospital psiquiátrico por ano, no período de 2002 a 2015



Fonte: Brasil, (2016 Apud Entre 2002 e 2003: SIH/SUS, coordenação geral da Saúde Mental e outras drogas/DAPES/SAS/MS e coordenação estadual; de 2006 a 2012: PRH/CNES e coordenação estadual; a partir de 2013: PNASH, CNES e coordenação estadual).

O gráfico 8 demonstra a contínua redução do número de leitos psiquiátricos. Diminuiu a média de, aproximadamente, 1800 leitos por ano entre 2011 e 2015, aproximadamente 7150 leitos, e concomitantemente a implantação da RAPS nos territórios. (BRASIL, 2016).

Esse modelo tem a pretensão de consolidar-se como forma de substituição a uma realidade descrita no livro o Holocausto Brasileiro, que faz referência ao modelo hospitalar disciplinador:

[...] Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros da Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram à Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelavam, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas. Ao morrer, davam lucro. [...] Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do País, sem que ninguém questionasse. [...] ao expor a anatomia do sistema, a repórter ilumina um genocídio cometido, sistematicamente, pelo Estado brasileiro, com a conivência de médicos, de funcionários e da sociedade [...] a realidade só começaria a mudar – lentamente – duas décadas mais tarde, a partir dos anos 80, quando a reforma psiquiátrica ganhou força. Hoje, restam menos de 200 sobreviventes. Parte deles morrerá internada, parte tenta inventar um cotidiano em residências terapêuticas, com os farrapos de delicadeza que lhe sobram. (ARBEX, 2013, p.13-16).

Como se pode observar, as conquistas obtidas são oriundas da luta para uma sociabilidade cidadã que reconheça e valorize as emoções, sentimentos e pensamentos dos usuários, procurando romper com as práticas disciplinares, ampliando as possibilidades de recuperação dos usuários enquanto sujeito de direitos.

Todavia, o avanço no âmbito das políticas públicas, especialmente na particularidade da Política de Saúde Mental foi interrompido em decorrência da articulação dos partidos políticos de oposição, ao segundo mandato do Governo Dilma Rousseff, que sofreu o golpe de Estado em 2016, sob a acusação de “pedaladas fiscais”²⁹ e de edição irregular de decretos de suplementação orçamentária.

Assim, o desgaste do governo foi enorme com as investigações, tornando-se enfraquecido. A pressão foi forte e para minorar os ânimos, o governo cede às exigências da oposição, na particularidade da Saúde Mental e substitui o então coordenador nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, Roberto Tykanori, militante da luta antimanicomial por Valencius Wurch, ex -diretor por dez anos, do maior hospício da América Latina, a casa de saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro, que foi fechado por irregularidades e condições sub-humanas a que estavam submetidas as pessoas em sofrimento psíquico.

O governo da presidenta Dilma Rousseff que iniciou com alta aprovação e crescimento econômico, nas palavras de Singer (2018, p.291-292), passou por um conjunto de dificuldades, a saber:

Em 2012 o crescimento da China caiu pela metade em relação a 2007, arrastando para baixo a América do Sul. Acabava a “década de prosperidade” na qual a região tinha sido bafejada [...] começava uma era difícil e estranha, pois o capitalismo global havia se tornado “ingovernável”, gerando “fenômeno patológicos dos tipos mais diversos” de acordo com o sociólogo Wolfgang Streeck. A nova configuração trouxe dificuldades para o conjunto de governos progressistas da região. No Brasil, o ensaio desenvolvimentista ocasionou uma campanha contra o “intervencionismo estatal” que acabou por ganhar a adesão dos industriais, ironicamente os principais beneficiários da “intervenção”, e da classe média.

Desta feita, o período que corresponde a 2013-2014, o governo entra em uma crise econômica na qual os índices de crescimento diminuíram e aumentaram o índice da inflação, “[...] o desemprego subira de 5,4% para 6% entre março e junho e a esperança de que caísse se reduziria de 41% em março para 27% em junho antes das manifestações de 2013”. (SINGER, 2018, p. 101).

²⁹ Grifo da autora.

Aliando-se a isso, o escândalo da operação lava jato que ocorrera em 2014 (referentes aos Governos Lula da Silva), e o seu prolongamento, com o posicionamento da justiça e do Ministério Público tendencioso, além do enfoque da mídia que dava seu tom claramente opositor ao governo Dilma Rousseff.

A partir desse momento, se instaura uma arena propícia ao processo de “golpe”, que, conforme Souza (2020, p. 361):

O processo pró-impeachment da presidente Dilma Rousseff unificou as frações mais altas das classes dominantes. As personificações do capital bancário; do capital industrial; do capital comercial; o agronegócio (e suas ramificações); os grandes monopólios midiáticos; os grandes conglomerados religiosos; os representantes do capital, do conservadorismo e do fundamentalismo de mercado nos poderes executivo, legislativo e judiciário brasileiros, subsumiram provisoriamente conflitos intestinos em nome do objetivo comum de encampar o xeque-mate à liderança do Partido dos Trabalhadores na grande, contraditória e ultrapragmática coalizão de forças políticas da era “lulopetista.”.

Dentro desse contexto, se instaura o processo do golpe, conforme acima mencionado, através das acusações que tratavam do desrespeito à lei orçamentária e à lei de improbidade administrativa por parte da presidente, as “pedaladas fiscais,”³⁰ que evidenciaram-se em inverdades. A situação fora criada para destituir o governo eleito por maioria significativa, em uma corrida para pôr em prática os interesses políticos do grupo dos neoliberais, por isso chamamos Golpe de Estado. A partir daí, instaura-se o governo golpista, tendo Michel Temer como seu representante interino, simbolizando os interesses das classes dominantes e o seu projeto de estado mínimo.

Outrossim, no capítulo a seguir, trataremos dos desafios da Política de Saúde Mental no Brasil de 2016 a 2022, pós golpe, a fim de analisarmos criticamente os desdobramentos e repercussões do mandato de Michel Temer, à luz da redução orçamentária no campo das políticas públicas e, portanto, na especificidade da Saúde Mental.

³⁰ Grifo da autora.

4. AS NOVAS DIRETRIZES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA NO CONTEXTO DE 2016 A 2022

Este capítulo visa contextualizar o movimento contrarreformista, conservador e suas implicações para a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, a partir do golpe ocorrido em 2016 e os seus desdobramentos políticos nesse campo, através das atuais diretrizes normativas.

Busca-se, também, enfocar os desafios nesses “novos tempos”, mediante a implementação de medidas que minimizam o investimento na ampliação de políticas públicas, a fim de atenuarem as consequências das expressões da questão social e que, reverberam diretamente nas condições de vida da população. Ademais, a redução do Estado incide diretamente na condução da Política Nacional de Saúde Mental, especialmente na particularidade de 2016-2022, indicando ser imprescindível:

[...] a necessidade da reflexão acerca da abordagem atual da política, tendo em vista os rebatimentos do ajuste neoliberal. Nesse sentido, um dos maiores desafios para a Saúde Mental, em particular, para os princípios da Reforma, são as tendências à privatização da saúde, visto o estímulo à precarização dos serviços sociais e a busca de soluções no setor privado. (TOMAZ, *et al.*, 2020, p. 98).

Destarte, na atual conjuntura o paradigma psiquiátrico manicomial, retorna enquanto “parte” da Política Nacional de Saúde Mental, contrariando a lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que estabelece a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo de assistência em Saúde Mental, refutando o verdadeiro caráter da Reforma Psiquiátrica brasileira. São essas “novas diretrizes” e os seus traços conservadores que estamos propondo refletir em torno dos desafios e perspectivas da Saúde Mental, no contexto atual, bem como os possíveis enfrentamentos suscitados por essas alterações.

Portanto, as reflexões neste capítulo, terão como base, as normativas legais como fonte de pesquisa a consubstanciar a análise pretendida, utilizando as legislações pertinentes ao tema para avaliar em que medida contribuem para o avanço ou retrocesso da Saúde Mental, colocando-as enquanto elementos protagonistas do contexto atual.

4.1. As Normativas e Suas Diretrizes na Contramão da Reforma Psiquiátrica

Entender a conjuntura atual é fundamental para compreender os desafios e ou possibilidades da política pública em Saúde Mental. O golpe no Brasil, interrompeu a sucessão dos governos à esquerda, trazendo consigo a ascensão das forças mais conservadoras, nos diversos segmentos da sociedade, que tratou de tentar dar a conotação de legalidade ao ocorrido

em 2016, contra o Governo da presidenta Dilma Rousseff, afetando a democracia brasileira.

Assim, a partir de todas as mudanças ocorridas nesse período, criou-se uma inquietação do imperialismo, que um País como o Brasil, de dimensões continentais assumisse uma política externa autônoma e procuraram:

[...] impedir o surgimento de potências regionais, especialmente em áreas com abundância de recursos naturais, como é o caso do Brasil. [...] Os golpes fazem parte de uma estratégia dos EUA para a região, visando a recuperação de um terreno político e econômico perdido, principalmente na primeira década dos anos 2000. (CARDOSO, 2020, p. 2).

Dessa forma, o movimento golpista contou além das forças conservadoras nacionais, o apoio dos estadunidenses. “A ofensiva restauradora do grande capital internacional e da fração da burguesia brasileira a ele associada, apoiados na mobilização da alta classe média, pôde, então, avançar”. (BOITO JÚNIOR, 2018, p. 320). A partir da posse do presidente golpista Michel Temer em 2016, o contexto de regressividade se instalou, dando prioridade a agenda neoliberal privatizante, minimização do estado e a redução das políticas sociais públicas, além da depreciação acerca dos movimentos sociais e suas manifestações.

O desfecho político dessa erosão desde a segunda eleição de Dilma foi o golpe parlamentar midiático com o suporte do Judiciário. Essa foi a saída burguesa brasileira para se adaptar com as exigências do ambiente internacional, de imensa liquidez de capitais buscando desesperadamente nichos de valorização e em que a disputa geopolítica acirrada pela recuperação das taxas de lucro promove uma ofensiva desenfreada sobre os trabalhadores, colocando em xeque os direitos, as políticas públicas que os materializam, e a própria democracia. (BEHRING, 2018, p. 62).

O neoliberalismo simboliza ainda as políticas de austeridade econômica e de enfraquecimento das políticas sociais que combinam com a ascensão do pensamento conservador moral e de extrema direita, reacendendo “[...] a intolerância política e religiosa, os xenofobismos, os deslocamentos forçados de massas de população em busca de um lugar para sobreviver assim como a resistência aos imigrantes e aos refugiados políticos”. (IAMAMOTO, 2017, p. 14). O enfraquecimento da democracia, e ascensão de conservadores ao poder acentuando a crise econômica e política no País, cedeu espaço para que o processo de privatização e o acentuamento da desigual relação entre capital e trabalho no País fosse promovida,

Dessa forma ganha ascensão a construção de novas expectativas para a extrema direita que sonhava em aumentar novamente o distanciamento social entre as classes, escondendo sob uma ideologia, agora também moral e conservadora. “Com atraso de

quase uma década, o Brasil se aproxima do padrão reacionário do mundo moderno, antecedido por recente inovação política do capitalismo: um golpe de Estado com origem e sustentação parlamentares” (SANTOS, 2017, p. 131-132).

Cabe destacar que, naquele período, o então Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), atualmente Movimento Democrático Brasileiro (MDB), o qual Michel Temer é partidário, apresentou um projeto de contrarreforma procurando justificar tais medidas, através do Programa- Uma Ponte Para o Futuro, o qual preconizava:

As modernas economias de mercado precisam de um Estado ativo e também moderno. Quem nos diz isto não é apenas a teoria econômica, mas a experiência histórica dos Países bem sucedidos. Só o Estado pode criar e manter em funcionamento as instituições do Estado de Direito e da economia de mercado, e só ele também pode suprir os bens e serviços cujos benefícios sociais superam os benefícios privados. Portanto, as discussões sobre o tamanho e o escopo do Estado quase sempre se movem no vazio, porque a questão central é que o Estado deve ser funcional, qualquer que seja o seu tamanho. Para ser funcional ele deve distribuir os incentivos corretos para a iniciativa privada e administrar de modo racional e equilibrado os conflitos distributivos que proliferam no interior de qualquer sociedade. Ele faz ambas as coisas através dos tributos, dos gastos públicos e das regras que emite. Essas são tarefas da política e, por isso, é justo dizer que o crescimento econômico duradouro e sustentável é uma escolha da política, do sistema político e dos cidadãos como agentes políticos. Dadas uma certa população e uma certa dotação de recursos, é a política que vai decidir se um País será rico ou pobre (PMDB, 2015, p. 4).

Assim, é criada as chamadas políticas anticrise de raiz liberal “[...] são partes de um projeto de classe destinadas a restaurar e consolidar o poder do capital, privatizando lucros e socializando custos. (HARVEY, 2011 apud IAMAMOTO, 2017, p.16). Essas medidas propostas tinham como objetivo a partir da visão neoliberal:

[...] conter a inflação e realizar o ajuste fiscal, o que exigirá cortes nos gastos sociais; a retomada do crescimento, que possibilitará a inserção das pessoas no mercado de trabalho; transferir para o setor privado tudo o que for possível; focalização das ações nos 40% mais pobres da população pobre. Destaca como papel do Estado qualificar as pessoas para que tenham mais competitividade no mercado de trabalho. No que se refere à Educação, é ressaltada a ênfase na formação técnica. Com relação à Saúde e ao SUS, coloca como questões importantes: a ênfase no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde; e o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados. (BRAVO; PELAEZ; JUNGER, 2018, p. 5).

Dessa forma, o argumento apresentado sobre as causas da crise no Brasil estarem atreladas as política e direitos sociais, são descartadas, embora assim advoguem os economistas conservadores, que na verdade, estão ligados a apropriação do fundo público pelo capital financeiro, assim,

O substrato da crise reside na superacumulação de capacidades de produção especialmente elevadas e na superprodução, acompanhadas de uma acumulação de capital fictício sem precedentes. Ela se sustenta na superexploração dos trabalhadores e na face desumana das guerras impulsionadas pelos núcleos de poder mundial. (CHENAIS, 2001 apud IAMAMOTO, 2017, p. 14).

A ofensiva neoliberal teve como prioridade o desmonte da rede de proteção social através da criação de uma série de legislações, as quais contemplaram o mercado. Dentre as legislações destacaram-se a Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 05/12/2016, a qual estabeleceu o novo regime fiscal, no campo do orçamento fiscal e da seguridade social, a chamada desvinculação das despesas obrigatórias, em que limitou o orçamento durante 20 anos, sem possibilidade de modificação por 10 anos.

Nesse sentido, há um impacto na sociedade brasileira, sobretudo das pessoas com maiores vulnerabilidades sociais, que sem o investimento nas políticas sociais as quais minimizavam as graves desigualdades sociais existentes no País, perde os direitos conquistados. Resgata-se um programa político, econômico e social voltado para o livre mercado financeiro e sua lógica privatizante das políticas sociais.

Seguindo na perspectiva de desmonte, está vinculada à Emenda Constitucional nº 95 de 05/12/2016, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 287 ³¹ de 05/12/2016 (Reforma da Previdência Social), e dos Regimes Próprios que trouxeram alterações ao conjunto de reformas, em que seriam atingidos os direitos dos cidadãos no âmbito da Seguridade Social e, particularmente, da Previdência Social. Tais alterações, trazem prejuízos graves a todos os segurados, tanto dos Regimes Próprios, quanto os pertencentes ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS), especialmente à classe trabalhadora.

Todavia, as propostas apresentadas tentavam criar a partir do momento de crise, um pessimismo, uma urgência em torno de tais medidas, tendo como argumento a necessidade do ajuste fiscal, bem como o conjunto de reformas anteriormente citadas. A solução para o déficit, seria através da redução de gastos com benefícios previdenciários e assistenciais. No entanto, as justificativas em relação ao projeto das reformas não retratavam a realidade, uma vez que,

[...] a seguridade social[...] é financiada por contribuições sociais previstas na Constituição, para garantir os direitos de previdência, saúde e assistência social de todos os cidadãos. As análises criteriosas da economista Denise Lobato Gentil mostram que a Seguridade Social é superavitária. O superávit estimado com base em

³¹ BRASIL. Proposta de Emenda à Constituição n. 287/2016. Altera os artigos. 37, 40, 109, 149, 167, 195, 201 e 203 da Constituição, para dispor sobre a seguridade social, estabelece regras de transição e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1514975&filena=me=PEC+287/2016. Acesso em: 8 jul. 2022.

dados das receitas e despesas do governo foi de 56,7 bilhões de reais em 2010, 78,1 bilhões em 2012, 56,4 bilhões em 2014, e 20,1 bilhões em 2015 (DRUMMOND, 2016, apud SILVA, 2019, p. 9).

Sendo assim, a citada Proposta de Emenda Constitucional (PEC), nº 287/2016 traduz e confirma, o caráter perverso de desmonte, trazendo consigo a fragilização e a desestruturação da base da seguridade social, e, alavanca a redução dos direitos para a população brasileira, em um evidente indício de privatização do Sistema Único de Saúde (SUS), “

O desmonte segue contrário a legislação social e trabalhista, advinda dos ganhos relativos à constituição de 1988, que tinha como um dos marcos a proteção do trabalhador e as suas liberdades de organização sindical, direito a greve e a limitação à intervenção abusiva do Estado. Agora, o governo golpista continua na destruição de direitos e têm nas legislações 13.467 de 13 de julho de 2017, que versam sobre a alteração da Consolidação das Leis Trabalhista³² (CLT), e a lei 13.429 de 31³³ de março de 2017, que trata sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e na prestação de serviços a terceiros.

A chamada reforma trabalhista de cunho neoliberal, desmantela as questões trabalhistas “trazendo consigo as propagandas da modernidade e da flexibilização como fundamento para repensar o direito do trabalho, o que no concreto, significa destruir a ideia de proteção do trabalhador [...]” (MOEDA, 2017, p. 317). A reforma é ampla, atingindo diversos setores da produção tanto na esfera pública, como na privada.

A criação do trabalho intermitente permite a eventualidade da prestação de serviço a partir da necessidade do empregador, consequentemente todos os direitos são orientados a partir das horas trabalhadas, deixando o trabalhador sem ter noção do valor do seu trabalho, assim como a insegurança de ser convocado para prestação do serviço. Destarte, é explícito o comprometimento do governo com o mercado e o empresariado. Portanto, para o operariado suas vidas passam a ser,

[...] completamente determinadas pelas demandas de curto prazo das empresas. Assim, ao invés de se subordinar aos ditames empresariais apenas durante a jornada de trabalho, os trabalhadores passam a ter toda a sua vida vinculada aos desígnios empresariais, sem que possam planejar sua vida pessoal e profissional, ficando sempre à espera do chamado do empregador. Na prática, os trabalhadores ficam ininterruptamente à disposição dos empregadores, uma vez que sua condição precária não lhes dá outra alternativa que não seja aceitar qualquer trabalho que surgir. (TEIXEIRA, 2017, p. 66 apud SILVA, 2019, p. 29).

³² Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

³³ Alterou os dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974,

Outrossim, “O poder do Estado moderno não passa de um comitê que administra os negócios comuns da burguesia como um todo”. (MARX; ENGELS, 2008, p. 12) e no caso do Brasil, acarretou a precarização, e a *uberização* do trabalho trazendo a informalidade, a retirada de direitos, a ampliação do exército de reserva, se traduzindo na reestruturação da acumulação capitalista, através de um consenso entre as elites políticas e econômicas.

Cabe ressaltar que a tramitação da Reforma da Previdência não logrou êxito, sendo suspensa, em fevereiro de 2018, visto a falta de quórum. Ficando o alerta da possibilidade do próximo governo articular esse processo de concretização do programa de medidas a favor do mercado.

Assim, essa onda conservadora também chega à área da saúde, repetindo a sua estratégia para o conjunto da gestão, a partir do discurso difundido acerca da crise na saúde e na sociedade em geral, instituiu o grupo de trabalho para discutir o projeto de Plano de Saúde Acessível, através da Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016, onde contempla três tipos de planos, o simplificado, o ambulatorial e o de regime misto, sua principal justificativa seria a desistência de cerca de 1,5 milhões de pessoas por conta da recessão econômica e desemprego. A proposta foi repudiada por várias entidades e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerada retrocesso, pelo seu caráter restritivo de cobertura, ferindo o princípio da integralidade da assistência. (BRAVO, PELEAZ, PINHEIRO, 2018).

Dentro desse cenário, surge a proposta de revisão das diretrizes e organização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no contexto do Sistema único de Saúde (SUS) para a organização do componente da Atenção Básica (AB), na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa revisão desde o início foi contestada pelos movimentos sociais, pesquisadores e trabalhadores, apontando a instabilidade econômica, social e política do momento e por ter o processo preliminar do texto um caráter restritivo, sem a ampla discussão, tendo sido realizada a pactuação através da reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sendo questionada inclusive pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Assim, foi apontada como solução uma consulta pública, embora não tenha tido um período de tempo em que se pudesse ter uma maior participação popular e uma discussão acerca da referida revisão. Nesse contexto, é aprovada a Portaria MS/GM nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que

[...]rompe com sua centralidade e institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), possibilitando a organização da Atenção Básica, com base em princípios opostos àqueles norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Estabelece a diferenciação entre ações e serviços de padrão essencial

que seriam os básicos, e de padrão ampliado, que seriam os estratégicos, o que aponta para o risco da seletividade e diferenciação do acesso da população à atenção básica. (BRAVO; PELAEZ; DE MENEZES, 2020, p. 197)

Dessa maneira a reconfiguração vai se efetivando, com uma série de modificações na legislação, como a questão do financiamento de novas equipes da atenção básica com valor menor, a redução do número de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe de saúde da família, o aumento de suas atribuições, e recomenda a unificação das ações com os agentes de combate as endemias, descaracterizando o seu trabalho, além de sugerir a incorporação deste como parte da eqSF.

O núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB), como passa a ser conhecido, tem como trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos e privados, redes sociais e comunitárias. Dessa forma,

[...] parece anunciar outra concepção do trabalho. Renomeados como Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), podem perder a função de apoio e, pela possibilidade de cobrir também as unidades básicas tradicionais, podem ter uma interferência negativa no seu formato de funcionamento (que já é um desafio mesmo nas EqSF), pela maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com este tipo de UBS (considerando o regime de cargas horárias previsto bem como a baixa indução para funcionarem com atributos e diretrizes observados na ESF).

Esse processo de reformulação da política em questão, foi marcado por uma forte regressão na organização da atenção básica, como tinha sido implementado em outras áreas. Era um governo que trazia a retirada de direitos, e a privatização como metas, beneficiando a ampliação do setor privado também na saúde. Esse foi o enredo que se desenhou naquela conjuntura, o desmonte da estratégia saúde da família.

Seguindo o ideário neoliberal, a área da Saúde Mental também sofre com as contrarreformas, nesse que é um projeto da sociedade burguesa, e vem privilegiando as elites. Assim, através das contrarreformas, possibilita a mercantilização da saúde num reordenamento de retrocessos através de legislações que impõem novamente para a sociedade brasileira princípios hospitalocêntricos, e privatistas, impactando na interrupção do avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), e pavimentando o retorno ao modelo excludente e segregador.

A reconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), inicia-se partir de 2016, com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde (MS) 1.482 de 25 de outubro, que considera elegíveis para o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). as entidades de promoção à saúde e às comunidades terapêuticas, qualificando-as ao recebimento

de verbas do Sistema Único de Saúde (SUS), e, portanto, fazendo parte da rede de assistência às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas.

Vale salientar que esse tipo de serviço desconhece a Política de Redução de Danos, o que contraria as bases de direitos humanos. Tais serviços, são atrelados a práticas religiosas, que têm como égide o isolamento social em instituições fechadas, as quais, as pessoas em sofrimento psíquico passam a ser tuteladas³⁴. Todavia, a partir desse momento, há uma pressão das organizações civis e de segmentos da classe trabalhadora, em prol da Reforma Psiquiátrica³⁵ (CRUZ, et al., 2020), conforme esclarece a citação abaixo:

É nítido que a internação em comunidades terapêuticas e no modelo manicomial é o grande foco central do cuidado, evidenciado no crescente financiamento de dispositivos antirreformistas de Saúde Mental, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa para a indústria da doença e da loucura. Isso tudo camufla os reais interesses representados pelos empresários dos hospitais psiquiátricos e da indústria farmacêutica que perderam 60 mil leitos no País para os serviços substitutivos. (AMARANTE, 2018 apud GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 124).

Dentro desta perspectiva, o modelo hospitalar psiquiátrico vai sendo reconstruído em contradição aos princípios da Reforma Psiquiátrica, tendo o poder público como propulsor. Assim, note-se que o caminho está sendo pavimentado através das legislações. A resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nº 32 de 14 de dezembro de 2017, é elaborada redefinindo as diretrizes para o “realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas, (PNAD³⁶)”, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. (Diário Oficial da União, 2017, 323). Ela traz uma reestruturação, um novo traçado para o financiamento, um outro procedimento de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Em seu texto, a citada resolução diz está em acordo com a lei 10.216 de 6 de abril de 2001, porém inclui o hospital psiquiátrico como componente da RAPS e reajusta o valor da diária para internação. Indagamos como a referida resolução pode estar de acordo com essa lei que em seu teor, proíbe a criação de novos hospitais e preconiza a diminuição dos leitos dos hospitais psiquiátricos? Em qual sentido estaria de acordo? Como podem pactuar as diretrizes

³⁴ Dessa forma, sinaliza-se a tentativa da desconstrução dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, que buscava garantir um atendimento integral, proporcionando o resgate da cidadania, bem como estimulando a reinserção social e familiar das pessoas em sofrimento psíquico.

³⁵ O Conselho Nacional de Saúde (CNS), publicou a Recomendação 043, no dia 15 de setembro de 2017, que visava para a revisão da portaria do Ministério da Saúde (MS) 1.482/2016.

³⁶ Grifo da autora.

clínicas para linha de cuidado com a RAPS? Quais seriam essas novas diretrizes que diferem da Política Nacional de Saúde Mental? Quais os reais interesses dessa mudança de diretriz?

Dentro desse cenário, podemos visualizar o tamanho do retrocesso que vem sofrendo a Saúde Mental, apesar das organizações, das moções de repúdio e da mobilização, a nova orientação segue, agora, incluindo também os Hospitais Dia. Esses dispositivos apesar de se assemelhar com os Centros de Atenção Psicossocial, tem uma diferença irrefutável, que se pauta na lógica oposta da reinserção territorial de pessoas em sofrimento psíquico, estando mais ligadas aos hospitais psiquiátricos. Ainda em relação a mesma resolução, tem como orientação “Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre o Ministério da Saúde (MS); Ministério da Justiça (MJ); Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Ministério do Trabalho (MT) em relação às Comunidades Terapêuticas”. (BRASIL, 2017).

A resolução em questão também traz ambiguidades na formulação do artigo 5º quando afirma “Vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária”. (BRASIL, 2017), “já que o conceito de ‘capacidade instalada’ pode incluir boa parte dos leitos que vêm sendo desativados desde a lei 10.216/2001”. (BRASIL, 2001 apud CRUZ, et al., 2020, p. 6).

Dando continuidade à análise do documento, é recriada os ambulatorios de Saúde Mental, com uma nova roupagem, as chamadas equipes multiprofissionais de atenção especializada em Saúde Mental que efetivamente, não possuem resolutividade. Assistimos ao impacto do neoliberalismo no País e suas mazelas, em especial no que concerne à Saúde Mental, que segue sendo desmantelada incessantemente.

A portaria 3588 de 21/12/2017, que alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, traz em sua formulação o incentivo financeiro aos hospitais psiquiátricos, não só o reinserindo permanentemente na estrutura da RAPS, mas acima de tudo investindo na cultura hospitalocêntrica em detrimento dos serviços substitutivos; sem investimentos e, conseqüentemente, ocorrendo a precarização deles.

Igualmente, está prevista a aplicação de capital nos hospitais gerais de referência, para pessoas em sofrimento psíquico ou decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com taxa de ocupação mínima de 80%. (BRASIL, 2017), o que indica o incentivo da elevação das taxas de internamento e permanência nessas instituições.

Seguindo a mesma lógica, está a Criação do CAPS AD IV³⁷ enquanto proposta que se centra no modelo biomédico. Há um investimento maior nos profissionais médicos, em detrimento da equipe multiprofissional, que tem na sua lógica uma assistência humanizada, voltada para projetos terapêuticos singulares.

Dessa forma, a atual legislação sinaliza para um retrocesso do cuidado integralizado, enfatizando uma prática em que,

[...] desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPs ao se apresentar como um serviço capaz de prestar “assistência a urgências e emergências”, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, como até então. Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem “enfermarias” (e não “acolhimento noturno”, como nos CAPs III) de até 30 leitos. [...] não condiz com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados. A indicação de construção dessas unidades “junto a casas de uso” afronta o princípio do território, apontando que o sujeito seria cuidado (ou receberia uma intervenção) no local onde faz uso das substâncias, ignorando o local de moradia, trabalho, lazer, vínculos familiares. (CRUZ, et al., 2020, p. 7).

Essas mudanças ocorridas, criam um novo paradigma para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma assistência pautada na lógica manicomial, desrespeitando os princípios da Reforma Psiquiátrica e da lei de proteção as pessoas em sofrimento psíquico. É a volta da mercantilização, e com ela o enfraquecimento dos serviços substitutivos, já que o que assistimos são:

[...] às disputas por modelos e recursos públicos, entre uma perspectiva de reforço à lógica universal do SUS, pautada no direito, e outra privatizante, que ganha força e busca redirecionar os recursos do SUS, remercantilizando os serviços e a atenção em saúde, focalizando-a para determinados segmentos, transferindo os recursos financeiros dos equipamentos do Estado para serviços vinculados à lógica de mercado e às entidades não governamentais, com uma tendência de transformar a saúde em mercadoria. (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 132).

Dessa forma, apresenta-se uma nova estrutura, novos componentes, velhas ideias para a Rede de Atenção Psicossocial, reconfigurando-se as estratégias dos espaços asilares para estar de volta ao protagonismo, afetando diretamente os caminhos da Reforma Psiquiátrica. A estratégia utilizada anteriormente de fechamento de leitos hospitalares, a não atualização das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), com o objetivo da construção e ampliação da RAPS, agora em direção oposta, anuncia a reorientação da Política Nacional de Saúde Mental,

³⁷ Para uma leitura completa destas mudanças consultar a portaria 3.588 de 21/12/2017 do ministério da saúde no site: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

sem nenhum aumento de repasse para os serviços substitutivos.

Nessa mesma direção, seguem as legislações da política sobre droga. O Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), publica a resolução nº1 de 9 de março de 2018, “aprova as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas” (BRASIL, 2018) e possui como pressupostos:

I - O realinhamento da política nacional sobre drogas deve considerar prioritariamente estudos técnicos [...]; II - [...] deve considerar aspectos legais, culturais e científicos, em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas; III - Os programas, projetos e ações [...], promoção da saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes; IV - O fomento e incentivo aos programas [...] devem ser direcionados exclusivamente às iniciativas cujos resultados de impacto sejam satisfatoriamente mensuráveis no cumprimento dos objetivos de proteção; [...] §2º - A União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em comunidades terapêuticas [...]. (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 125-126).

Essa resolução aponta para a oposição da Política Nacional sobre Drogas, a partir de 2016. Apresenta uma propensão ao proibicionismo com foco nas internações, e, fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, defendendo a abstinência e define a “articulação com os Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, dos estudos preparatórios necessários à alteração do Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002 “Política Nacional Antidroga. (BRASIL, 2018). Ao Ministério da Saúde cabia a assistência aos usuários de álcool e outras drogas, que passa a partir de então, para o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).³⁸

Ainda como desdobramento do governo golpista, foi publicado o edital de credenciamento nº 1, de 25 de abril de 2018, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), Ministério da Justiça (MJ), Ministério da Saúde (MS), Ministério do Trabalho (MT) e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), para cadastramento com financiamento da União, para “as comunidades terapêuticas, a fim de assistir as pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário”. (BRASIL, 2018). Assim,

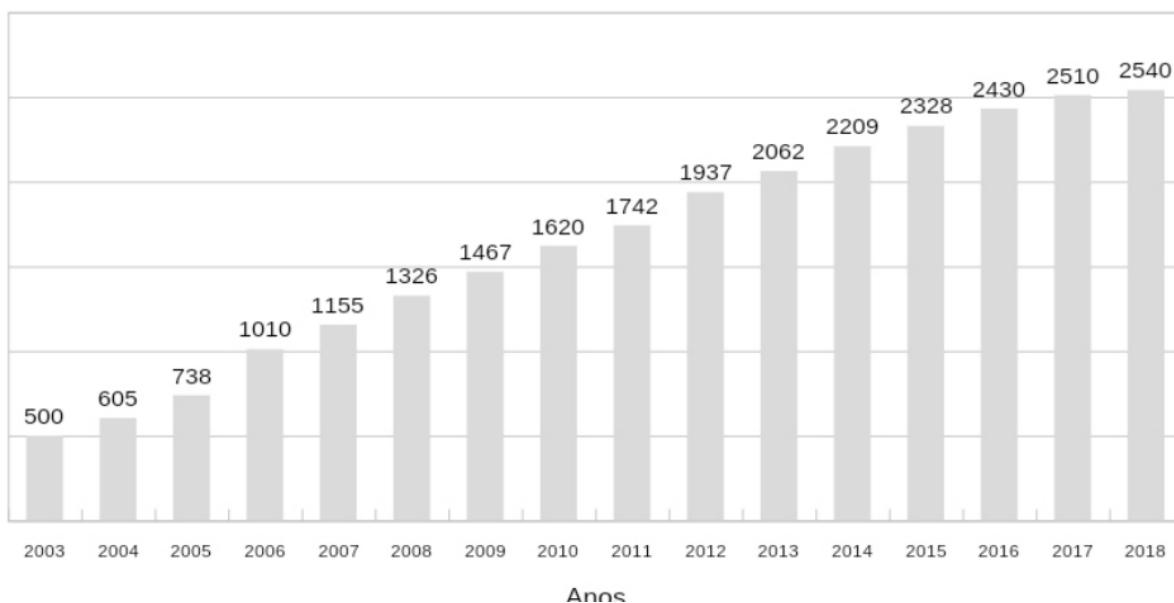
Ao ser priorizado o estabelecimento de contratos/parcerias com comunidades terapêuticas, em detrimento do suporte financeiro que deveria ser ofertado aos serviços do SUS, fica suprimido o aspecto da redução de danos, colocado como primordial na execução da própria Política Nacional sobre Drogas, uma vez que as comunidades terapêuticas possuem como principal característica norteadora de sua

³⁸ O Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), foi alterado para a denominação, Ministério da Cidadania (MC), quando do vigente Governo de Jair Bolsonaro

modalidade de tratamento a precondição da abstinência, em desrespeito ao percurso e possibilidades do consumidor (ARAGÃO; ROSA, 2019, p. 230 apud TOMAZ, *et al.*, 2020, p. 97).

Vale destacar que está previsto pelo edital acima mencionado, a acolhida as pessoas com problemas relacionados as substâncias psicoativas pelas entidades credenciadas no período de um ano consecutivos ou intercalados, no intervalo de dois anos. Esse fato denota a perspectiva de um “tratamento” com base no modelo asilar, que atuam a partir do enclausuramento e da abstinência forçada. Dando continuidade a esse processo, é publicada mais uma portaria a de nº 2434, de 15 de agosto de 2018 para reajuste do valor da internação, com incentivos aos hospitais psiquiátricos que mantiverem o internamento de longa permanência, acima de 90 dias. Essa configuração até agora demonstrada, desqualifica a Rede de Atenção Psicossocial (CAPS), e investe na retomada da institucionalização da loucura. Consequentemente, há uma desaceleração nos investimentos do modelo substitutivo, com a redução do número de Centro de Atenção Psicossocial entre 2003-2018, como iremos demonstrar a partir do gráfico 9.³⁹

Gráfico 9 – Número de Centro de Atenção Psicossocial por ano, no período 2003-2018



Fonte: Ministério da Saúde apud CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020, p.13.

Ao analisarmos o gráfico 9 acima, percebemos o crescente número dos Centros de

³⁹ Os dados apresentados, referentes aos gráficos 9 e 10 são de fonte secundária, pela dificuldade de encontrar dados primários disponíveis a partir de 2016, não sendo encontradas publicações que anteriormente apresentavam essas informações como os relatórios de gestão referentes a Saúde Mental, a publicação da saúde em dados, e dados do Ministério da Saúde e da Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Atenção Psicossocial (CAPS). Comparativamente, entre o quadriênio 2003 a 2006 que corresponde ao primeiro mandato de Lula da Silva, apresenta com uma intensificação de recursos e esforços para a ampliação dos modelos substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com um aumento de 655 novas unidades distribuídas pelo Brasil. No seu segundo mandato que corresponde ao período 2007 -2010, o comprometimento no investimento do modelo substitutivo segue, sendo incentivados e criados mais 586 unidades.

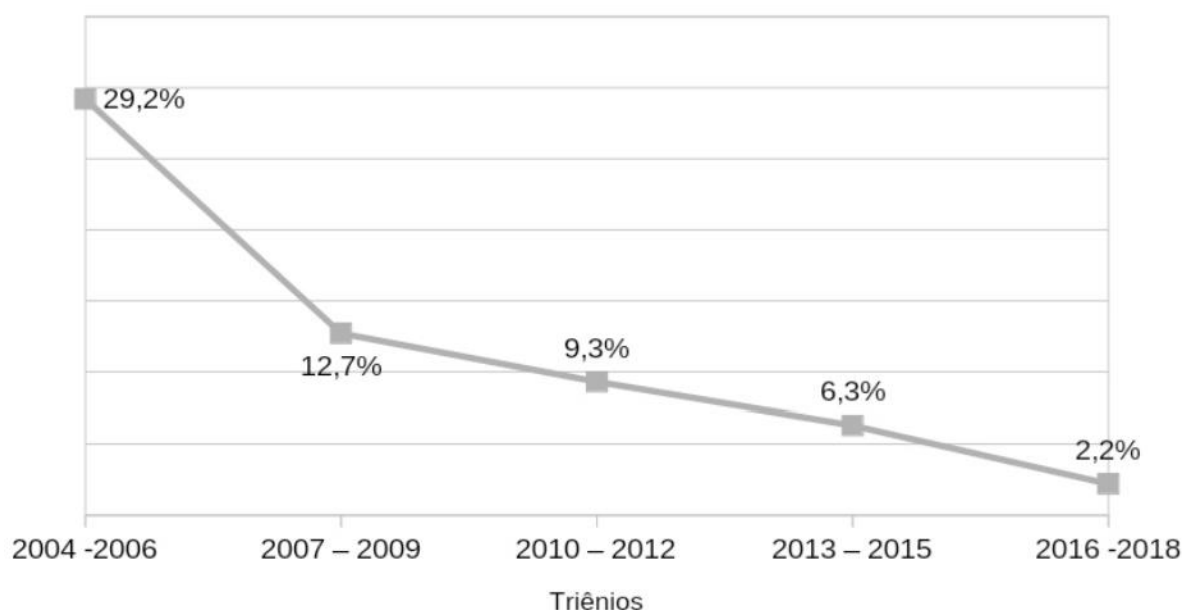
Durante o governo da então Presidenta Dilma Rousseff, manteve-se a média de investimentos no sentido de criação de Centros de Atenção Psicossocial no período que corresponde de 2011 – 2014, quando foram financiados 586 serviços substitutivos. O segundo governo da referida Presidenta, interrompido com o golpe de 2016, ainda sob seu comando de 2015 até agosto de 2016, ainda foram inaugurados 102 serviços.

A partir de 2016 com o governo ilegítimo usurpando o poder, permanece claro também em números, que houve um desinvestimento entre 2017-2018, com apenas 110 serviços inaugurados, sendo que em 2018 apenas 30 Centros de Atenção Psicossocial foram abertos. Nota-se que houve quase que uma estagnação da curva ascendente, sinalizando a mudança de paradigma na assistência à Saúde Mental.

Alia-se a esses fatos, o avanço na falta de capital intelectual, social e econômico, promovendo uma desestrutura na manutenção das instituições, na qualificação profissional, na questão salarial. Ainda citamos como desmobilização, o a terceirização dos serviços, prejudicando entre outros aspectos a insegurança profissional, e o vínculo entre usuários e equipe. São indícios mais que visíveis do retorno ao passado, e o esforço na aprovação e legitimação da sociedade desses “novos tempos”.

Ainda analisando o processo de desconstrução do modelo substitutivo ao manicomial, iremos analisar a taxa de crescimento média anual, que corresponde ao triênio entre 2003 e 2018 conforme segue gráfico 10 abaixo:

Gráfico 10 – Taxa de crescimento médio anual composta de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil por triênios, de 2003 a 2018



Fonte: Ministério da Saúde apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 15.

Conforme aponta o gráfico 10 acima referido, percebe-se a diminuição da taxa de crescimento dos Centros de Atenção psicossocial (CAPS) aproximando-se “rapidamente da estagnação (tendo passado de 6,3% no triênio 2013 -2015 para apenas 2,2% no triênio estudado –2016-2018”. (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 14). Essa desaceleração está intrinsecamente ligada as novas legislações que foram publicadas e corroboram para a efetivação da contrarreforma Psiquiátrica brasileira, datada a partir de 2016 aponta para uma desassistência do processo da Reforma Psiquiátrica.

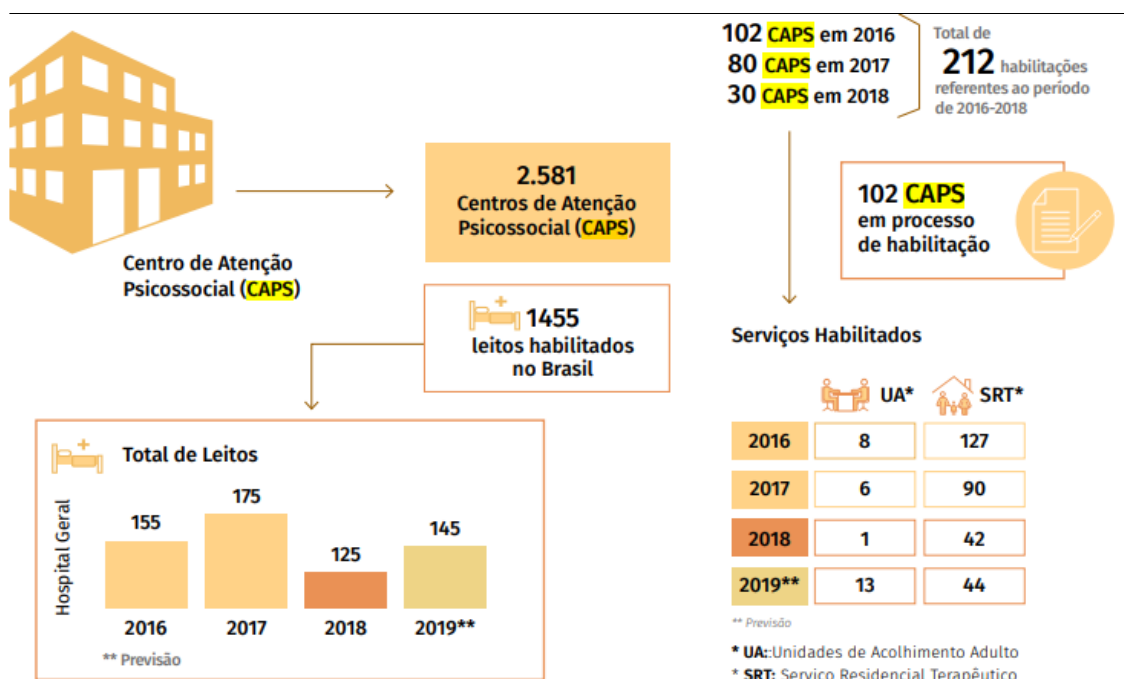
Vale salientar que ficamos impossibilitados de recebermos informações atuais do período de 2016 até o presente, pela falta de publicização dos dados. Esses, de importância a todas as pessoas interessadas, que os utilizam para análise e melhoramento nas políticas de Saúde Mental, e,

[...] trazia não somente publicidade ao dado, mas também sua interpretação e tradução. Em 10 anos, foi possível acompanhar, por meio de séries históricas de dados, as repercussões e lacunas da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Entre elas, o percurso do fechamento de leitos psiquiátricos com baixa qualidade assistencial; a mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos restantes no País (quando leitos de psiquiatria passaram a situar-se em hospitais de pequeno porte); o esforço de direcionamento, pela saúde pública, pela política de álcool e outras drogas e pela política de Saúde Mental para crianças e adolescentes; a interiorização dos serviços, especialmente dos CAPS; a desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos, e, de forma especial, a “inversão” de gastos a partir de 2006, quando os recursos federais destinados a ações extra-hospitalares em Saúde Mental passaram a ser maiores do que os gastos com ações hospitalares.[...]. A ausência de informações, especialmente num cenário em que são alteradas normativas da Política Nacional de

Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e há desaceleração no processo de expansão de serviços públicos de base comunitária e territorial, é considerada um agravante importante no contexto de retrocessos instaurados no Brasil dos últimos anos. (DESINSTITUTE, 2021, p. 14).

Dessa forma, os dados obtidos a partir do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde 2018, ano 2019, forneceu de forma compilada, em uma página, com dados genéricos acerca da Política Nacional de Saúde Mental, sem fornecer os subsídios necessários para avaliação e discussão dos dados, como pode ser visualizado na figura 1 abaixo:

Figura 1 – Relatório de Gestão no período 2016 a 2018



Fonte: Secretaria de atenção à Saúde, Apud Relatório de gestão 2018. Ano 2019.

A Política de Saúde Mental no Brasil tem sido fortemente impactada pela onda conservadora, que vem buscando desconstruir os da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo atingida em seus princípios fundamentais. Vale salientar que durante todo esse processo estão na luta as organizações de usuários e familiares, conselhos de classe, trabalhadores da área, além do posicionamento da Defensoria Pública da União. Assim,

[...] a ‘nova’ política nacional de Saúde Mental - PNSM contraria as leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (promulgado no Brasil pelo Decreto n. 592/1992), além de recomendações específicas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (**Brasil, 2018d**).
[...] Essa ‘nova’ política vem sendo contundentemente questionada por diversas

entidades – conselhos profissionais de Psicologia (Posicionamento, 2017) e de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2017; Brasil, 2017h), Associação Brasileira de Saúde Coletiva –**Abrasco (2017)**, Associação Brasileira de Saúde Mental –**Abrasme (2019)**, dentre outras, e pesquisadores (Guljor et al., 2019) do campo da Saúde Mental, assim como pela Defensoria Pública da União (**Brasil, 2019d**), Ministério Público (Brasil, 2017c) e parlamentares (**Brasil, 2019a**). **Lima (2019)**, em editorial para a revista *Physis*, chega a empregar o termo “contrarreforma psiquiátrica” ao abordar este processo. (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 3).

Essas organizações já citadas, continuaram na luta para o fortalecimento da garantia de direitos conquistados e adquiridos ao longo do tempo. Seguiu-se na caminhada, em um movimento contínuo, contrário as tendências à regressão com a atual Política Nacional de Saúde Mental e antidrogas.

A era do dissenso se fez presente, as políticas neoliberais vêm se concretizando enquanto projeto de classe, com suas inflexões, muito antes do golpe de 2016.

Em sua função ideológica o conservadorismo reproduz um modo de ser fundado em valores historicamente preservados pela tradição e pelos costumes – no caso brasileiro -, um modo de ser mantido pelas nossas elites, com seu racismo, seu preconceito de classe, seu horror ao comunismo.[...] ao materializar-se na exploração, na dominação, na desigualdade, na violência objetiva e subjetiva, a acumulação capitalista e o neoliberalismo criaram as bases concretas para a reprodução social da barbárie manifesta em ideias, valores e comportamentos. (BARROCO, 2015, p. 624-626).

Assim, durante dois anos, as medidas anunciadas criaram um ambiente propício para o conservadorismo e a austeridade, em todas as políticas sociais e em especial para a Saúde Mental, fazendo retroagir o tempo, onde o paradigma biomédico, centralizador e medicalizador, vai ressurgindo e sendo difundido para o senso comum como fato natural e necessário, reproduzindo os interesses mercadológicos, de acordo com os pressupostos neoliberais. Dessa forma, são muitos os desafios a serem superados na retomada da Reforma Psiquiátrica brasileira que daremos continuidade no próximo item, analisando as “novas diretrizes “no cenário da “nova ordem”, que se apresenta com seus traços conservadores.

4.2. O Traço do Conservadorismo na Política Nacional de Saúde Mental

Em pleno século XXI, o conservadorismo cresce em todo o mundo nas chamadas democracias liberais e, com ele, “os sentimentos nativistas, racistas, homofóbicos, sexistas, antisemitas, islamofóbico, bem como sentimentos cristãos antisseculares, adquiriram base política e legitimidade inimaginável há uma década”. (BROWN, 2019, p. 9). Dessa forma,

podemos dizer que esse fenômeno,

[...] tem aparecido com grande força nos EUA (fenômeno Trump), na Europa Ocidental (Itália, França, Inglaterra), na Europa central (Hungria e Polônia), na Ásia (Filipinas e Índia), no mundo muçulmano (Irã e Egito) e na América Latina (Brasil, Chile, Colômbia). Trata-se de uma extrema-direita descomplexada, ativa e propositiva, de grande ativismo público, com frequentes incursões nas ruas, explorando as insuficiências e deficiências dos regimes democráticos, instrumentalizando-os quando convém, desfigurando-os “por dentro” e usando intensamente os mecanismos próprios da revolução digital. (REIS, 2020, p. 3).

Os impactos do conservadorismo no campo político e econômico, abalam todos os setores da experiência humana no mundo. Com um movimento voltado para garantir o fortalecimento dos preconceitos adormecidos ou escondidos diante da vigência de legislações progressistas voltadas para a consolidação de políticas sociais dignas do avanço da inclusão e não da exclusão na sociedade, a Política de Saúde Mental no Brasil se encontra nitidamente com sua face voltada para o passado excludente com o apoio de políticas liberais. Porque, dentre outros aspectos, após a eleição de 2018, o Brasil, não fugiu à regra, ou seja, seguiu a tendência da direita a nível mundial. O neoliberalismo que desde a década de 1990 se instalara no País, agora tornou-se uma política mais austera, com a defesa de privatizações e de uma moralidade conservadora. Como analisa Souza (2020, p. 20):

Observando o panorama internacional, pude enxergar o cenário nacional com mais clareza. A eleição de Donald Trump, nos Estados Unidos, foi decisiva para vitória do “bolsonarismo” nas eleições presidenciais de 2018, pelos métodos, pelos instrumentos de manipulação, pelo discurso de ódio, pelo extremismo conservador, pela retórica anticomunista requentada. Doravante, as novas tecnologias da informação, as redes sociais, os “memes” (produzidos como caricaturas feitas para se tornarem virais), as fakes news, os canais extremistas do YouTube, em articulação com o conjunto de crenças e teorias da conspiração do ex-astrólogo Olavo de Carvalho (e seguidores), conferiram novas mediações para o conservadorismo no Brasil.

De acordo com a citação acima, a sociedade brasileira foi afundada em um emaranhado de mentiras. O ódio, como afirma Brown (2019), citado anteriormente, foi o sentimento que encontrou solo fértil para impulsionar a expressão pública dos preconceitos arraigados na sociedade. A ojeriza aos pobres, às mulheres e homens negros, aos movimentos sociais que lutam por melhores condições de moradia, saúde, educação e pela inclusão social dos pobres, negros (as), dos povos originários, da classe trabalhadora, da população gays, lésbicas, bissexuais, transgênero, travesti e transexuais, queer, intersexual, assexual, pansexual (LGBTQIAP+) vem impulsionando a discriminação e exclusão social.

Igualmente, o governo brasileiro, desde 2019, adotou do seu antecessor a estratégia de

enfraquecimento às políticas sociais e à democracia, ao tempo em que realiza e difunde os ideais da privatização na saúde pública, na previdência e na assistência social. Para além dessa postura, imprime a inflexibilidade econômica- conservadora e austera para a população, articulando uma junção do neoliberalismo com o programa de moral conservadora, que se expressa desde a sua campanha eleitoral, sob o slogan “Brasil acima de tudo-Deus acima de todos”. Ademais:

O neoliberalismo autoritário que tomou o poder do Estado tem sustentações sólidas nas forças armadas, nas corporações de mídia, em parte da opinião pública, em parte das organizações religiosas, no judiciário, no governo dos Estados Unidos, na inflexão conservadora que domina parte do planeta neste momento. Privatização do Estado, desmonte do projeto de bem-estar social, pauperização, concentração de renda, punitivismo, cerceamento de liberdades individuais, acirramento do ódio e da desigualdade, são componentes do contexto trágico que estamos vivendo. A resistência deve partir de uma consciência aguda do momento político. (DELGADO, 2019, p. 3).

A partir desse cenário, incorre no País as contrarreformas, minimizando os gastos em todas as políticas sociais e a diminuição dos salários, além da flexibilização das leis ambientalistas para o favorecimento do agronegócio, da mineração, do desmatamento e a desproteção das áreas indígenas para garantir as políticas de mercado, assegurando os interesses do sistema capitalista e tendo como justificativa “ a ‘modernização’, ‘produtividade’, ‘competitividade’, ‘qualidade total’, ‘lucratividade’, ‘entrada no primeiro mundo’, são muitas as elites empenhadas em satanizar e mutilar as conquistas político-econômicas e socioculturais que se haviam realizado com base em projetos nacionais”. (IANNI, 2004, p. 53).

Vivencia-se na contemporaneidade uma retirada quase total dos direitos historicamente conquistados e a centralização e fortalecimento do poder nas mãos do executivo, que não tem titubeado em lançar mão de um conjunto de medidas de cariz totalitário sob o pretexto de garantir a proteção de seu governo. Este paradigma transforma uma situação de emergência em regra, dando uma roupagem de legalidade jurídica a um conjunto de práticas não consideradas no regramento constitucional. (CASTILHO; LEMOS, 2012, p. 272).

Dentro desse cenário de retirada de direitos, o referido governo retoma o projeto da reforma da Previdência Social, através da Emenda Constitucional (EC), nº 103, de 12 de novembro de 2019, que trata das modificações aos acessos beneficiários da previdência Social. O discurso é pautado no déficit da Previdência Social e na necessidade de sua reformulação, para a “sustentabilidade no presente e para as futuras gerações, garantindo maior equidade”. (LOBATO; COSTA; RIZZOTTO, 2019, p. 6). Vale salientar que um dos pontos que foram

retirados da Emenda Constitucional referia-se ao Sistema de Capitalização⁴⁰ de caráter obrigatório, inspirado no regime do Chile.

Neste cenário, o que se apresenta para a população brasileira é uma realidade composta de desmonte do trabalho e privatização, para atender aos interesses das classes dominantes e para a abertura do mercado. “Acrescentemos que além da correspondência objetiva entre os interesses do grande capital financeiro, e o modelo neoliberal, verifica-se, também, a identificação política e ideológica das entidades nacionais e internacionais do capital financeiro”. (BOITO JÚNIOR, 2018, p. 35).

Outrossim, a Atenção Básica também é atingida com as contrarreformas, a partir do desfinanciamento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Como já nos referimos anteriormente, o NASF-AB foi criado em 2008, para consolidar a atenção primária, promovendo a atuação integrada entre a equipe multiprofissional, e compartilhar práticas e saberes com o objetivo de ampliação da resolutividade. Foi reformulado pela portaria nº 2436 de 21 de setembro 2017, sendo incluído no Programa Nacional de acesso a qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que ampliou a responsabilidade do programa para as equipes de AB.

A partir da portaria nº 2979 de 12 de novembro de 2019, foi implantado o Programa Previne Brasil, no qual o Nasf-AB foi excluído das estratégias, ações e programas da Atenção Básica que teriam custeio garantido pelo Ministério da Saúde. Porém, o referido Ministério o descredenciou no ano subsequente, sob a nota técnica nº3, de 28 de janeiro de 2020. Na prática, esta lei significa que os gestores municipais são livres para compor essas equipes da forma como melhor lhe aprouverem.

Na entrevista realizada por Beatriz Mota, a Lígia Giovanella (2020), pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e coordenadora da Rede de Pesquisa em Atenção Primária em Saúde, é possível observar os destaques deste nítido movimento histórico e político de diminuição dos direitos:

“Vamos reduzir o caráter multiprofissional da equipe, dificultando cada vez mais que se faça um trabalho em modelo assistencial de atenção integral, um trabalho interprofissional. Temos grandes campos da saúde em que a ação integrada é muito relevante: a questão da Saúde Mental, por exemplo, ficaria descoberta. Assim como no caso das doenças crônicas, degenerativas, com a necessidade de outros profissionais envolvidos, como terapeutas, nutricionistas etc.”, observa Lígia Giovanella. (GIOVANELLA, 2020, s/p).

⁴⁰ O referido Sistema de Capitalização, é uma espécie de poupança individual para garantir a aposentadoria, aplicado em investimentos e rendimentos durante o tempo de contribuição, que seriam administrados pela iniciativa privada, como bancos e fundo de pensões.

Assim, podemos analisar que as novas medidas adotadas, seguem a mesma perspectiva de desmonte aqui referenciada. A meta é a de destruir um formato político capaz de contribuir com uma assistência integrada. Dilui-se, portanto, as perspectivas de um trabalho multidisciplinar no qual os diversos profissionais envolvidos buscavam garantir resolutividades de acordo com a necessidade da população. Portanto, diante da sua importância na integralidade da assistência, não se justifica a exclusão da equipe da Atenção Básica das políticas sociais e de saúde no Brasil. Agora prevalece um retorno ao modelo médico centrado, um modelo conhecido como ultrapassado, sem eficácia e com valores invertidos.

Em meio a todo esse sistema de retrocesso, e medo do retorno ao passado de marcas profundas, surgiu a pandemia do covid-19, que assola o mundo. As faces nefastas desse contexto se manifestaram em um cenário de intensa crise econômica, atingindo diversas áreas da vida em sociedade. No Brasil, assistimos atônitos ao quadro em que se configurou da necessidade urgente de quarentena, a sensação e o medo da morte e de perdas de pessoas próximas apontavam para o adoecimento psíquico.

Correlacionado a esse cenário, a minimização da renda, o subemprego, o desemprego, tornaram piorado a tensão sobre as famílias, tudo isso fez crescer a insegurança. Soma-se a isso a falta de políticas públicas, a privação do convívio social que afetou os modelos de comportamentos, e acima de tudo, o menosprezo e a falta de empatia pelos doentes, mortos e seus familiares no momento de auge da pandemia pelo governo federal, deixando claro, que ele não possui qualquer “[...] reconhecimento pelos direitos humanos e sociais, e nenhum respeito pela civilidade humana, movendo-se pela intolerância, incivilidade, pelos discursos e atitudes grotescas”. (BOSCHETTI, 2022, p. 317).

O Governo de Jair Bolsonaro, ignorando totalmente a comunidade científica mundial, investiu nas *fake News* acerca da eficácia da hidroxicloroquina e da ivermectina enquanto medicamentos que trariam a cura para a referida pandemia. A venda dessa medicação tornou-se absurdamente maior, e mais uma vez investiu-se na indústria farmacêutica e no mercado, em detrimento da vida.

Assim, corroborando com as ideias do presidente anterior, no sentido da mercantilização da saúde, como fonte de lucratividade, traz para a Política Nacional, sua flexibilização. Desta feita, para concretizar o seu propósito, divulgou a Nota Técnica nº 11, de 04 fevereiro de 2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS, cujo teor refere-se ao “Esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”.

O documento em questão, contém as resoluções e portarias de 2017 a 2018, inclusive a Resolução do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), que modificou as suas diretrizes,

alterando dessa forma as orientações concernentes a assistência as pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Vale ressaltar que até a publicação da nota, a argumentação se dava em torno do fortalecimento da Rede de Atenção psicossocial (CAPS). Entretanto, a partir da citada nota, o discurso passa a ser “outro modelo de assistência”⁴¹ e traz questionamentos acerca da efetividade na fundamentação até então adotada.

A proposta é o aumento do número de leitos psiquiátricos, com incentivo financeiro, colocando-se contra o seu fechamento; portanto, reiterando a importância dele como parte dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial, assim como, as comunidades terapêuticas, enquanto mecanismo assistencial “com o objetivo de promover ações que façam frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso do álcool e outras drogas no País”. (BRASIL, 2019, p. 8). Assim, em seu discurso explícito, destaca-se o objetivo a promoção da “abstinência, suporte social e promoção da saúde de riscos sociais e a saúde e danos” (BRASIL, 2019, p. 8).

A nota técnica em questão, ainda traz como “oferta de tratamento efetivo aos pacientes em sofrimento psíquico, [...] a disponibilização do melhor aparato terapêutico”. (BRASIL, 2019, p. 8), oferecendo a eletroconvulsoterapia (ECT) enquanto abordagem terapêutica. Igualmente ressalta que a Rede de Atenção Psicossocial (CAPS), com esses incrementos torna-se fortalecida sem nenhum prejuízo e reitera que “[...] não cabe mais a ideia de que tais serviços devem ser fechados. Os hospitais psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes para internações humanizadas [...]” (BRASIL, 2019). Outra questão que merece destaque está relacionada ao internamento de crianças e adolescentes. São consentidas e justificadas pelo Conselho Regional de Medicina (CREMEC), que no “caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas [...] de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos [...] não há qualquer impedimento legal”. (BRASIL, 2019, p. 24).

É um pacote que privilegia o atendimento hospitalar, que aumenta os recursos para os hospitais psiquiátricos e destina recursos muito volumosos para as comunidades terapêuticas, que já vêm recebendo recursos volumosos desde 2016, e, conseqüentemente, diminui os recursos da rede comunitária de atenção. Mas, certamente, residem nessa proposta outros interesses. A hospitalização, aumenta a prescrição irracional de psicotrópicos. Trata-se de um modelo ambulatorial que não se presta à organização de um sistema comunitário de atenção em Saúde Mental. (DELGADO, 2017, p. 1).

As contradições expressas nos dados acima apontam para a dinâmica da política Nacional de Saúde Mental no País, e o avanço do conservadorismo. Dentro desta perspectiva,

⁴¹ Grifo da autora.

foi construída uma “nova legislação”, denominada de “Nova política de Saúde Mental”, que evidencia um discurso com vistas ao fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Todavia, a ideologia⁴² conservadora presente, objetiva esconder que na verdade, na essência dessa concepção de “fortalecimento” da atenção psicossocial se vislumbra a reativação do modelo hospitalar psiquiátrico inclusive com apoio do poder público às instituições privadas da psiquiatria.

Para esse momento e diante de toda legislação anteriormente referenciada no corpo do trabalho, pode-se compreender que em 2016 começou a ser gestado um processo de tentativas explícitas de desconstrução da Reforma Psiquiátrica (RP), que vinha se consolidando ao longo do tempo. Reforma essa cuja essência está pautada no tratamento dos indivíduos com base comunitária e, como vimos, tinha como um eixo da Política de Saúde Mental a meta da desinstitucionalização.

Destarte, esse governo desconsidera a comprovação dos danos causados pelo isolamento social, a exclusão, o modelo centrado na figura do médico e todas as violações de direitos ocorridos durante anos no modelo hospitalocêntrico.

Dessa forma, procura através da referenciada Nota Técnica, recolocar o hospital na centralidade da assistência em Saúde Mental, como nos idos da década de 1960, numa tentativa de reconstrução da chamada indústria da loucura, e retirando os Centros de Atenção Psicossocial enquanto modelo substitutivo, invertendo assim a lógica da luta antimanicomial, com o refinanciamento e a retomada da institucionalização.

Nessa mesma perspectiva, está a Política de Álcool e outras Drogas, que com a extinção da política de redução de danos⁴³, embora polêmica, trazia uma série de benefício no sentido de minimizar os danos à saúde em decorrência das drogas. A partir da lei 13.840 de 05 de junho de 2019,⁴⁴ é adotada a política proibicionista, que conforme Brites (2013), em entrevista ao Conselho Federal de Serviço Social, se manifesta:

A ideia do proibicionismo é aquela de um mundo sem algumas drogas, o que resulta na proibição do uso de apenas algumas delas. Álcool e tabaco, por exemplo, são drogas responsáveis por inúmeros problemas de saúde pública, mas que não são

⁴² Para uma melhor apropriação do conceito de ideologia “(...) como um ideário histórico, social e político que oculta a realidade”, consultar: CHAUÍ, Marilena. O que é Ideologia? 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008. p. 7

⁴³ Redução de Danos foi uma estratégia de saúde pública utilizada com o objetivo de controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos, lícitos ou ilícitos, sem, necessariamente, interromper esse uso, e buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas.

⁴⁴ “Trata do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas, define as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e trata do financiamento das políticas sobre drogas (BRASIL, 2019).

proibidas. A vertente proibicionista não faz uma análise histórica sobre estes fatos. Já a abordagem da saúde coletiva coloca o uso de drogas no seu contexto histórico. Reconhece que a relação dos seres humanos com a droga é histórica, determinada socialmente e culturalmente, e que envolve questões inclusive ligadas ao capital. Reconhece que o uso de drogas é reflexo da ausência de políticas sociais, da incapacidade do Estado em garantir direitos da população como a saúde, o trabalho, a moradia etc. (BRITES, 2013, p. 4).

Ademais, é importante salientar que o trabalho com essa parcela da população, está para além da nova configuração dada a Política sobre Drogas, como a internação involuntária, o proibicionismo, as comunidades terapêuticas como principal instrumento para a assistência as pessoas que abusa ou cria dependência de substância psicoativas. As ações devem se pautar no entendimento de que esse processo determinista, da “nova política” são expressões dessa onda conservadora neoliberal que se baseia na clausura, com caráter higienista, e desrespeita a pessoa enquanto sujeito de direito.

Na nota técnica aqui referenciada, é explicitada a incompatibilidade de seus objetivos com a luta antimanicomial e a Reforma psiquiátrica. No entanto, ao longo do texto da nota técnica há referências a luta antimanicomial e Reforma psiquiátrica mascarando os retrocessos propostos aos avanços da política de Saúde Mental no Brasil. Na verdade:

A partir do exercício analítico, podemos constatar que não se trata de “nova” política sobre drogas, pois resgata e reinstitucionaliza princípios e modos de compreensão e atuação historicamente hegemônicos, mas em choque com as mudanças oriundas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras e da RD no campo de álcool e outras drogas. É uma “nova” política que já nasce velha; um museu de grandes novidades. (DA COSTA, 2020, p. 18).

Note-se que há um componente que até então não havia sido cogitado desde a Reforma Psiquiátrica do século XX, a eletroconvulsoterapia. Esta prática ressurgiu enquanto aparato terapêutico. Neste momento, oferecido enquanto o melhor tratamento. No entanto, a história registra que os castigos e as torturas durante anos, causam danos irreversíveis a toda a população encarcerada e esquecida à própria sorte, como nos relata Arbex (2013, p. 14, 31):

Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. [...] O eletrochoque era tão comum na unidade, que muitas vítimas se tornavam algozes depois que o efeito da descarga elétrica passava. [...] O tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidação.

Essas foram as experiências vivenciadas por incontáveis pessoas internadas no

manicômio de Barbacena, em Minas Gerais. Mortes, torturas, castigos, denunciadas pela jornalista Daniela Arbex no seu famoso livro *O Holocausto Brasileiro. Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. Será a reprodução do passado em forma de Política Nacional de Saúde Mental.

Aliando-se a isso, outro fato que nos causa perplexidade, é o internamento de crianças e adolescentes, referida na Nota Técnica que “[...] a melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência[...]” “em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. (BRASIL, 2019, p. 24).

Dessa forma, estamos diante de um contrassenso, de um retrocesso, com o regresso do modelo asilar que prioriza a medicalização, fora do convívio social, do seu território, é a volta da institucionalização e da violação de direitos, um dissenso, que a nota expõe claramente, a saber:

A nota “vai na direção contrária das recomendações de entidades internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS)”. Além disso, oficializa a separação da, agora, “Política Nacional Sobre Drogas” da Política Nacional de Saúde Mental. “Esta separação entre as duas políticas tem também a clara intenção de impedir que os princípios que regem a atenção psicossocial, especialmente o cuidado realizado em liberdade (...) sejam igualmente aplicados aos usuários de álcool e outras drogas” (Guljor *et al.* 2019 apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 11).

A ênfase na análise do documento em questão está pautada no desvendamento dos desdobramentos da “recente regressão da política de Saúde Mental, que deve ser examinada não somente como “[...] ruptura do pacto democrático e social celebrado com a Constituição de 1988” (DELGADO, 2019, p. 3 apud CAVALCANTE, 2020, p. 39), e a lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que protege os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, mas sobretudo, pela atualização neoconservadora do componente de contrarreforma da nossa democracia.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica e suas organizações, protestaram com notas de repúdio, e articularam junto a Câmara dos Deputados questionamentos às referências científicas adotadas, quanto a

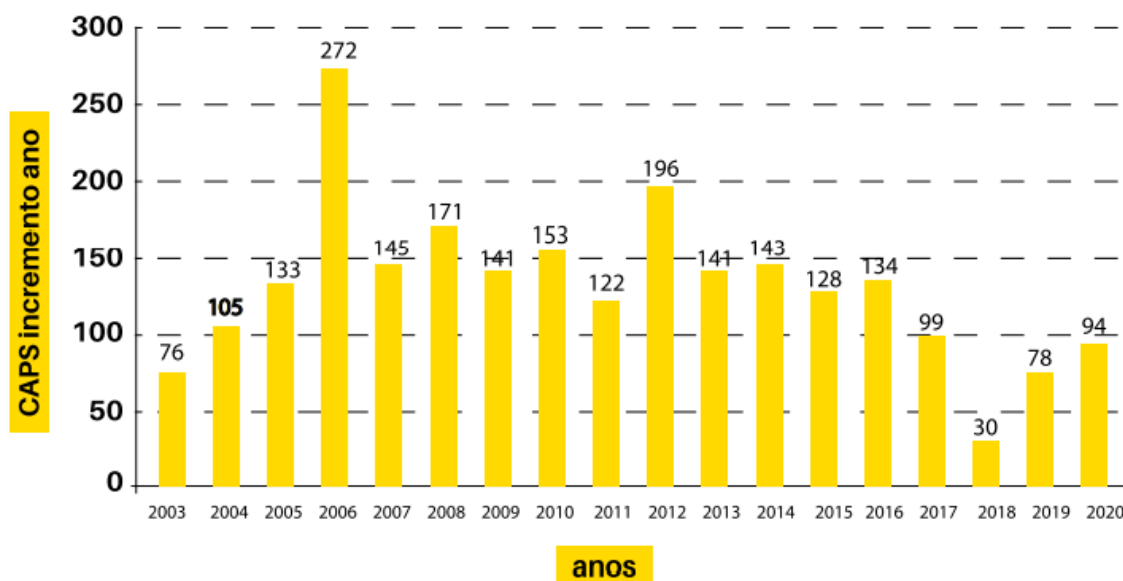
[...] autoria da nota, suas motivações, a legitimidade de quem define os parâmetros apresentados nela e o processo de debate desse documento normativo. Em relação ao Senado formalizaram a [...] Recomendação nº 03, de Suspende a execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiaram a “Nova Política”, e no âmbito do judiciário[...] a Defensoria Pública da União (DPU) aponta a ilegalidade da Nova Política de Saúde Mental. (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. 11-12).

Apesar da nulidade acerca das normativas acima supracitada, o Presidente da República, publicou o decreto 9.761 de 11 de abril de 2019, que aprova a “nova” Lei de Drogas (LD), e a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) nº 13.840 de 5 de junho de 2019. Essas novas legislações estão relacionadas a ruptura das políticas preconizadas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), e o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) reeditando nas mesmas bases da política anterior, com uma indicação da remanicomialização da assistência às pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Outrossim, a referida política está de acordo com as internações involuntárias e possuem uma postura restritiva a participação social na composição do conselho sobre droga, assim:

É necessário situar as “novas” políticas antidrogas numa conjuntura de ascensão conservadora e retrocessos no âmbito das políticas sociais, expressando elementos que conformam tal panorama, e, ao mesmo tempo, com o produto de um processo histórico de tensionamentos e disputas no campo. Assim, da mesma forma que a institucionalização da RP no/pelo Estado, a despeito dos avanços, não significou a ruptura radical e finitude das perspectivas manicomiais, coercitivas etc. na lida com a temática das drogas (e loucura), as recentes mudanças também não representam o “fim da história”, evitando posturas imobilistas e fatalistas que pouco ou nada contribuem. O que indicam, então? Por um lado, nosso atual estado de rebaixamento da correlação de forças referente à classe trabalhadora, inflexões políticas e de consciência. Por outro, que a incorporação de reivindicações pelo Estado deve ser acompanhada por um movimento contínuo de mobilização e atuação por fora dele (e contra ele), afinal a superação deste, como instrumento de dominação de classe e manutenção da ordem é necessária se almejamos transformações radicais nas formas de lidarmos com a loucura, com as drogas, no sentido que o horizonte das lutas deve ser a construção de uma nova sociabilidade (MASCARO, 2015 apud DA COSTA, 2022, p. 19).

O histórico da Política de Saúde Mental, apresentada e debatida nesta dissertação, vem demonstrando o quanto, e principalmente, entre os anos de 2016 e 2021, respectivamente, nos governos de Michel Temer e Jair Messias Bolsonaro as leis e os acontecimentos a elas subsequentes começaram a traçar um novo panorama para a Saúde Mental no Brasil.

A título de exemplo, podemos apresentar alguns dados acerca do Incremento aos Centros de Atenção psicossocial (CAPS), como consta no gráfico 11 apresentado a seguir:

Gráfico 11 – Rede CAPS Incremento anual de CAPS – Brasil – 2003–2021

Fonte: Desintituente- Paineis de Saúde Mental: 20anos da lei 10216/2001.

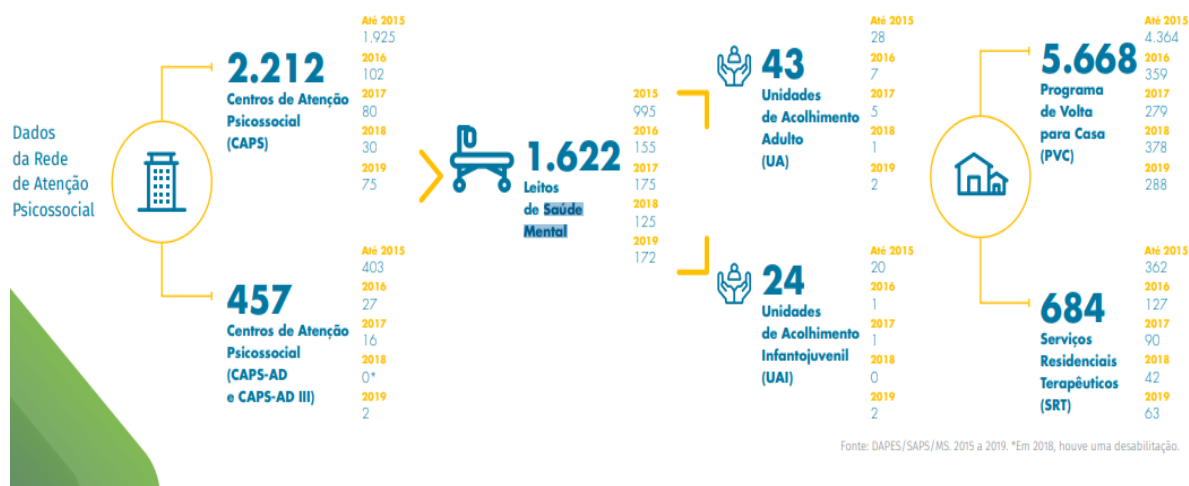
Ao visualizarmos o gráfico acima, conseguimos elucidar informações pertinentes acerca do Incremento de 2003 a 2020 através de dados informados pelo documento Desintituente⁴⁵- Paineis de Saúde Mental: 20 anos da lei 10.216/2001. É nítido o número de novos CAPS implantados anualmente e, como podemos perceber há uma ampliação desses, principalmente entre 2003-2015, quando o Brasil estava sendo conduzido por governos mais à esquerda e seguia ainda a mesma proporção de investimentos. No entanto, após o governo golpista e o seu sucessor, ocorreu a maior redução de incrementos em 2018. Assim, podemos deduzir que o interesse não estava na ampliação e construção de uma rede substitutiva, mas sobretudo na consolidação de um modelo oposto ao “[...] Estado social e os direitos sociais, almejando uma sociedade sem restrições ao mercado.” (BARROCO, 2015, p. 625).

Dando prosseguimento, iremos apresentar o resultado do desempenho de gestão entre 2019 e 2021. No entanto, os dados pesquisados sobre este período, geralmente, não trazem uma análise aprofundada. Na verdade, eles são incipientes para subsidiar ações, estudos e

⁴⁵ A publicação eletrônica SMD, divulgada pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde durante 10 anos consecutivos, teve sua última edição em 2015 (com dados de 2013/2014). Desde então, o MS não disponibiliza dados organizados e detalhados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. A formulação de políticas públicas exige que informações sobre o campo – incluindo dados de execução de recursos – sejam publicadas regularmente, em meios acessíveis a todas as pessoas interessadas. A última informação referente ao campo da Saúde Mental publicada pelo Ministério foi disponibilizada em seu Relatório de Gestão de 2019, onde estão compilados, em uma página, dados genéricos sobre a Política.(WEBER, 2021, p.70)

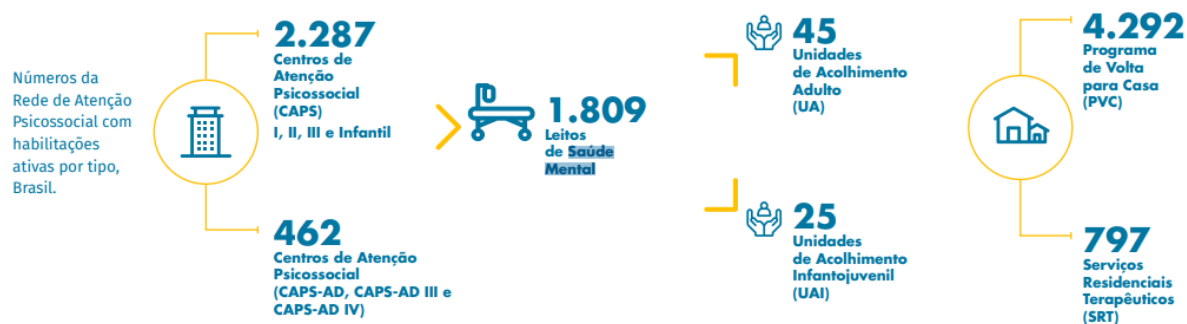
proposta de melhoramento acerca da Política de Saúde Mental, conforme é possível apresentar nas figuras 2, 3 e 4 que seguem abaixo:

Figura 2 – Resultados e Desempenho de Gestão - 2019



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2019

Figura 3 – Resultados e Desempenho de Gestão - 2020



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2020

Figura 4 – Resultado de Desempenho da Gestão 2021

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2021.

Observando o resultado de desempenho da gestão entre 2019 e 2021 do Ministério da Saúde, comparativamente, percebe-se uma curva ascendente dos leitos em Saúde Mental, isto é, 2019 (1.622), 2020 (1.809) e 2021 (1.894), notadamente há um incentivo nessa modalidade, considerando que a “nova” Política inseriu os hospitais psiquiátricos como parte dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

O Programa de Volta Para Casa, por sua vez, tem reduzido os números de beneficiários conforme podemos perceber nos dados acima demonstrados quando, comparativamente, registra-se em 2019 (5.668); 2020 (4.292); e 2021 (4.332), ou seja, uma redução de 1.336 beneficiários. Assim, estamos visualizando a elaboração de mais uma estratégia para o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental.

A implementação dos CAPS I, II e III, imprescindíveis no modelo substitutivo ao Hospital Psiquiátrico, apregoado pela reforma Psiquiátrica e a Luta antimanicomial entre o mesmo período teve um acréscimo de apenas 18 unidades. Tal fato, corrobora para a mesma análise, em que, essa redução considerável, faz parte da estratégia de desarticulação, num claro retrocesso dos avanços obtidos, embora como já dissemos, a Reforma Psiquiátrica estivesse em construção e não deixasse de possuir percalços e deficiências.

Vale salientar que, como já referido anteriormente, os dados referentes ao período 2016-2018, não foram localizados ordenadamente, desta feita, tivemos que sistematizá-los de modo que, fossem possíveis serem apresentados na Dissertação em evidência. No tocante ao período 2019-2022, o governo federal não disponibiliza com a devida transparência e atualidade, dados

importantes para a elaboração, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas; de modo específico, a Política Nacional de Saúde Mental que vem sofrendo ataques sistemáticos, cujo propósito é de investimento de parte do orçamento público destinado ao setor privado, considerando que o governo reproduz a lógica do livre mercado, da privatização das empresas estatais, da redução drástica das políticas públicas, a partir da visão seletiva e focalista, o que vai de encontro a desconstrução da Constituição Cidadã de 1988, nos artigos que estabelecem os direitos sociais.

Neste sentido, faz-se necessário esclarecer que a história da Política Nacional de Saúde Mental, tendo como base a substituição das práticas excludentes dos hospitais e manicômios, para práticas de cuidado de base comunitária, e da desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquicos, vinha se efetivando paulatinamente. Assim, necessitamos evidenciar e registrar que a partir do golpe contra a democracia no Brasil em 2016, há um movimento de retorno ao paradigma hospitalocêntrico, centrado no médico e na medicação, na exclusão social e no encarceramento das pessoas em sofrimento psíquico. Tudo isso vem sendo realizado de modo vertical e corresponde a uma descontinuidade no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O desmonte das políticas públicas e em especial a de Saúde Mental, está relacionado a política neoliberal que vem sendo implantada no País de maneira austera e impiedosa, trazendo sérios danos aos familiares, usuários, trabalhadores desse segmento, desconsiderando o debate com a sociedade brasileira, movimentos sociais, e trabalhadores (as) da Rede de Atenção psicossocial (CAPS).

As propostas da “nova” Política de Saúde Mental vêm de encontro a todo um retrocesso. Assistimos a volta do incentivo ao hospital Psiquiátrico, às Comunidades Terapêuticas, a reimplantação da eletroconvulsoterapia, do tratamento tendo como foco principal a abstinência, e o incentivo a instituições fechadas, que desrespeitam a lei 10.216 de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre os direitos dos usuários de Saúde Mental, assim também,

Com o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que em 2019 teve uma perda de R\$ 20 bilhões, e na contramão dos avanços da Reforma, os efeitos nocivos dessas “novas políticas”, que representam o que há de mais conservador e atrasado no campo, já causam consequências práticas na RAPS, como a estagnação na implantação de serviços territoriais; o incentivo à internação psiquiátrica e às Comunidades Terapêuticas. Mais recentemente, nas últimas badaladas de 2020, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTS), instituiu um grupo de trabalho para revisão da RAPS, que apresentou a proposta da revisão em reunião organizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), no dia 03 de dezembro. A proposta está baseada no documento “Diretrizes, elaborado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em parceria com outras entidades, majoritariamente médico-conservadoras

(Associação Brasileira de Medicina, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional de Médicos, Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual, e a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia). (SANTOS; GIUTINI, 2020, p. 2).

Destarte, essa nova forma de assistência traz todo um passado de exclusão, de esquecimento, opressão, castigos e até morte de milhares de pessoas no Brasil. Essa é uma realidade expressada através de depoimentos, livros e acervos. É a promoção da desconstrução do modelo antimanicomial; comprometendo todas as conquistas anteriores com o nítido propósito da mercantilização da saúde.

o governo brasileiro provocou fissuras importantes nos processos de reforma psiquiátrica e fortalecimento do SUS, intensificados no país nas últimas décadas. A política de saúde mental vigente afasta-se da preservação dos direitos humanos e do cuidado em liberdade como principais balizas éticas do campo. Nesse sentido, adota posicionamentos em relação às políticas públicas de saúde mental e drogas que contrariam as principais diretrizes de agências internacionais, como a OMS, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), a Corte Interamericana de Direitos Humanos, e a Convenção Internacional de Direitos Humanos. Além disso, o desinvestimento nos equipamentos públicos de cuidado territorial e comunitário e a morosidade com a qual os dispositivos de atenção psicossocial são habilitados pelo governo federal produzem impactos graves e diretos na qualidade dos serviços ofertados à população brasileira. (WEBER, 2021, p.73).

Dessa forma, o conservadorismo tem sido a tônica da política nacional, torna-se imprescindível nessa conjuntura adversa em que os desafios a serem enfrentados tendem a se multiplicar, a contínua luta pela Reforma Psiquiátrica,

na perspectiva de garantia de direitos humanos e tendo como princípio o cuidado em liberdade como ponto de partida para qualquer estratégia terapêutica, a Reforma Psiquiátrica brasileira encontrou no governo federal, até 2015, canais de diálogo consistentes e permanentes, que possibilitaram uma interlocução entre diversos atores do campo para que a Política Nacional de Saúde Mental pudesse ser construída no Brasil de maneira plural. Afinal, o tear da política pública não se consolida sem escuta e envolvimento de usuários dos serviços, seus familiares, trabalhadores e trabalhadoras, e gestores estaduais e municipais. (WEBER, 2021, p.72).

A luta é, e deverá ser, árdua, uma vez que, como procuramos demonstrar neste capítulo, vivenciamos um processo de intenso retrocesso e conservadorismo com um grupo assumidamente de ultradireita no poder no país desde o golpe de 2016, e que tem buscado contradizer toda a construção realizada juntamente com a sociedade, no que se refere as políticas públicas brasileiras, quer sejam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica e essa desconstrução vem sendo realizada através do conjunto de leis, como buscamos demonstrar, nos conduzindo a um volta ao passado promissor até o presente ameaçador das conquistas adquiridas.

Assim, é importante lembrar que um dos principais propósitos da Reforma Psiquiátrica está na modificação das relações que se estabelece entre a sociedade, as pessoas em sofrimento psíquico e as instituições, e nesse sentido, foi pavimentada importantes conquistas, assim como na dimensão política e jurídica. Portanto, é imprescindível que continuemos na perspectiva das resistências as posições conservadoras e mercantilizadoras, porque como se costuma dizer no Movimento da Luta Antimanicomial: Saúde não se vende, loucura não se prende!

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência às pessoas em sofrimento psíquico no Brasil, processa-se por um longo período de lutas. Nas primeiras décadas do século XXI, as propostas de aprisionamento e exclusão da loucura estão sendo acentuadas novamente no Brasil. Isso, quando a expressão Saúde Mental perdeu lugar para a ideia de Doença Mental mais uma vez. As chamadas “novas” políticas públicas, nesta área, impõem desafios a serem enfrentados por todos que se dedicam às pesquisas e ao trabalho cotidiano junto à Saúde Mental, porque são tempos difíceis no país. Muitos cientistas políticos, jornalistas, profissionais da Saúde e parcela da sociedade civil organizada concordam que o Brasil atravessa uma crise política, econômica e ética sem precedentes na sua história.

Costa (2019) chamou o limiar desse período de “Democracia em Vertigem” no seu filme/documentário sobre os bastidores do impeachment da presidenta Dilma Rousseff. Podemos, neste momento, adotar a expressão da autora do documentário, para afirmar que em vertigem também se encontra a política de Saúde Mental no Brasil.

O processo democrático que se desenhou nos anos de 1980, fruto de intensos movimentos organizados com os mais diversos setores da sociedade, deve ser reafirmado através dos trabalhadores da saúde, familiares, usuários das diferentes políticas públicas e sociais, bem como da sociedade em geral, para que possamos construir um caminho contrário a toda e qualquer perda de direitos e retrocessos que vêm ocorrendo na Política Nacional de Saúde Mental, pós golpe de 2016.

A implementação da Política Nacional de Saúde Mental, conforme preconiza a luta antimanicomial, aconteceu entre os anos de 2003 e 2015 principalmente, com ações governamentais que proporcionaram fechamentos, descredenciamento de leitos em hospitais psiquiátricos, e ao mesmo tempo, expandiu os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial, (CAPS), enquanto modelo substitutivo, o que contribuiu para o fortalecimento neste modo de tratamento. A meta era centrar as políticas de Saúde Mental na descentralização da assistência e inclusão, através das trocas sociais e comunitárias, favorecedoras da construção do sujeito de direitos.

Dessa forma, a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial até o ano de 2015, permitiu um novo status para as pessoas em sofrimento psíquico, incluindo as que faziam uso abusivo de substâncias psicoativas que, naquele momento, conseguiram conquistar uma atenção à Saúde Mental pautada no cuidado, respeito e autonomia.

As conquistas foram demonstradas em todas as ações, programas e projetos desenvolvidos com investimentos na expansão dos CAPS, valorização e desinstitucionalização mesmo que gradativa, porque os progressos experimentados desde os anos de 1960 até o ano de 2015, no campo da Saúde Mental, foram elaborados entre o que pode ser denominado de avanços e retrocessos, ou seja, mesmo os governos mais comprometidos com as políticas sociais no Brasil, como os Governos de Lula e Dilma, não conseguiam assegurar, apenas, os avanços para a Política Nacional de Saúde Mental.

Decerto durante esse período, houve algumas ações referentes a Saúde Mental que foram insuficientes, tanto na gestão, financiamento, quanto na expansão dos serviços substitutivos, porém é inegável os devidos avanços alcançados, no que se refere à Rede de Atenção Psicossocial. Diferentemente do período atual, quando infelizmente, podemos destacar inúmeros retrocessos; uma vez que, a partir de 2016, houve um enorme atraso no País em todas as políticas públicas. Em relação a Saúde Mental, conforme enfatizado, destaca-se a emergência de uma “Nova Política”, com legislações que retrocedem ao modelo hospitalocêntrico-conservador, na contramão do resto do mundo.

Sabemos das dificuldades postas diante um governo ultraneoliberal, comprometido com o grande capital e que tem por objetivo o desmonte de todas as políticas públicas, em prol do mercado. A impressão desde os anos de 2016 aos dias atuais, é que começamos a mergulhar em um tempo que se movimenta para trás. No Brasil, é possível assistir através dos meios de comunicação, bem como vivenciar nos espaços sócio-ocupacionais, a redução da transparência orçamentária, das condições precarizadas na atenção ao atendimento dos usuários da Política de Saúde Mental e do avanço ao processo da reinstitucionalização hospitalar.

Dentro dessa conjuntura, importante lembrar de Paulo Delgado, em seu artigo Reforma psiquiátrica, quando afirma a necessidade da criação de estratégias para resistir ao desmonte. Porque não poderíamos esperar outra medida partindo do atual Governo Bolsonaro e sua equipe que recoloca em pauta modelos de tratamento ultrapassados, ineficientes e ineficazes.

O Brasil apesar dos grandes avanços e de tantos outros que estavam sendo construídos, como o processo de desinstitucionalização com programas específicos, “De volta pra casa”, assim como as residências terapêuticas, pautadas não apenas na desospitalização dos indivíduos, mas sim na construção de práticas e saberes que produzam determinadas formas de perceber, entender e de se relacionar com os fenômenos sociais e históricos, encontra no Estado neoliberal o seu grande desarticulador, o que chamamos de dismantelador da Política Nacional de Saúde Mental.

Essas contrarreformas ainda em curso na atualidade demonstram o interesse de privilegiar novamente grupos privados, “que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, que passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública”. (PEREIRA, 2021, p. 2). As mudanças ocorridas têm como objetivo a desconstrução de uma assistência de base comunitária, reconhecida internacionalmente e que vinha mudando a história de milhares de pessoas acometidas de problemas psíquicos, tendo como princípio a liberdade, a autonomia e o respeito. Para além do desmantelamento nas políticas sociais, o que está em pauta é uma política que desconsidera a participação social, minimiza os direitos sociais, os direitos humanos, num retrocesso inimaginável.

Diante dessa conjuntura que ora se apresenta, podemos elaborar alguns questionamentos: quem efetivamente terá ganhos com a volta do modelo hospitalar? A quem interessa a volta desse modelo de tratamento, centrado na mercantilização da saúde, excludente, segregador e violento?

Ao longo deste texto foi possível observar como o capital, o mercado e as políticas econômicas neoliberais se relacionam com as novas propostas de políticas públicas e de Saúde Mental para o Brasil.

Uma reflexão sobressai: como se pode incluir na Rede de Atenção Psicossocial o hospital psiquiátrico? A legislação que aponta essa proposta não está produzindo um enorme paradoxo?

Hospitais-Manicômios e Centros de Atenção Psicossociais são incompatíveis desde a origem de ambos. Os primeiros, foram construídos no processo de enclausuramento, de violência, disciplina e exclusão com objetivos higienistas. O segundo busca a inserção e reinserção social através de uma rede de Saúde Mental que, nitidamente, tem o modelo antimanicomial como padrão.

Apesar do desmonte das políticas públicas e mais especificamente da Saúde Mental acreditamos ser possível resistir. Na atenção psicossocial há uma organização formada por dezenas de milhares de profissionais no campo da Saúde Mental, estudantes, usuários e familiares. Eles se mantêm na continuidade da construção lenta, sólida e contínua de uma política de Saúde Mental ética e respeitosa para o país. (DELGADO, 2019).

Continuar é preciso. É desafiante diante da “**nova**” **velha política** apresentada pelo governo federal. Não podemos assistir impassíveis a construção de um Estado autoritário que apresenta alternativas retrógradas com propostas de cerceamento de liberdade, baseada em uma cultura higienista do século XIX e de empoderamento da classe médica quando reforça o apoio a volta dos hospitais psiquiátricos.

A legislação se apresenta de forma tão abusiva que existe uma tentativa de reimplementar a política hospitalar sem alternativa de retirá-los da Rede de Atenção Psicossocial. A chamada indústria da loucura volta ao cenário brasileiro e traz consigo todas as mazelas de um tempo em que o que importava era o lucro. As vidas não importavam, os direitos não existiam e muitas vidas foram ceifadas. As mortes eram, inúmeras vezes, inexplicáveis. Por outro lado, diante de anos de sofrimento muitos indivíduos não sabiam viver se não estivessem dentro de um hospital psiquiátrico (pessoas institucionalizadas).

O reaprender da vida fora do clausuro, em convívio com a família e a sociedade é uma construção lenta, uma vez que essa marca deixada pela institucionalização não foi superada por muitos. Mas os desafios aumentam e, com eles, devem aumentar nossa vontade de denunciar a partir de textos acadêmicos como este e, se possível, também devemos aprender com a luta antimanicomial a seguir sempre em frente, com cada trabalhador, familiar, usuário e diversos segmentos populares na busca por liberdade, direitos e tratamento digno para todas as pessoas.

Vamos, portanto, nos inspirar em trechos do poema atribuído Mario Benedetti⁴⁶, transcrito a seguir, e fazer da esperança o melhor caminho para vencer os tempos tenebrosos de ódio, medo e retrocesso debatidos neste trabalho.

NÃO TE RENDAS

Não te rendas, ainda há tempo
de alcançar e começar de novo,
aceitar tua sombra
enterrar os teus medos,
largar o lastro,
retomar o voo./

Não te rendas que a vida é isso,
continuar a viagem,
perseguir os teus sonhos,
destravar o tempo,
arrumar os escombros,
e destapar o céu.

Não te rendas, por favor, não cedas,
ainda que o frio queime,
ainda que o medo morda,
ainda que o sol se esconda,
e se cale o vento:
ainda há fogo em tua alma
ainda há vida nos teus sonhos. [...]

⁴⁶ O poema “Não te Rendas” tem sido divulgado na internet como de autoria do uruguaiano Mario Benedetti. No entanto, estudiosos da sua obra não confirmam a existência deste poema em nenhum dos seus livros e atribuem o mesmo a um autor desconhecido. De Mario Benedetti ou não o poema fala de esperança e coragem. Por isso está transcrito no final desta dissertação.

REFERÊNCIAS

ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental. **Nota Técnica da ABRASME sobre o revogação na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/104279/nota-t%C3%A9cnica-da-abrasme-sobre-o-revoga%C3%A7%C3%A3o-na-pol%C3%ADtica-nacional-de-sa%C3%BAde-mental-%C3%81lcool-e-outras-drogas-no-brasil>. Acessado em: 01 dez. 2021.

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Valencius Wurch é exonerado da CGMAD/MS. 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/a-saida-de-valencius-e-uma-importante-conquista-dos-movimentos-sociais/17707/>. Acesso em: 26 jul. 2022.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, p. 491-494, 1995.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Scielo-Editora Fiocruz, 2010; 2ª edição revista e ampliada, 5ª reimpressão.

_____. **Autobiografia de um movimento**: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-2016). Rio de Janeiro, mar. 2020.

AMARANTE, Paulo; BRASIL, Leandra Cruz (Org.). **Saúde Mental, Formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2008.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ ago. 2001.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; BASAGLIA Franco: novas histórias para a desinstitucionalização. In: **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, p. 65-106. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413272.0005>. Acesso em: 22 jun. 2021.

AMARANTE, Paulo; LIMA, Ricardo (Coord.) **Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório final**. / Coordenado por Paulo Amarante e Ricardo Lima. [Rio de Janeiro]: s.n., 2008. 105 p.

ANDERSON, Perry. O Brasil de Lula. **Novos estudos CEBRAP**, p. 23-52, 2011. Tradução: Alexandre Barbosa de Souza e Bruno Costa. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/mVMCd9J76GBrwtWpCV8zCvM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. de 2022.

ANDERSON, Perry et al. **Balanço do neoliberalismo. Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 9-23, 1995.

ARAGÃO, Bruno. **Usuários de Saúde Mental fazem marcha pela Reforma Psiquiátrica**. Rede Humaniza SUS. Out. 2009. Delgado, Pedro Gabriel. Disponível em:

<https://redehumanizasus.net/8188-usuarios-de-saude-mental-fazem-marcha-pela-reforma-psiquiatrica/>. Acesso em: 11 jul. 2022.

ABEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1ª. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013. ISBN 978-85-8130-156-3

ALBRECHT, Daniela. A Luta antimanicomial nos governos democrático-populares: contribuições para um balanço a realizar. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 20, n. 49, 2022.

BARROS, Denise Dias. **Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como construção do saber**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. Trad. Sonia Soianesi; Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

_____. **Escritos selecionados em Saúde Mental e reforma psiquiátrica** – Franco Baságlio. Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9ª edição. São Paulo: Cortez editora, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete. O PROJETO POLÍTICO CRIMINOSO, INDIGNANTE E NEFASTO DO GOVERNO BRASILEIRO. Entrevistadora. DA SILVA, Patrícia Rosalina et al. **Revista Direitos, Trabalho e Política Social**, v. 8, n. 14, p. 306-321, 2022.

BISNETO, J.A. **Serviço social e Saúde Mental** – uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

_____. Lei nº 10216, 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**. Diário Oficial de União. 6 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa “De Volta para Casa”** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. **Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: 18 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.

Legislação em Saúde Mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.608 de 03 de agosto de 2004. **Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de crianças e adolescente.** Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html. Acesso em: 27 de jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017h. 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. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 15 junho de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e financiamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 25 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à 106 Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad;** prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF.

_____. LEI, Nº. 12.764, de 27 de dezembro de 2012. **Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12764.htm. Acesso em: 30 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fev. de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF.

_____. Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.097 de 22 de mai. de 2006. **Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html. Acesso em: 28 de jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

_____. **Decreto 6.117, de 22 de maio de 2007.** Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPES / Saúde Mental, 2009. Agenda da Comissão Intergestores Tripartite de maio de 2009. **Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas –PEAD 2009-2011 BRASIL.**

_____. 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.** Brasília, DF. BRASIL.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 20072010.** Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

_____. Presidência da República Casa Civil. **Lei 12.339, de 26 de novembro de 2010.** Abre crédito extraordinário, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo, no valor global de R\$ 1.978.448.870,00, para os fins que especifica. Brasília, DF

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. 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.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 27 abr. 2022

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12,** ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Acesso em: 01/10/21.

_____. Ministério da Saúde. **IV conferência nacional de Saúde Mental intersetorial**. relatório final. Brasília, 2010. Disponível: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acesso em: 12 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 2.043, de 11 de dezembro de 2015**. Diário Oficial da União: Seção 2, Brasília, DF, p. 36, 14 dez. 2015. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.043-de-11-de-dezembro-de-2015-111726668>. Acesso em: 20 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 143p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Quando o SUS ganhou forma**. 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8a-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 30 nov. 2021.

_____. Ministério da saúde. Nota Técnica 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. **Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html. Acesso em: 29 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088 de 21 de maio de 2013 (republicada). **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**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 mai. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/05/2013&jornal=1&pagina=38&totalArquivos=176>. Acesso em: 27 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº131 de 26 e janeiro de 2012. **Institui 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, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 27 jul. 2022.

_____. **Proposta de Emenda à Constituição n. 287/2016**. Altera os artigos. 37, 40, 109, 149, 167, 195, 201 e 203 da Constituição, para dispor sobre a seguridade social, estabelece regras de transição e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016a. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. Não paginado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 10 abr. 2022.

_____. Lei 429 de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Não paginado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113429.htm. Acesso 08 ago. 2022.

_____. Lei 13.467 de 13 de junho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm. Acesso em: 08 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão 2018**. Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2018.pdf. Acesso em: 08 ago. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; DE MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. (Biblioteca básica de serviço social; v. 2), 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. In: BOSCHETTI, Ivanete; LIMA, Rita de Lourdes de. (Org.). **Marxismo, política social e direitos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

BASTOS, Pedro Paulo Zahluth. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 21, 2017.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. Amarante, (org.), **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 456-468, 2008.

BOITO JR, Armando. A crise política do neodesenvolvimentismo e a instabilidade da democracia. **Revista Lúmen-ISSN: 2447-8717**, v. 2, n. 3, 2017.

_____. **Reforma e crise política no Brasil: os conflitos de classe nos governos do PT**. Campinas: Editora Unicamp, 2018.

BARROCO, Maria Lúcia S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e serviço social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 124, p. 623-636, 2015.

BARROSO, Lucas. Lavrapalavra. **A crise global de 2008: uma análise marxista dos perigos da financeirização da economia**. 03 de mai. 2021. Disponível em: <https://lavrapalavra.com/2021/05/03/a-crise-global-de-2008-uma-analise-marxista-dos-perigos-da-financeirizacao-da-economia/>. Acesso em: 08 jul. 2022.

BROWN, Wendy. Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente; tradução Mario A. Marino, Eduardo Altheman C. Santos. **São Paulo: Editora Filosófica Politeia**, 2019.

BRITES, C. M. Serviço Social tem alternativas à internação compulsória. **Entrevista. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social**, 2013. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/982>. Acesso em: 01 ago. 2022.

CARDOSO, José Álvaro de Lima. **Como nosso petróleo aticou a cobiça dos EUA**. Outras Palavras. Jornalismo de profundidade e pós capitalismo. 2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/geopoliticaeguerra/como-nosso-petroleo-aticou-a-cobica-dos-eua/>. Acesso em: 06 ago. 2022.

CAVALCANTE, Rita Cássia. O social para a Saúde Mental sob a contrarreforma neoliberal. **Argumentum**, v. 12, n. 2, p. 36-43, 2020.

COHN, Amélia. **Estado e política social no neoliberalismo**/Asa Cristina Laurell (org.) 3°. Ed. São Paulo: Cortez editora, 2002.

CRUZ, Karine Dutra Ferreira da; GUERRERO, André Vinicius Pires; SCAFUTO, June; VIEIRA, Nadjanara. **Atenção à crise em Saúde Mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira**. 2019.

CASSÍLIA, Janis Alessandra Pereira et al. **Doença mental e Estado Novo: a loucura de um tempo**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 199f. 2011.

CATÃO, Marconi do O. **Genealogia do direito à saúde**: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. O Sistema de Saúde brasileiro. pp. 169-210. ISBN 978-85-7879-191-9. Available from SciELO Books.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de; GUERRA, Eliana Costa. O Brasil no século XXI nos circuitos da crise do capital: o modelo brasileiro de ajuste no foco da crítica. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, p. 41-60, 2015.

CARLEIAL, Liana Maria da Frota. Política econômica, mercado de trabalho e democracia: o segundo governo Dilma Rousseff. **Estudos avançados**, v. 29, p. 201-214, 2015.

CEBES. Ministério da Saúde elimina, na prática, o NASF. Publicado em 03/02/2020 11h02, <http://cebes.org.br/2020/02/ministerio-da-saude-elimina-na-pratica-o-nasf>.

CHAGAS, Bárbara da Rocha Figueiredo. Positivismo e marxismo: o debate sobre a neutralidade científica e a construção do projeto profissional do Serviço Social brasileiro. **Serviço Social em Revista**, v. 17, n. 2, p. 169-186, 2015.

COGGIOLA, Osvaldo. América Latina no olho da tormenta mundial. **Temas & Matizes**, v. 7, n. 14, p. 33-57, 2008.

COSTA, Petra. **Documentário Democracia em Vertigem**. 2019. Netflix.

COMISSÃO DA VERDADE. **Ditadura e Saúde Mental** (Relatório) [internet]. São Paulo: Comissão da Verdade; 2015. Tomo I; Parte II. Disponível em: http://comissaoдавerdade.al.sp.gov.br/relatorio/tomoi/downloads/I_Tomo_Parte_2_Completa.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de Saúde Mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, 2020.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálisis**, v. 24, p. 269-279, 2021.

DA SILVA, Walter Guedes. A Integração do Mercado Brasileiro na Era Vargas e a Colônia Agrícola Nacional de Dourados. **Revista Geográfica de América Central**, v. 2, n. 47E, 2011.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.

DE BEM, Augusto Pinho; PAIM, Bruno. Aspectos da economia mundial e brasileira em 2011. **Indicadores Econômicos FEE**, v. 39, n. 4, 2012.

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL. República Federativa do Brasil. **Projeto de lei 3.657, de 1989**. <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>. Acesso em: 01 dez. 2021.

DOS SANTOS ROSA, Lucia Cristina; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; BISNETO, José Augusto; VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez Ed., 2000.

DRAIBE, Sonia; HENRIQUE, Wilnês. **Welfare State, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 3, n. 6, p. 53-78, 1988.

DALLA VECCHIA, Marcelo; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 151-164, 2009.

DOS SANTOS, Priscila Vilela; GIUTINI, Mariana. **História e razões por trás do desmonte da Saúde Mental**. Outras Palavras. 2020. Disponível em <https://outraspalavras.net/crise-brasileira/historia-e-razoes-por-tras-do-desmonte-da-saude-mental/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

DAMACENO, Adalvane Nobres et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Revista de Enfermagem UFSM*. 2020, v. 10, n. 14, p. 1-13. DOI: <http://doi.org/10.5902/2179769236832>. Acesso em: 18 jul. 2022.

DELGADO, Pedro Gabriel. **É um pacote de medidas que desconstrói a Reforma Psiquiátrica**, 14 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/noticias/entrevista/e-um-pacote-de-medidas-que-desconstroi-a-reforma-psiquiatrica>. Acesso em: 22 ago. 2020.

DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: [s.n.], 2021

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 743-752, 2009.

FERREIRA, Nayara Lúcia. **A (RE)Configuração da Política de Saúde Mental neoliberalismo e tendências de regressividade na garantia de direitos sociais**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Escola de Ciências Sociais e Saúde Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiás. p 211. 2020.

FONSECA, João José Saraiva. **Apostila de metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **História da Loucura na idade clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Neto. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GUIMARÃES, Thais de Andrade Alves.; DOS SANTOS ROSA, Lucia Cristina. “A remanicomialização do cuidado em Saúde Mental no Brasil no período de 2010- 2019: análise de uma conjuntura antirreformista”. *O social em questão*, v. 22, n. 44, p. 111-138, 2019.

GOMES, Anna Luiza Castro. **A reforma psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa, PB**. 2013. Tese de Doutorado.

GIOVANELLA, Lígia (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil** – História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe militar à reforma sanitária- (ESCOREL, Sara); 2ª edição revisada e ampliada, 3ª reimpressão, 2017, Rio de Janeiro.

HARVEY, David. **O neoliberalismo História e implicações**. São Paulo: Loyola, 2005.

_____. **O enigma do capital: e as crises do capitalismo**. Trad. João Alexandre Peschanski. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. Entrevista ao Instituto Humanistas Unisinos. Neoliberalismo, projeto político. **Entrevista com David Harvey**. Maio de 2017. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/186-noticias/noticias-2017/568205>. Acesso em 15 maio de 2022.

HOBBSBAWM, Eric J. **A Era dos Extremos: o breve século XX, 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTO, M. V. & CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. – 21ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. **Serviço Social & Sociedade**, p. 13-38, 2017.

IANNI, Octavio. Capitalismo, violência e terrorismo. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 2004.

LAURELL, Asa Cristina. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. In: Estado e políticas sociais no neoliberalismo. 2002. p. 244-244.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(1), e 290101, 2019.

LIMA, Deborah Karollyne ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jucileide. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da Saúde Mental? **Saúde debate**. vol.43 no.122 Rio de Janeiro Jul/Set. 2019.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Reforma da previdência: o golpe fatal na seguridade social brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 5-14, 2019.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

MARX, Karl. **O 18 de brumário de Luís Bonaparte**. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. **O Capital- Livro I – crítica da economia política: O processo de produção do capital**. Tradução Reginaldo Sant'Anna. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 2016

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Expressão popular, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial**. Relatório de gestão 2011-2015. Brasília, 2016.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. 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: 10 abr. 2022

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes, 2011.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luísa Louro de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos cuidadosos sofrimentos mental. **SMAD, Revista Eletrônica em Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v. 4, n.2, pág.1-19, 2008.

MOEDA, Patrícia. **Contrato de Trabalho Intermitente**. Resistência: aportes teóricos contra o retrocesso trabalhista. Coordenadores Jorge Luiz Souto Maior, Valdete Souto Severo. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2017.

NADER, André Ricardo. Manicômios, prisões e liberdade: entre o pessimismo da razão e o ideal de igualdade. **Revista Lacuna**, v. 1, n. 1, 2016.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. Editora expressão popular, São Paulo, 2011.

NETTO, J. P. **FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras**. In: LESBAUPIN, Ivo. O desmonte da nação: balanço do Governo FHC. Petrópolis: Vozes, 1999.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **A ABRASME e o Congresso Brasileiro de Saúde Mental como elementos de participação política e social em Saúde Mental**. Cad. Bras. Saúde. Mental, Vol. 1, no 1, jan-abr. 2009.

OMS/OPAS. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).. Caracas, Venezuela, 1990.

MOTA, Beatriz. O fim do modelo multiprofissional na Saúde da Família. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-Fiocruz**, 2020.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 567-586.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Caminhos da consciência para si no movimento de reforma psiquiátrica brasileira**: notas iniciais à luz de Marx e Lukács. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 11-22, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00044>.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Estado, sociedade e esfera pública**. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS e Associação brasileira de Ensino e pesquisa em Serviço social – ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serviço Social & Sociedade** n°112, p. 729-753, 2012.

PEREIRA, Erica Cristina; COSTA-ROSA, Abílio da. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a Saúde Mental como campo da práxis. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 1035-1043, 2012.

PEREIRA, Manuela Roched. **Uma breve e recente história da Reforma psiquiátrica Brasileira**. Desintituinte organização da Sociedade civil. 2021. Disponível em <https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/>

PLANALTO. Lei nº 10216, 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**. Diário Oficial de União, 06/04/2001.

PRADO, Luiz Carlos Delorme. **O desenvolvimentismo autoritário de 1968 a 1980**. file:///C:/Users/aldav/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/JOINP/o%20desenvolvimentis mo%20de%2068%20a%2080.pdf. Acesso 18/11/21.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; Jorge, Maria Salete Bessa. (Des)construção do modelo assistencial em Saúde Mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.569-583, 2010.

RAMOS, Deborah Karollyne Ribeiro; GUIMARÃES, Jacileide. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da Saúde Mental? ENSAIO • Saúde debate 43 (122) Jul-Set 2019.

RIBEIRO, José Aparecido Carlos Colaborador; GONZALEZ, Roberto Henrique Sieczkowski Colaborador. Política social e desenvolvimento. **Acompanhamento e análise** n°18, 2010. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_18_cap01.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In: **Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. 2000 p. 15-73.

ROTELLI, Franco. **Superando o Manicômio**: O circuito psiquiátrico de Trieste. In Paulo Amarante, (org.), **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994.

REIS, Daniel Aarão. **Notas para compreensão do Bolsonarismo**. Estudos Ibero americanos, Porto Alegre, v. 46, n. 1, p. 1-11, jan-abr. 2020.

SADER, Emir. Le Monde Diplomatique Brasil. **Brasil os desafios do pós-neoliberalismo**. 01 de fev. 2003. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/os-desafios-do-pos-neoliberalismo>. Acesso em: 02 fev. 2022.

_____. **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma** - São Paulo, SP: 1ª ed. Boitempo editorial; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil 2013.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **A democracia impedida: o Brasil no século XXI**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2017.

SILVA, Magali Milene. A Saúde Mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 1, 2008.

SILVA, Ana Tereza; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Maria Aparecida Ferreira. Políticas de saúde e de Saúde Mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, p. 4-9, 2002.

SILVA, Maurício Ferreira. Governo Temer: uma estratégia de retomada conservadora no Brasil. **Cuadernos de política exterior argentina**, n. 130, p. 21-36, 2019. Cuadernos ISSN 0326-7806 (edición impresa) - ISSN 1852-7213 (edición en línea)

SILVA, Mauri Antônio da. Análise crítica da proposta de reforma da previdência social no Brasil entre os anos 2016 e 2018. **Serviço Social & Sociedade**, p. 213-230, 2019.

SANZ, Beatriz; MENDONÇA, Heloisa. EL PAÍS. **O lado obscuro do “milagre econômico” da ditadura**: O boom da desigualdade. São Paulo, 28/11/17. Jornal El País[online] Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/09/29/economia/1506721812_344807.html. Acesso em: 25 nov. 2021.

SINGER, André. **O lulismo em crise: um quebra-cabeça do período Dilma (2011-2016)**. Editora Companhia das Letras, 2018.

SOUZA, Jamerson Murillo Anunciação de. **Tendências ideológicas do conservadorismo**. Recife : Ed. UFPE, 2020.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 9, p. 25-59, 2020.

TOMAZ, Marcilea et al. A Saúde Mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. **Argumentum**, v. 12, n. 2, p. 91-106, 2020.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. In: Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2000. p. 328-328.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/ Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018.

ANEXOS



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e

supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

*

PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO

Altera os arts. 37, 40, 109, 149, 167, 195, 201 e 203 da Constituição, para dispor sobre a seguridade social, estabelece regras de transição e dá outras providências.

Art. 1º A Constituição passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 37.
.....

§ 13. O servidor titular de cargo efetivo poderá ser readaptado ao exercício de cargo cujas atribuições e responsabilidades sejam compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, mediante perícia em saúde, enquanto permanecer nesta condição, respeitados a habilitação e o nível de escolaridade exigidos para o exercício do cargo de destino e mantida a remuneração do cargo de origem.”
(NR)

“Art. 40.

§ 1º Os servidores abrangidos pelo regime de previdência de que trata este artigo serão aposentados:

I - por incapacidade permanente para o trabalho, no cargo em que estiver investido, quando insuscetível de readaptação;

II - compulsoriamente, aos setenta e cinco anos de idade; ou

III - voluntariamente, aos sessenta e cinco anos de idade e vinte e cinco anos de contribuição, desde que cumprido o tempo mínimo de dez anos de efetivo exercício no serviço público e cinco anos no cargo efetivo em que se dará a aposentadoria.

§ 2º Os proventos de aposentadoria não poderão ser inferiores ao limite mínimo ou superiores ao limite máximo estabelecidos para o regime geral de previdência social.

§ 3º Os proventos de aposentadoria, por ocasião da sua concessão, corresponderão:

I - para a aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho e a aposentadoria voluntária, a 51% (cinquenta e um por cento) da média das remunerações e dos salários de contribuição utilizados como base para as contribuições, apurada na forma da lei, acrescidos de 1 (um) ponto percentual, para cada ano de contribuição considerado na concessão da aposentadoria, aos regimes de previdência de que tratam este artigo e os art. 42 e art. 201, até o limite de 100% (cem por cento) da média; e

1565E036*

1565E036

II - para a aposentadoria compulsória, ao resultado do tempo de contribuição dividido por 25 (vinte e cinco), limitado a um inteiro, multiplicado pelo resultado do cálculo de que trata o inciso I, ressalvado o caso de cumprimento dos requisitos para a concessão da aposentadoria voluntária, quando serão calculados nos termos do inciso I.

§ 3º-A. Os proventos de aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho, quando decorrentes exclusivamente de acidente do trabalho, corresponderão a 100% (cem por cento) da média das remunerações utilizadas como base para as contribuições aos regimes de previdência de que tratam este artigo e os art. 42 e art. 201.

§ 4º

I - com deficiência;

.....

III - cujas atividades sejam exercidas sob condições especiais que efetivamente prejudiquem a saúde, vedada a caracterização por categoria profissional ou ocupação.

§ 4º-A. Para os segurados de que trata o § 4º, a redução do tempo exigido para fins de aposentadoria, nos termos do inciso III do § 1º, será de, no máximo, dez anos no requisito de idade e de, no máximo, cinco anos para o tempo de contribuição, observadas as regras de cálculo e reajustamento estabelecidas neste artigo.

.....

§ 6º É vedado o recebimento conjunto, sem prejuízo de outras hipóteses previstas em lei:

I - de mais de uma aposentadoria à conta dos regimes de previdência dos servidores titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, ressalvadas as aposentadorias decorrentes dos cargos acumuláveis na forma desta Constituição;

II - de mais de uma pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro no âmbito dos regimes de previdência dos servidores titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou entre estes regimes e os regimes de que trata o art. 201, assegurado o direito de opção por um dos benefícios, ficando suspenso o pagamento do outro benefício; e

III - de pensão por morte e aposentadoria no âmbito dos regimes de previdência dos servidores titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou entre estes regimes e os regimes de que trata o art. 201, assegurado o direito de opção por um dos benefícios, ficando suspenso o pagamento do outro benefício.

§ 7º Na concessão do benefício de pensão por morte, cujo valor será equivalente a uma cota familiar de 50% (cinquenta por cento), acrescida de cotas individuais de 10 (dez) pontos percentuais por dependente, até o limite de 100% (cem por cento), não será aplicável o estabelecido no § 2º do art. 201 e será observado o seguinte:

1565E036

1565E036

I - na hipótese de óbito do aposentado, as cotas serão calculadas sobre a totalidade dos proventos do servidor falecido, respeitado o limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social;

II - na hipótese de óbito de servidor em atividade, as cotas serão calculadas sobre o valor dos proventos aos quais o servidor teria direito caso fosse aposentado por incapacidade permanente na data do óbito, observado o disposto no inciso I do § 3º, e no § 3º-A deste artigo, respeitado o limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social;

III - a identidade do rol de dependentes, as condições necessárias para o enquadramento e a qualificação dos dependentes estabelecidos para o regime geral de previdência social;

IV - as cotas individuais cessarão com a perda da qualidade de dependente e não serão reversíveis aos demais beneficiários; e

V - o tempo de duração da pensão por morte e as condições de cessação das cotas individuais serão estabelecidos conforme a idade do beneficiário na data de óbito do segurado, na forma prevista para o regime geral de previdência social.

§ 8º É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, nos termos fixados para o regime geral de previdência social.

§ 13. Ao agente público ocupante, exclusivamente, de cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração, de outro cargo temporário, incluídos os cargos de mandato eletivo, ou de emprego público aplica-se o regime geral de previdência social.

§ 14. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que mantiverem o regime de previdência de que trata este artigo fixarão o limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social para o valor das aposentadorias e pensões e instituirão regime de previdência complementar para os seus respectivos servidores titulares de cargo efetivo.

§ 15. O regime de previdência complementar de que trata o § 14 será instituído por lei de iniciativa do respectivo Poder Executivo e oferecerá aos participantes planos de benefícios somente na modalidade de contribuição definida, observado o disposto no art. 202.

§ 19. Conforme os critérios a serem estabelecidos pelo ente federativo, o servidor titular de cargo efetivo que tenha completado as exigências para aposentadoria voluntária, estabelecidas no inciso III do § 1º, e que opte por permanecer em atividade poderá fazer jus a um abono de permanência equivalente, no máximo, ao valor da sua contribuição previdenciária, até completar a idade para aposentadoria compulsória.

§ 20. Fica vedada a existência de mais de um regime de previdência dos servidores titulares de cargos efetivos e de mais de uma unidade gestora deste regime

1565E036

1565E036

em cada ente federativo, abrangidos todos os poderes, os órgãos e as entidades responsáveis, cada qual, equitativamente, pelo seu financiamento.

.....

§ 22. Sempre que verificado o incremento mínimo de 1 (um) ano inteiro na média nacional única correspondente à expectativa de sobrevida da população brasileira aos sessenta e cinco anos, para ambos os sexos, em comparação à média apurada no ano de promulgação desta Emenda, as idades previstas nos incisos II e III do § 1º serão majoradas em números inteiros, nos termos fixados para o regime geral de previdência social.

§ 23. Lei disporá sobre as regras gerais de organização e funcionamento do regime de previdência de que trata este artigo e estabelecerá:

I - normas gerais de responsabilidade na gestão previdenciária, modelo de financiamento, arrecadação, gestão de recursos, benefícios, fiscalização pela União e controle externo e social; e

II - requisitos para a sua instituição, a serem avaliados em estudo de viabilidade administrativa, financeira e atuarial, vedada a instituição de novo regime de previdência sem o atendimento desses requisitos, situação na qual será aplicado o regime geral de previdência social aos servidores do respectivo ente federativo.” (NR)

“Art. 109.

I - as causas em que a União, entidade autárquica ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes, exceto as de falência e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho;

.....

§ 3º As causas de competência da justiça federal poderão ser processadas e julgadas na justiça estadual, quando a comarca não for sede de vara do juízo federal, nos termos da lei.

.....” (NR)

“Art. 149.

.....

§ 5º O disposto no inciso I do § 2º não se aplica às contribuições previdenciárias incidentes sobre a receita em substituição às incidentes sobre a folha de salários” (NR)

“Art. 167.

.....

XII - a utilização de recursos dos regimes de previdência de que trata o art. 40, incluídos os valores integrantes dos fundos previstos no art. 249, para a realização de despesas distintas do pagamento dos benefícios de aposentadoria ou pensão por morte do respectivo fundo vinculado ao regime e das despesas necessárias à sua organização e ao seu funcionamento, na forma da lei de que trata o § 23 do art. 40; e

1565E036

1565E036

XIII - a transferência voluntária de recursos e a concessão de empréstimos, financiamentos, avais e subvenções pela União, incluídas suas instituições financeiras, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios em caso de descumprimento das regras gerais de organização e funcionamento dos regimes de previdência dos servidores titulares de cargos efetivos, conforme disposto na lei de que trata o § 23 do art. 40.

.....

§ 4º É permitida a vinculação de receitas próprias geradas pelos impostos a que se referem os art. 155 e art. 156 e dos recursos de que tratam os art. 157, art. 158 e art. 159, inciso I, alíneas “a” e “b”, e inciso II, para a prestação de garantia ou contragarantia à União e para pagamento de débitos para com esta e para o pagamento de débitos do ente com o regime de previdência de que trata o art. 40.

.....” (NR)

“Art. 195.

I -

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço de natureza urbana ou rural, mesmo sem vínculo empregatício;

.....

II - do trabalhador, urbano e rural, e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

.....

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o extrativista, o pescador artesanal e seus respectivos cônjuges ou companheiros e filhos que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão de forma individual para a seguridade social com alíquota favorecida, incidente sobre o limite mínimo do salário de contribuição para o regime geral de previdência social, nos termos e prazos definidos em lei.

.....” (NR)

“Art. 201.

I - cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para trabalho, morte e idade avançada;

.....

V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e aos dependentes.

§ 1º É vedada a adoção de requisitos e critérios diferenciados para a concessão de aposentadoria aos abrangidos pelo regime de que trata este artigo, ressalvados, nos termos definidos em lei complementar, os casos de segurados:

I - com deficiência; e

1565E036

1565E036

II - cujas atividades sejam exercidas sob condições especiais que efetivamente prejudiquem a saúde, vedada a caracterização por categoria profissional ou ocupação.

§ 1º-A. Para os segurados de que tratam os incisos I e II do § 1º, a redução para fins de aposentadoria, em relação ao disposto no § 7º, será de, no máximo, dez anos no requisito de idade e de, no máximo, cinco anos para o tempo de contribuição.

.....

§ 7º É assegurada aposentadoria no regime geral de previdência social àqueles que tiverem completado sessenta e cinco anos de idade e vinte e cinco anos de contribuição, para ambos os sexos.

§ 7º-A. Por ocasião da concessão das aposentadorias, inclusive por incapacidade permanente para o trabalho, serão considerados para o cálculo do valor das aposentadorias os salários de contribuição do segurado ao regime de previdência de que trata este artigo e as remunerações utilizadas como base para as contribuições do segurado aos regimes de previdência de que tratam os arts. 40 e 42, respeitado o limite máximo do salário de contribuição do regime geral de previdência social.

§ 7º-B. O valor da aposentadoria corresponderá a 51% (cinquenta e um por cento) da média dos salários de contribuição e das remunerações utilizadas como base para as contribuições do segurado aos regimes de previdência de que tratam os arts. 40 e 42 acrescidos de 1 (um) ponto percentual para cada ano de contribuição considerado na concessão da aposentadoria, até o limite de 100% (cem por cento), respeitado o limite máximo do salário de contribuição do regime geral de previdência social, nos termos da lei.

§ 7º-C. O valor da aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho, quando decorrente exclusivamente de acidente do trabalho, corresponderá a 100% (cem por cento) da média dos salários de contribuição e das remunerações utilizadas como base para as contribuições do segurado aos regimes de previdência de que tratam os arts. 40 e 42, respeitado o limite máximo do salário de contribuição do regime geral de previdência social, apurada na forma da lei.

.....

§ 13. O sistema especial de inclusão previdenciária de que trata o § 12 deste artigo terá alíquotas inferiores às vigentes para os demais segurados do regime geral de previdência social.

§ 14. É vedada a contagem de tempo de contribuição fictício para efeito de concessão dos benefícios previdenciários e de contagem recíproca.

§ 15. Sempre que verificado o incremento mínimo de um ano inteiro na média nacional única correspondente à expectativa de sobrevida da população brasileira aos sessenta e cinco anos, para ambos os sexos, em comparação à média apurada no ano de

1565E036

1565E036

promulgação desta Emenda, nos termos da lei, a idade prevista no § 7º será majorada em números inteiros.

§ 16. Na concessão do benefício de pensão por morte, cujo valor será equivalente a uma cota familiar de 50% (cinquenta por cento), acrescida de cotas individuais de 10 (dez) pontos percentuais por dependente, até o limite de 100% (cem por cento) do valor da aposentadoria que o segurado recebia ou daquela a que teria direito se fosse aposentado por incapacidade permanente na data do óbito, observado o disposto nos §§ 7º-B e 7º-C, não será aplicável o disposto no § 2º deste artigo e será observado o seguinte:

I - as cotas individuais cessarão com a perda da qualidade de dependente e não serão reversíveis aos demais beneficiários; e

II - o tempo de duração da pensão por morte e as condições de cessação das cotas individuais serão estabelecidos conforme a idade do beneficiário na data de óbito do segurado, nos termos da lei.

§ 17. É vedado o recebimento conjunto, sem prejuízo de outras hipóteses previstas em lei:

I - de mais de uma aposentadoria à conta do regime de previdência de que trata este artigo;

II - de mais de uma pensão por morte deixada por cônjuge ou companheiro, no âmbito do regime de previdência de que trata este artigo ou entre este regime e os regimes de previdência de que trata o art. 40, assegurado o direito de opção por um dos benefícios, ficando suspenso o pagamento do outro benefício; e

III - de pensão por morte e aposentadoria no âmbito do regime de previdência de que trata este artigo ou entre este regime e os regimes de previdência de que trata o art. 40, assegurado o direito de opção por um dos benefícios, ficando suspenso o pagamento do outro benefício.” (NR)

“Art. 203.
.....

V - a concessão de benefício assistencial mensal, a título de transferência de renda, à pessoa com deficiência ou àquela com setenta anos ou mais de idade, que possua renda mensal familiar integral **per capita** inferior ao valor previsto em lei.

§ 1º Em relação ao benefício de que trata o inciso V, a lei disporá ainda sobre:

I - o valor e os requisitos de concessão e manutenção;

II - a definição do grupo familiar; e

III - o grau de deficiência para fins de definição do acesso ao benefício e do seu valor.

§ 2º Para definição da renda mensal familiar integral **per capita** prevista no inciso V será considerada a renda integral de cada membro do grupo familiar.

§ 3º A idade referida no inciso V deverá observar a forma de revisão prevista no § 15 do art. 201.” (NR)

1565E036

1565E036

Art. 2º Ressalvado o direito de opção à aposentadoria pelas normas estabelecidas no art. 40 da Constituição, o servidor da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, que tenha ingressado no serviço público em cargo efetivo até a data da promulgação desta Emenda e que tenha idade igual ou superior a cinquenta anos, se homem, e a quarenta e cinco anos, se mulher, nesta mesma data, poderá aposentar-se quando preencher, cumulativamente, as seguintes condições:

I - sessenta anos de idade, se homem, e cinquenta e cinco anos de idade, se mulher;

II - trinta e cinco anos de contribuição, se homem, e trinta anos de contribuição, se mulher;

III - vinte anos de efetivo exercício no serviço público;

IV - cinco anos de efetivo exercício no cargo em que se der a aposentadoria; e

V - período adicional de contribuição equivalente a 50% (cinquenta por cento) do tempo que, na data de promulgação desta Emenda, faltaria para atingir os limites previstos no inciso II deste artigo.

§ 1º Os servidores que ingressaram no serviço público em cargo efetivo até 16 de dezembro de 1998 poderão optar pela redução da idade mínima de que trata o inciso I do **caput** em um dia de idade para cada dia de contribuição que exceder o tempo de contribuição previsto no inciso II do **caput**.

§ 2º Os requisitos de idade e de tempo de contribuição de que tratam os incisos I e II do **caput** serão reduzidos em cinco anos e não será aplicável o disposto no § 1º, para:

I - o professor que comprovar exclusivamente tempo de efetivo exercício das funções de magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio; e

II - o policial que comprovar pelo menos vinte anos de efetivo exercício em cargo de natureza estritamente policial.

§ 3º Os proventos das aposentadorias concedidas de acordo com este artigo corresponderão:

I - à totalidade da remuneração do servidor público no cargo efetivo em que se der a aposentadoria, para aqueles que ingressaram no serviço público em cargo efetivo até 31 de dezembro de 2003, observado o disposto nos § 14 e § 16 do art. 40 da Constituição; e

II - à totalidade da média aritmética simples das remunerações utilizadas como base para as contribuições do servidor aos regimes de previdência aos quais esteve vinculado, desde a competência de julho de 1994 ou desde a competência do início da contribuição, se posterior àquela, para aqueles que ingressaram no serviço público em cargo efetivo a partir de 1º de janeiro de 2004, observado o disposto nos § 14 e § 16 do art. 40 da Constituição.

§ 4º Os proventos das aposentadorias concedidas de acordo com este artigo serão reajustados:

I - de acordo com o disposto no art. 7º da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003, se concedidas na forma do inciso I do § 3º deste artigo; ou

II - de acordo com o disposto no § 8º do art. 40 da Constituição, se concedidas na forma do inciso II do § 3º deste artigo.

1565E036

1565E036

§ 5º Excetuam-se da regra de reajuste estabelecida no inciso I do § 4º deste artigo os proventos de aposentadoria do servidor que tenha exercido a opção de que trata o § 16 do art. 40 da Constituição, hipótese na qual será aplicado o reajuste previsto no inciso II do § 4º deste artigo.

§ 6º Conforme os critérios a serem estabelecidos pelo ente federativo, o servidor de que trata este artigo, que tenha completado as exigências para aposentadoria voluntária, e opte por permanecer em atividade fará jus a um abono de permanência equivalente, no máximo, ao valor da sua contribuição previdenciária até completar a idade para aposentadoria compulsória.

Art. 3º Ao servidor da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, que tenha ingressado no serviço público em cargo efetivo até a data de promulgação desta Emenda e que tenha idade inferior às referidas no **caput** do art. 2º, aplicam-se as disposições dos § 3º e § 3º-A do art. 40 da Constituição.

Parágrafo único. O limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social previsto no § 2º do art. 40 da Constituição somente será imposto para aqueles servidores que ingressaram no serviço público posteriormente à instituição do correspondente regime de previdência complementar ou que ingressaram anteriormente e exerceram a opção de que trata o § 16 do art. 40 da Constituição.

Art. 4º O valor da pensão por morte concedida aos dependentes do servidor que ingressou em cargo efetivo da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios anteriormente à instituição do regime de previdência complementar de que trata o § 14 do art. 40 da Constituição e que não realizou a opção de que trata o § 16 do mesmo artigo, será equivalente a uma cota familiar de 50% (cinquenta por cento), acrescida de cotas individuais de 10 (dez) pontos percentuais por dependente, até o limite de 100% (cem por cento) dos valores previstos nos incisos I e II, observado ainda o seguinte:

I - na hipótese de óbito do aposentado, as cotas serão calculadas sobre a totalidade dos proventos do servidor falecido, respeitado o limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social, acrescido de 70% (setenta por cento) da parcela excedente a esse limite;

II - na hipótese de óbito de servidor em atividade, as cotas serão calculadas sobre o valor dos proventos a que o servidor teria direito se fosse aposentado por incapacidade permanente na data do óbito, observado o disposto nos § 3º, inciso I, e § 3º-A do art. 40 da Constituição, respeitado o limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social, acrescido de 70% (setenta por cento) da parcela excedente a esse limite;

III - a identidade do rol de dependentes, as condições necessárias para o enquadramento e a qualificação, estabelecidos para o regime geral de previdência social;

IV - as cotas individuais cessarão com a perda da qualidade de dependente e não serão reversíveis aos demais beneficiários; e

V - o tempo de duração da pensão por morte e as condições de cessação das cotas individuais serão estabelecidos conforme a idade do beneficiário na data de óbito do segurado, na forma prevista para o regime geral de previdência social.

Art. 5º É assegurada a concessão, a qualquer tempo, de aposentadoria ao servidor público e de pensão por morte aos dependentes de servidor público falecido, que tenha cumprido todos os requisitos para obtenção desses benefícios até a data de promulgação desta Emenda, com base nos

1565E036

1565E036

critérios da legislação vigente na data em que foram atendidos os requisitos para a concessão da aposentadoria ou da pensão por morte.

Parágrafo único. Os proventos de aposentadoria a serem concedidos ao servidor público referido no **caput**, em termos integrais ou proporcionais ao tempo de contribuição já exercido até a data de promulgação desta Emenda, e as pensões de seus dependentes, serão calculados de acordo com a legislação em vigor à época em que foram atendidos os requisitos nela estabelecidos para a concessão desses benefícios ou nas condições da legislação vigente.

Art. 6º As alterações estabelecidas no art. 40, § 13, da Constituição, aplicam-se de imediato aos titulares de novos mandatos eletivos que forem diplomados após a promulgação desta Emenda, cabendo a leis da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dispor sobre as regras de transição para os diplomados anteriormente à data de promulgação desta Emenda.

Art. 7º O segurado filiado ao regime geral de previdência social até a data de promulgação desta Emenda e com idade igual ou superior a cinquenta anos, se homem, e quarenta e cinco anos, se mulher, poderá aposentar-se quando preencher as seguintes condições, ressalvado o direito de opção à aposentadoria pelas normas estabelecidas pelo art. 201, § 7º, da Constituição:

I - trinta e cinco anos de contribuição, se homem, e trinta anos de contribuição, se mulher, acrescidos de um período adicional de contribuição equivalente a 50% (cinquenta por cento) do tempo que, na data de promulgação desta Emenda, faltaria para atingir o respectivo tempo de contribuição; ou

II - sessenta e cinco anos de idade, se homem, e sessenta anos de idade, se mulher, e cento e oitenta meses de contribuição, acrescidos de período adicional de contribuição equivalente a 50% (cinquenta por cento) do tempo que, na data de promulgação desta Emenda, faltaria para atingir o número de meses de contribuição exigido.

Parágrafo único. Para o empregado, contribuinte individual e trabalhador avulso rurais que tenham exercido atividade exclusivamente na qualidade de trabalhador rural, os requisitos de idade previstos no inciso II serão reduzidos em cinco anos.

Art. 8º Os trabalhadores rurais e seus respectivos cônjuges ou companheiros e filhos de que trata o § 8º do art. 195 da Constituição que, na data de promulgação desta Emenda, exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, como o produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o extrativista, o pescador artesanal poderão se aposentar se, na data da promulgação da Emenda contarem com idade igual ou superior a cinquenta anos, se homem, e quarenta e cinco anos, se mulher, quando atenderem cumulativamente as seguintes condições:

I - sessenta anos de idade, se homem, e cinquenta e cinco anos de idade, se mulher, e cento e oitenta meses de tempo de atividade rural; e

II - um período adicional de efetiva contribuição, nos termos do § 8º do art. 195 da Constituição, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do tempo que, na data da promulgação desta Emenda, faltaria para atingir o tempo de atividade rural exigido no inciso I.

1565E036

1565E036

§ 1º As regras previstas neste artigo somente serão aplicadas se o segurado estiver exercendo a atividade prevista no **caput** na data de promulgação desta Emenda e no período anterior ao requerimento do pedido de aposentadoria.

§ 2º O valor das aposentadorias concedidas na forma deste artigo será de um salário mínimo.

Art. 9º. A lei a que se refere o § 8º do art. 195 da Constituição deverá ser editada em até doze meses a contar da data de promulgação desta Emenda.

Parágrafo único. Até a instituição da contribuição de que trata o § 8º do art. 195 da Constituição, fica mantido o critério de aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção, nos termos da legislação vigente.

Art. 10. O tempo de atividade rural exercido até a data de promulgação desta Emenda, independentemente da idade do trabalhador rural referido no § 8º do art. 195 da Constituição, será comprovado na forma da legislação vigente na época do exercício da atividade e somente poderá ser computado mediante a manutenção da qualidade de segurado especial rural no período compreendido entre a entrada em vigor da Lei a que se refere o art. 10 desta Emenda e a implementação das condições necessárias para a obtenção do benefício.

§ 1º As regras previstas neste artigo somente serão aplicadas se o segurado estiver exercendo a atividade prevista no **caput** na data de promulgação desta Emenda e no período anterior ao requerimento do pedido de aposentadoria.

§ 2º O tempo de que trata o **caput** será reconhecido tão somente para concessão da aposentadoria a que se refere o § 7º do artigo 201 da Constituição.

§ 3º O valor das aposentadorias concedidas na forma deste artigo será de um salário mínimo.

Art. 11. O professor filiado ao regime geral de previdência social até a data de promulgação desta Emenda e com idade igual ou superior a cinquenta anos, se homem, e quarenta e cinco anos, se mulher, na mesma data, que comprove, exclusivamente, tempo de efetivo exercício das funções de magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio, poderá se aposentar quando, cumulativamente, atender às seguintes condições:

I - trinta anos de contribuição, se homem, e vinte e cinco anos de contribuição, se mulher; e

II - período adicional de contribuição equivalente a 50% (cinquenta por cento) do tempo que, na data de promulgação desta Emenda, faltaria para atingir o respectivo tempo de contribuição.

Art. 12. O valor das aposentadorias concedidas de acordo com os art. 8º e art. 12 desta Emenda será calculado na forma do disposto no § 7º-B do art. 201 da Constituição.

Art. 13. É assegurada, na forma da lei, a conversão de tempo ao segurado do regime geral de previdência social que comprovar tempo de contribuição na condição de pessoa com

1565E036

1565E036

deficiência ou decorrente do exercício de atividade sujeita a condições especiais que efetivamente prejudiquem a saúde, cumprido até a data de promulgação desta Emenda.

Art. 14. É assegurada a concessão, a qualquer tempo, de aposentadoria aos segurados e pensão por morte aos dependentes do regime geral de previdência social que, até a data de promulgação desta Emenda, tenham cumprido todos os requisitos para a obtenção do benefício, com base nos critérios da legislação então vigente.

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão adequar os regimes de previdência dos servidores titulares de cargos efetivos ao disposto nos § 14 e § 20 do art. 40 da Constituição no prazo de dois anos, contado da data de promulgação desta Emenda.

Art. 16. Até que entre em vigor a lei de que trata o § 23 do art. 40 da Constituição, aplica-se o disposto na Lei nº 9.717, de 27 de novembro de 1998.

Art. 17. Até que entre em vigor a lei complementar de que trata o art. 201, § 1º, inciso II da Constituição, permanecerão em vigor os art. 57 e art. 58 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Art. 18. O disposto no § 7º do art. 40 e no § 17 do art. 201 da Constituição será aplicado às pensões decorrentes de óbitos ocorridos a partir da data de entrada em vigor desta Emenda.

Art. 19. A idade estabelecida antes da promulgação desta Emenda para acesso ao benefício previsto no inciso V do **caput** do art. 203 da Constituição terá incremento gradual de um ano a cada dois anos, até alcançar a idade de setenta anos.

§ 1º Após dez anos da promulgação desta Emenda, a idade referida no **caput** será revista na forma do § 3º do art. 203.

§ 2º A revisão periódica prevista no **caput** realizada em razão do critério etário não abrangerá os beneficiários que possuam sessenta e cinco anos ou mais na data de promulgação desta Emenda.

Art. 20. Até que entre em vigor a lei de que trata o art. 203, **caput**, inciso V, e § 1º, da Constituição, o valor do benefício de que trata aquele artigo será mantido de acordo com as regras vigentes na data de promulgação desta Emenda.

Art. 21. As regras de cálculo previstas no § 3º do art. 40 e no § 7º do art. 201 da Constituição utilizarão as contribuições vertidas desde a competência de julho de 1994 ou desde a competência do início da contribuição, se posterior àquela.

Art. 22. As regras de atualização da idade previstas no § 22 do art. 40, § 15 do art. 201 e § 3º do art. 203 da Constituição produzirão efeitos cinco anos após a promulgação desta Emenda.

Art. 23. Ficam revogados os seguintes dispositivos:

I - da Constituição:

a) o inciso II do § 4º, o § 5º e o § 21 do art. 40; e

1565E036

1565E036

b) § 8º do art. 201;

II - da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998:

a) o art. 9º; e

b) o art. 15;

III - da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003:

a) o art. 2º;

b) o art. 6º; e

c) o art. 6º-A; e

IV - da Emenda Constitucional nº 47, de 5 de julho de 2005: o art. 3º.

Art. 24. Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília,

PEC- PREVIDÊNCIA SOCIAL (L1)

1565E036

1565E036

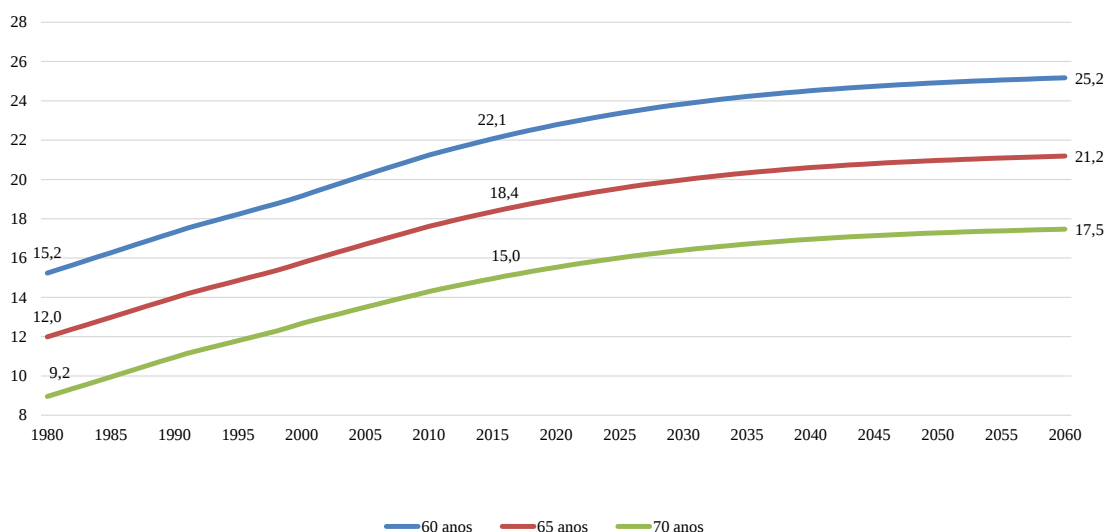
Brasília, 5 de dezembro de 2016.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República,

1. Submeto à elevada apreciação de Vossa Excelência proposta de Emenda Constitucional que altera os arts. 37, 40, 109, 149, 167, 195, 201 e 203 da Constituição Federal, estabelece regras de transição e dá outras providências, com o intuito de fortalecer a sustentabilidade do sistema de seguridade social, por meio do aperfeiçoamento de suas regras, notadamente no que se refere aos benefícios previdenciários e assistenciais. A realização de tais alterações se mostra indispensável e urgente, para que possam ser implantadas de forma gradual e garantam o equilíbrio e a sustentabilidade do sistema para as presentes e futuras gerações.

Introdução e questões demográficas.

2. O sistema de previdência social brasileiro está estruturado em três pilares: o Regime Geral de Previdência Social - RGPS; os Regimes Próprios de Previdência Social - RPPS, organizados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e o Regime de Previdência Complementar, organizado em entidades abertas, de livre acesso, e fechadas, destinado aos segurados já filiados ao RGPS e aos RPPS.
3. Como é do conhecimento de Vossa Excelência, as mudanças demográficas impõem um grande desafio para o futuro da sociedade e, de modo particular, para a previdência social. Nosso país vem passando por um processo acelerado de envelhecimento populacional, em função da queda da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de sobrevida que ocorreu, principalmente, por conta das melhorias nas condições de vida da população.
4. Em perspectiva, é importante registrar que a expectativa de sobrevida da população com 65 anos, que era de 12 anos em 1980, aumentou para 18,4 anos em 2015. Nesse sentido, a idade mínima de aposentadoria no Brasil já deveria ter sido atualizada.

Expectativa de sobrevida por faixa de idade (em anos)

Fonte: IBGE / Projeção da população de 2013. (*) Entre 1981 (1992) e 1990 (1997), as esperanças de vida ao nascer foram extraídas das tábuas de mortalidade interpoladas a partir das tábuas construídas para os anos de 1980 (1991) e 1991 (1998).

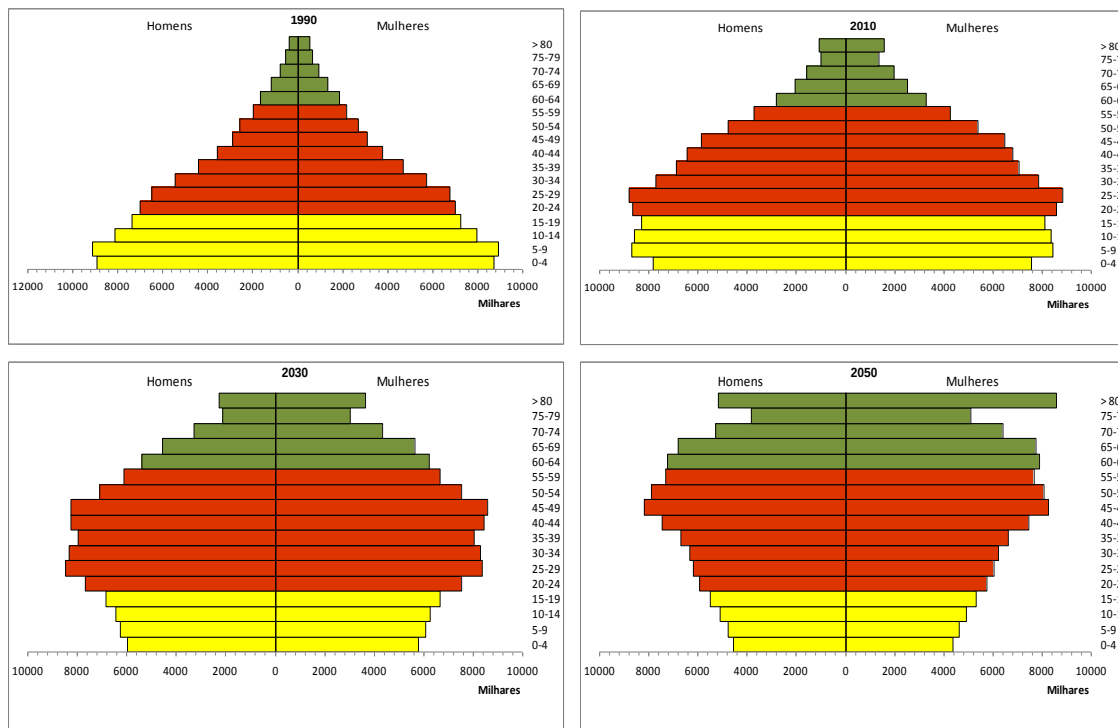
5. As projeções populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE,

1565E036

1565E036

mostram que em 2060 o Brasil terá 131,4 milhões de pessoas em idade ativa – compreendida entre 15 e 64 anos de idade – representando uma população menor do que os atuais 140,9 milhões de pessoas nesta faixa etária.

Pirâmides Etárias: 1990 / 2010 / 2030 / 2060



Fonte: IBGE. Elaboração SPPS/MTPS.

6. Nesse mesmo período, estima-se que o número de idosos com 65 anos ou mais de idade crescerá 262,7%, alcançando 58,4 milhões em 2060. Ou seja, a evolução demográfica aponta para uma maior quantidade de beneficiários do sistema, recebendo benefícios por maior período de tempo, em contraponto com menor quantidade de pessoas em idade contributiva, tornando imprescindível a readequação do sistema de Previdência Social para garantir seu equilíbrio e, consequentemente, a sua sustentabilidade no médio e longo prazo.
7. Além da mudança demográfica, algumas distorções e inconsistências do atual modelo devem ser enfrentadas, as quais se destacam: regras para concessão e financiamento dos benefícios rurais; readequação dos benefícios assistenciais; a persistência de regimes específicos para algumas categorias; a disparidade das regras que regem o RGPS e o RPPS.
8. Todas essas propostas de alteração, e suas justificativas, serão apresentadas a seguir. Contudo, antes disso, é importante reforçar que a presente proposta de Emenda tem como um dos seus alicerces a proteção dos direitos adquiridos (seja daqueles segurados que já se encontram em gozo de benefício, seja daqueles que já reuniram os requisitos para a eles fazer jus), bem como a criação de regras transitórias claras, de sorte a resguardar, o máximo possível, expectativas de direitos e situações mais próximas da consolidação.

Da preservação do direito adquirido e das regras de transição.

9. A proposta de Emenda não afeta os benefícios já concedidos e os segurados que, mesmo não estando em gozo de benefícios previdenciários, já preencheram os requisitos com base nas regras atuais e anteriores, podendo requerê-los a qualquer momento, inclusive após a publicação da presente Emenda.
10. No mesmo sentido, estão previstas amplas e protetivas normas de transição, as quais serão aplicáveis sempre para homens que tenham 50 anos ou mais, e mulheres que tenham 45 anos ou mais, na data da promulgação da emenda, em todos os casos. Assim, as expectativas dos segurados com idades mais

1565E036

1565E036

avanças são consideradas na proposta da Emenda. Observado esse primeiro requisito, estão previstas as seguintes regras transitórias:

- 10.1. Estão mantidos direitos às aposentadorias por idade (para RGPS e RPPS) e tempo de contribuição (para o RGPS) com base nas regras anteriores, com o recolhimento de tempo adicional de contribuição de 50% (“pedágio”), calculado sobre o tempo que faltaria para atingir o tempo de contribuição necessário na data da promulgação da Emenda.
- 10.2. Para os servidores públicos ingressados até 16/12/1998, a Emenda prevê a redução da idade mínima de 60 anos para homens, e 55 anos para mulheres, em 1 dia para cada dia de contribuição que exceder ao tempo necessário (35 anos para homens, e 30 para mulheres).
- 10.3. Para os policiais, fica garantida a aposentadoria com idade mínima de 55 anos para homens e 50 para mulheres, comprovando 30 e 25 anos de contribuição, respectivamente, e 20 anos de atividade de natureza estritamente policial, e cumprido o pedágio.
- 10.4. Fica, por meio da proposta de Emenda, mantida a integralidade para a aposentadoria do servidor ingressado até 31/12/2003. Para o servidor que ingressou a partir de 01/01/2004 e antes da criação do respectivo fundo de previdência complementar, se for o caso, para fins de cálculo considerar-se-á a média das contribuições, sem limitação ao teto do RGPS. Finalmente, para os ingressados após criação do fundo de previdência complementar, considerar-se-á para fins de cálculo a média das contribuições, limitadas ao teto do RGPS.
- 10.5. No que se refere à pensão por morte para os dependentes dos servidores ingressados antes da instituição do fundo de previdência complementar de cada Ente Federativo, mantém-se a base de cálculo considerando a totalidade dos proventos recebidos na data do óbito, até o limite máximo do RGPS, acrescido de 70% da parcela que ultrapassar esse limite.
- 10.6. Para os titulares de mandatos eletivos, com relação à transição, lei própria de cada Ente Federativo regulará as regras de transição para os diplomados até a data de promulgação da Emenda.
- 10.7. Em relação aos professores, tanto vinculados ao RGPS, quanto aos RPPS, restou garantida a aposentadoria com idade mínima de 55 anos para homens e 50 para mulheres, comprovando 30 e 25 anos, respectivamente, de atividade de magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio, e cumprido o pedágio.
- 10.8. Aos empregados, contribuintes individuais e avulsos rurais que tenham contribuído exclusivamente como trabalhadores rurais, fica mantida, para a aposentadoria por idade, a idade mínima reduzida em 5 anos (60 anos para homens, e 55 anos para mulheres), observados os demais requisitos e cumprido o pedágio.
- 10.9. Aos segurados especiais que exerçam, na data da promulgação da Emenda, atividade em regime de economia familiar, fica mantida a aposentadoria por idade no valor do salário mínimo, com idade mínima de 60 anos para homens e 55 anos para mulheres, desde que comprovem 180 meses de atividade rural e recolham um período adicional de efetivas contribuições, equivalente a 50% do tempo que faltaria, na data da emenda, para atingir o tempo de atividade rural exigido.
10. 10. Por fim, fica mantido direito à conversão de tempo exercido em condições especiais anteriormente à data da promulgação da Emenda em tempo comum, observadas as regras até então vigentes.
11. A proposta prevê ainda o reconhecimento, com base na legislação vigente na época do exercício da atividade, do tempo atividade rural do segurado especial, exercido no período anterior a data da promulgação da Emenda.

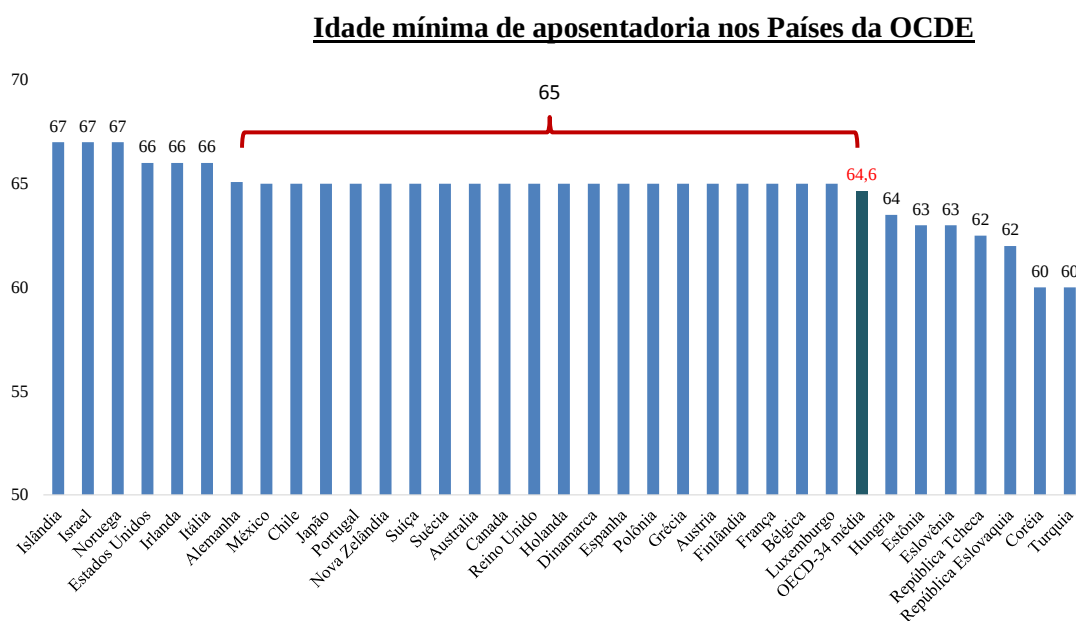
Das propostas de alteração

1565E036

1565E036

Do estabelecimento de uma idade mínima de aposentadoria.

12. O primeiro grande objetivo da reforma é o estabelecimento de uma idade mínima obrigatória para aposentadoria voluntária de homens e mulheres, aplicável tanto ao RGPS como aos RPPS.
13. Além da necessidade de adequação dos requisitos para a aposentadoria por força da mudança das características demográficas do Brasil, já detalhadas acima, esta elevação também tem como objetivo a convergência dos critérios previdenciários brasileiros para os padrões internacionais, sobretudo, em comparação com países que já experimentaram a transição demográfica em sua plenitude.
14. É relevante destacar que a legislação previdenciária brasileira previa idade mínima de 55 anos para a aposentadoria por tempo de serviço, até sua supressão pela Lei 4.130/62. Nesse período – início da década de 1960, a expectativa de vida do brasileiro estimada pelo IBGE era de aproximadamente 48 anos, 27,5 anos inferior a atual expectativa de vida.
15. Considerando a experiência internacional, o Brasil se enquadra entre os países que possuem as mais baixas idades médias de aposentadoria. A título de ilustração, atualmente a idade média de aposentadoria para homens no Brasil é de 59,4 anos enquanto a média nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE é de 64,6 anos. Em países com o envelhecimento populacional em estágio mais avançado que o nosso, a média já supera os 65 anos.



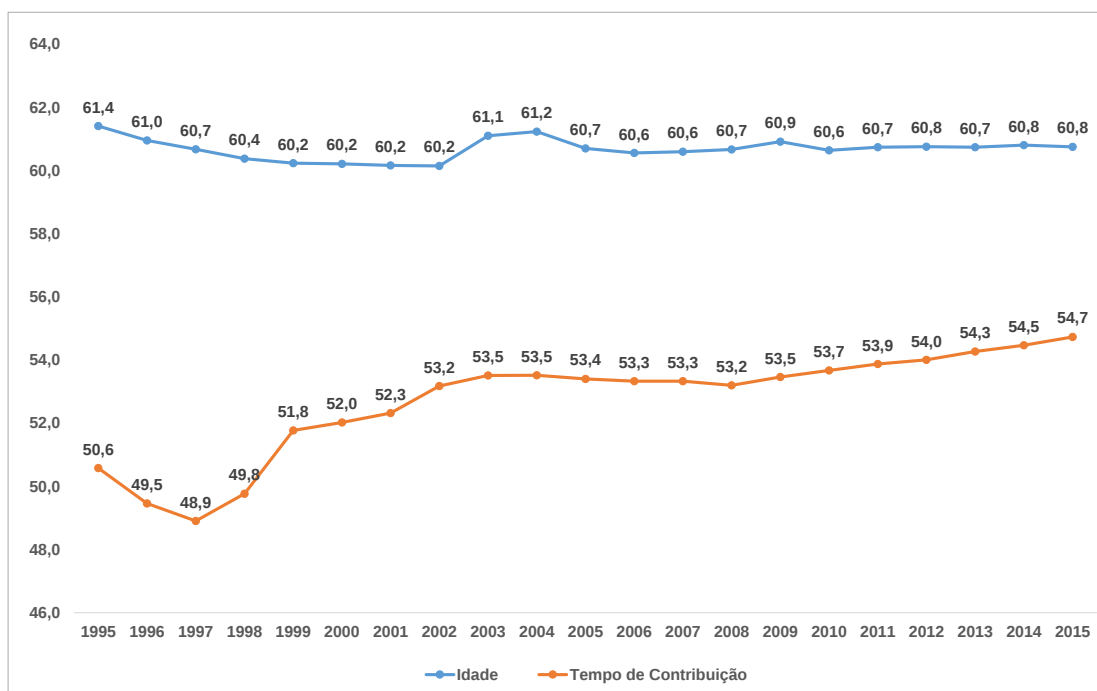
Fonte: OCDE (2012)

16. A legislação do RGPS prevê ainda hoje a aposentadoria exclusivamente por tempo de contribuição, sem exigência de idade mínima. Segundo dados da Associação Internacional de Seguridade Social (AISS), existem apenas outros 12 países (Equador, Iraque, Irã, Síria, Arábia Saudita, Iêmen, Argélia, Itália, Egito, Bahrein, Hungria e Sérvia) que possuem ou possuíram benefício similar à aposentadoria por tempo de contribuição. Esta aposentadoria contribui para que a idade média de aposentadoria no Brasil seja baixa quando comparada ao padrão internacional. Em 2015, enquanto a média de idade das aposentadorias por idade foi de 60,8, a das aposentadorias por tempo de contribuição foi de 54,7.

Idades médias na concessão de aposentadorias por idade e por tempo de contribuição – 1995 a 2015

1565E036

1565E036



Fonte: DATAPREV, SÍNTESE.

17. Um dos argumentos para a manutenção da aposentadoria por tempo de contribuição é o de que alguns trabalhadores ingressam no mercado de trabalho muito jovens e que, portanto, contribuem por mais tempo, expostos a maior desgaste pela atividade laboral, devendo ser compensados por isso.
18. Esse argumento, contudo, deve ser relativizado, pois a experiência brasileira vem demonstrando que os trabalhadores que conseguem atingir 35 anos de contribuição mais cedo são justamente aqueles que são mais qualificados e ocupam posições com maior remuneração e melhores condições de trabalho, possuindo maior estabilidade ao longo de sua vida laboral. Os trabalhadores menos favorecidos tendem a entrar mais cedo no mercado de trabalho, mas submetidos a um nível maior de informalidade, além de sofrerem mais com a sua instabilidade. Assim, os trabalhadores de menor renda acabam se aposentando por idade, benefício que requer menos tempo de contribuição.
19. Paralelamente, o tempo de contribuição é um fator relevante, não como critério exclusivo de aquisição do direito à aposentadoria, mas para fins de cálculo do benefício, estimulando-se o maior tempo de contribuição para recebimento de um benefício de maior valor. Assim, sem prejuízo de fixar uma idade mínima para concessão do benefício, a proposta de Emenda mantém o tempo de contribuição como relevante critério para apuração do valor do mesmo.

Do aperfeiçoamento dos regimes próprios de previdência social: convergência das regras previdenciárias e aumento do controle.

20. No que se refere aos Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS), cabe destacar que a preocupação com o equilíbrio financeiro e atuarial levou a melhoria na sua organização, regulação e supervisão, a partir das Emendas Constitucionais nº 20, de 1998, e nº 41, de 2003.
21. No entanto, desequilíbrios históricos dos RPPS, oriundos de períodos anteriores, e a manutenção de regras que demandam aperfeiçoamento, de sorte a proporcionar oferta de proteção previdenciária aos servidores públicos que não onerem excessivamente o conjunto da sociedade, indicam a necessidade de nova revisão desses sistemas.
22. Na União, nos Estados e no Distrito Federal, a relação entre o número de servidores ativos e o aposentados e pensionistas está próxima de 1, demonstrando grande desequilíbrio entre as receitas de contribuições e as despesas com o pagamento de benefícios de seus respectivos RPPS. Em 2015, os RPPS da União e dos Estados/DF registraram déficit de R\$ 72,5 bilhões e R\$ 60,9 bilhões, respectivamente.

1565E036

1565E036

23. A Emenda Constitucional nº 20, de 1998 iniciou um processo de alteração constitucional com o objetivo de promover gradualmente a convergência das principais regras do RGPS com as dos RPPS. Nesse sentido, foi inserida no próprio texto constitucional a aplicação subsidiária aos servidores das regras do RGPS (§ 12 do art. 40 da Constituição Federal). Além disso, desde então, o caráter contributivo e o equilíbrio financeiro e atuarial são princípios constitucionais tanto dos RPPS, quanto do RGPS.
24. A Emenda nº 41, de 2003 acabou com a integralidade entre servidores ativos e inativos e estabeleceu a regra geral de cálculo de proventos dos servidores com base na média de contribuições, semelhante à aplicável aos segurados do RGPS. Foi também autorizada a criação de fundos de previdência complementar pelos Entes Federativos, permitindo, nesse caso, a limitação do valor dos benefícios ao limite máximo do RGPS.
25. A presente proposta iguala os critérios de idade mínima, tempo mínimo de contribuição e critérios de cálculo das aposentadorias e pensões para os servidores civis vinculados aos RGPS e RPPS.
26. Além de modificações nas regras relativas aos benefícios previdenciários devidos pelos RPPS, a proposta de Emenda busca fortalecer o modelo de regulação e supervisão dos RPPS instituído pela Lei nº 9.717, de 1998. A gestão da Previdência Social depende de planejamento de longo prazo, como política pública de Estado de interesse nacional, cuja formulação e execução perpassam por diferentes governos e que não pode ter sua sustentabilidade ameaçada por problemas conjunturais e locais, que afetam a estabilidade de toda a seguridade social.
27. Nesse sentido, a proposta prevê a edição de uma lei que estabelecerá regras gerais de organização e funcionamento dos RPPS em âmbito nacional, voltadas a garantir a responsabilidade na gestão previdenciária, criando mecanismos de proteção dos recursos vinculados aos fundos previdenciários.
28. Outro ponto a ser destacado é a recente instituição, pela União e por alguns poucos Estados, da previdência complementar para os servidores públicos, autorizada pela Emenda Constitucional nº 41/03. Trata-se de uma das mais eficientes medidas para garantia do equilíbrio financeiro e atuarial dos RPPS, razão pela qual é necessário promover alterações que conduzam os demais entes federativos a instituírem a previdência complementar, e a consequente limitação do valor máximo dos benefícios.

Das alterações nas aposentadorias especiais do RGPS e RPPS.

29. A reforma proposta ainda extingue as aposentadorias especiais para servidores sujeitos à atividade de risco, bem como para professores de ensino infantil, fundamental e médio. Essas categorias hoje têm direito à aposentadoria após 30 anos de contribuição, para homens, e 25 anos de contribuição, para mulheres, sem idade mínima.
30. Em relação aos servidores da carreira de magistério, é relevante destacar que a aposentadoria antecipada dos professores afeta de forma mais significativa os RPPS dos Estados, Distrito Federal e Municípios, nos quais a carreira do magistério representa, em média, entre 20% e 30% do quadro de pessoal total, dos quais entre 80% e 90% são mulheres.
31. Em relação às aposentadorias especiais, a flexibilização das regras gerou situações de desigualdade entre os trabalhadores, além da diminuição de receitas (menor período contributivo) e aumento de despesas (antecipação e maior período de pagamento de benefícios). Cabe mencionar que em muitos Estados e Municípios a aposentadoria especial (magistério, policiais e outras) já é a regra, e não mais a exceção. Desse modo, medidas que elevem o tempo de contribuição para estes servidores públicos se fazem necessárias para dar sustentabilidade aos planos previdenciários e, ao mesmo tempo, garantir a execução de outras políticas públicas de responsabilidade dos Estados e Municípios.
32. Também será extinta a aposentadoria especial do professor vinculado ao RGPS, proposta coerente com a mencionada aproximação dos regimes.
33. A proposta de Emenda, por outro lado, mantém duas modalidades de aposentadoria especial, tanto para o RGPS como para os RPPS: a dos segurados com deficiência (instituída recentemente pela Lei Complementar nº 142, de 2013) e a dos segurados cujas atividades sejam exercidas sob condições

1565E036

1565E036

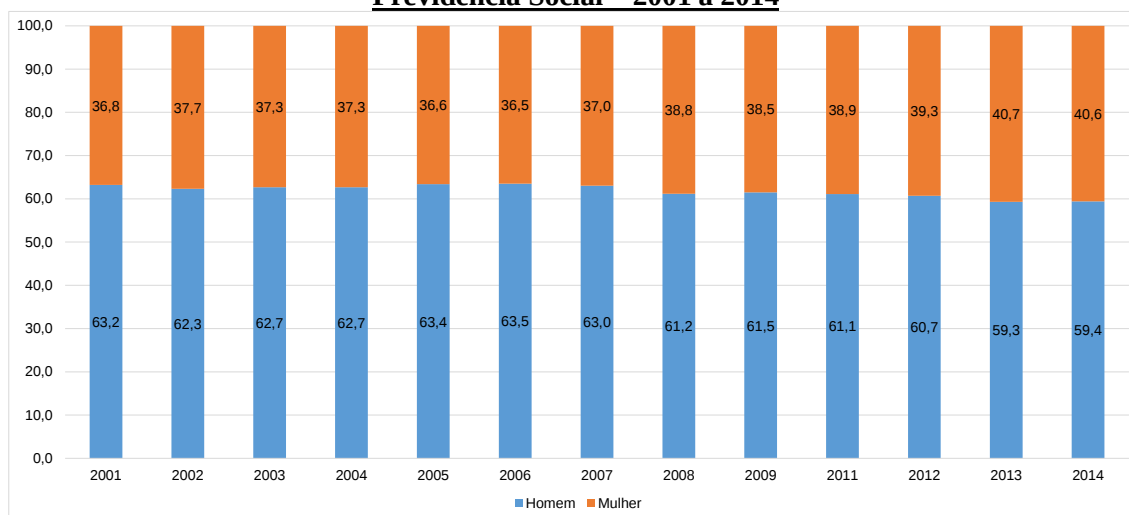
especiais que efetivamente prejudiquem a saúde, vedada a caracterização por categoria profissional ou ocupação. Porém, é estabelecido que a redução na idade e no tempo de contribuição para essas aposentadorias especiais estará limitada a, no máximo 10 e 5 anos, respectivamente, conforme estabelecido em lei complementar.

34. Nesse sentido, é importante lembrar que a aposentadoria especial por exercício de atividades “insalubres” originalmente exigia idade mínima de 50 anos (art. 31 da Lei nº 3.807, de 1960 - Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS), a qual foi suprimida pela Lei nº 5.440-A/1968. Passados cerca de 50 anos, além do expressivo aumento da expectativa de sobrevida da população brasileira, também ocorreu melhoria nas condições do ambiente de trabalho, o que justifica a reintrodução de um referencial de idade mínima para essas aposentadorias.

Da igualdade de gênero.

35. Outro ponto central da reforma é igualar os requisitos de idade e tempo de contribuição para homens e mulheres. Cabe destacar que, atualmente, a expectativa de vida ao nascer das mulheres é cerca de 7 anos superior à dos homens, e as mesmas ainda têm o direito de se aposentar com cinco anos a menos, tanto na aposentadoria por idade, quanto na por tempo de contribuição, combinação essa que resulta na maior duração dos seus benefícios.
36. A justificativa de tal diferenciação no passado era a concentração da responsabilidade pelos afazeres domésticos nas mulheres (“dupla jornada”), e ainda a maior responsabilidade com os cuidados da família, de modo particular, em relação aos filhos.
37. Ocorre que, ao longo dos anos, a mulher vem conquistando espaço importante na sociedade, ocupando postos de trabalho antes destinados apenas aos homens. Hoje, a inserção da mulher no mercado de trabalho, ainda que permaneça desigual, é expressiva e com forte tendência de estar no mesmo patamar do homem em um futuro próximo. Segundo a PNAD 2014, 40,6% do contingente de ocupados que contribuem para a Previdência Social são mulheres. Os novos rearranjos familiares, com poucos filhos ou sem filhos, estão permitindo que a mulher se dedique mais ao mercado de trabalho, melhorando a sua estrutura salarial.

Proporção de contribuintes e mulheres no total de contribuintes para a Previdência Social – 2001 a 2014



Fonte: PNAD/IBGE. Vários anos. Elaboração: CGEPR/DRGPS/SPPS/MTPS

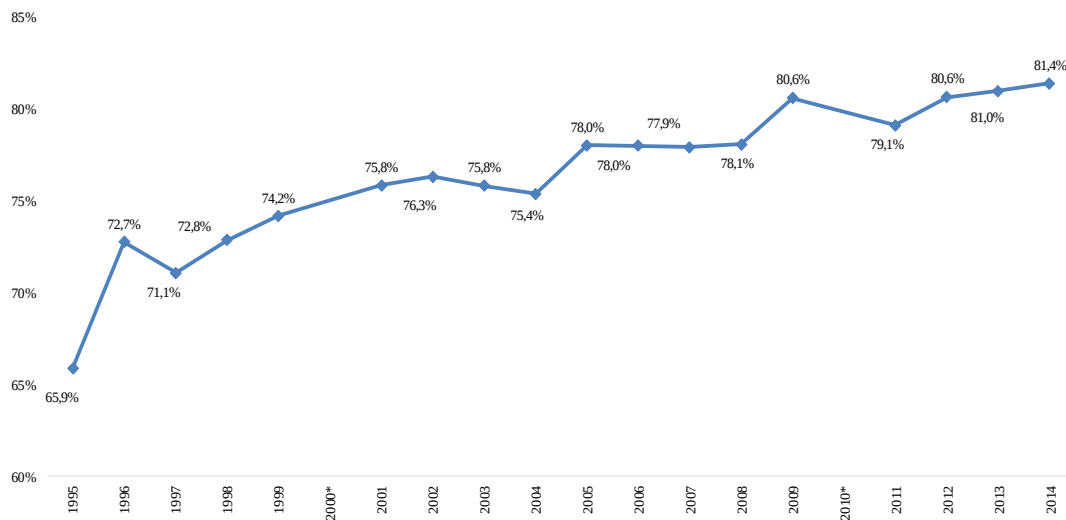
38. Ainda de acordo com a PNAD, o rendimento da mulher, que chegou a representar apenas 66% do rendimento dos homens em 1995, aumentou ao longo dos anos, alcançando 81% do rendimento dos homens em 2014. Ao olhar essa questão de uma forma prospectiva, é possível perceber que a tendência é que essa diferença remanescente se reduza ainda mais. Em outros termos, a razão de rendimento entre as

1565E036

1565E036

mulheres de 14 a 23 anos em relação aos homens é de 99%, indicando que, no futuro, a diferença de rendimento entre os gêneros deverá continuar sendo reduzida substancialmente.

Razão do Rendimento por Hora de Todos os Trabalhos entre Mulheres e Homens



Fonte:

PNAD/IBGE. * A PNAD não foi coletada em 2000 e 2010, devido à realização do Censo do IBGE.

39. Embora ainda se identifique diferença de tratamento da mulher no mercado de trabalho brasileiro, é importante considerar a mudança acelerada e gradativa dessa realidade. Em relação aos afazeres domésticos, por exemplo, existe evidência de que a melhora da oferta educacional na primeira infância contribuiu para a redução do número de mulheres que apenas cuidam das tarefas domésticas. Com efeito, segundo dados da PNAD, o contingente de mulheres que se dedicam aos afazeres domésticos de 15 a 29 anos de idade caiu de 88,2% para 84,6% entre 2004 e 2014. Mais do que isso, o número médio de horas semanais dedicadas a essas atividades diminuiu de 23,0 para 20,5 horas no mesmo período.
40. Outra justificativa para o diferencial de idade em favor das mulheres era a baixa proteção social de seus vínculos trabalhistas. Observa-se, porém, que a cobertura previdenciária das mulheres entre 16 e 59 anos aumentou substancialmente nas últimas décadas, saltando de 60,8% em 1995 - quando para os homens era de 67,0%, - para 72,6% em 2014, igualando-se, pela primeira vez na série histórica, aos homens.
41. Cabe esclarecer que o padrão internacional atual é de igualar ou aproximar bastante o tratamento de gênero nos sistemas previdenciários. A diferença de 5 anos de idade ou contribuição, critério adotado pelo Brasil, coloca o país entre aqueles que possuem maior diferença de idade de aposentadoria por gênero.

1565E036

1565E036

	Homens	Mulheres	Diferença
IDADES IGUAIS			
Coreia	60 anos para ambos		–
Canadá; Dinamarca; Finlândia; França; Japão; México; Holanda; Nova Zelândia; Portugal; Espanha; Suécia	65 anos para ambos		–
Alemanha	65,1 para ambos		–
Estados Unidos	66 para ambos		–
Noruega	67 para ambos		–
IDADES DIFERENTES			
Bolívia	55,0	50,0	5,0
El Salvador; Panamá; Venezuela	60,0	55,0	5,0
Colômbia	62,0	57,0	5,0
República Checa	62,5	61,3	1,2
Brasil; Chile; Argentina; Honduras	65,0	60,0	5,0
Reino Unido	65,0	61,2	3,8
Suíça	65,0	64,0	1,0
Grécia	65,0	63,5	1,5
Austrália	65,0	64,5	0,5
Itália	66,0	62,0	4,0

Fonte: OECD (dados 2012); MTPS; e OISS (2012): La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana

42. Desse modo, mostra-se necessário realinhar a política previdenciária de forma a equiparar as regras de acesso para homens e mulheres, observando-se uma regra de transição mais gradual para as mulheres, como já exposto acima.

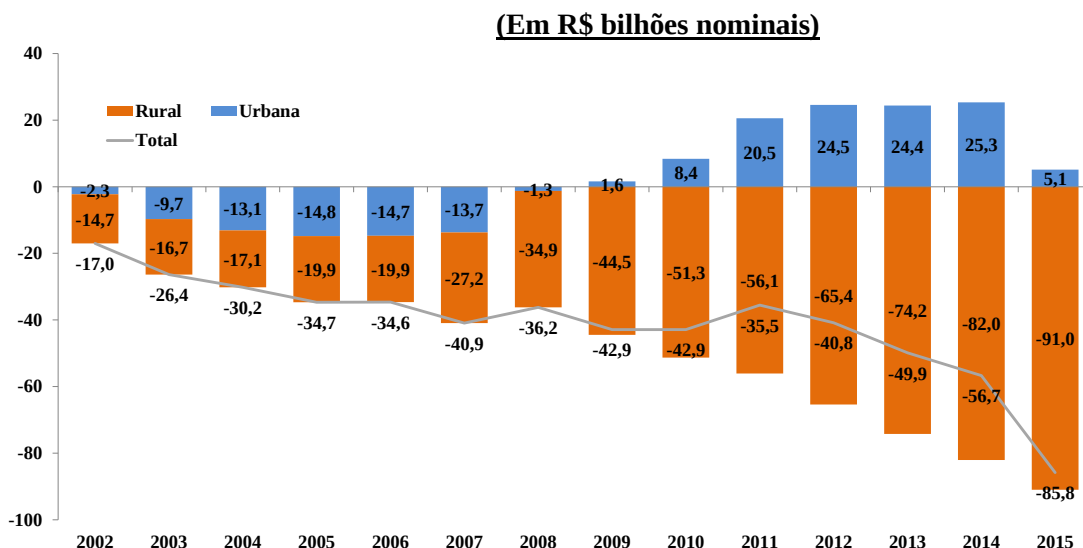
Das regras previdenciárias do trabalhador rural.

43. No que concerne à aposentadoria rural, cumpre mencionar que a regra atual prevê as idades mínimas de 60 anos para homens e 55 anos para mulheres, uma redução de 5 anos de idade em relação à aposentadoria do trabalhador urbano. Tal discriminação se justificava, à época, pelas adversas condições de vida e trabalho desse grupo, que exerce atividade tipicamente braçal, exposto às intempéries e, no passado, com grande dificuldade de acesso a serviços públicos básicos.
44. Outra razão importante é a predominância do trabalho informal, que reduz o rendimento médio do trabalhador rural, quando comparado à média dos trabalhadores urbanos. A solução encontrada foi a criação, para os trabalhadores rurais que exercem sua atividade em regime de economia familiar, de um sistema contributivo diferenciado para possibilitar o acesso à rede de proteção social, definido na própria Constituição Federal.
45. Importante destacar que as regras protetivas do trabalhador rural anteriores à Constituição Federal de 1988 estabeleciam o teto das aposentadorias em meio salário mínimo para o público beneficiário do FUNRURAL e o valor das pensões era limitado a 30% do salário mínimo de maior valor no País, o que diminuía o déficit específico do trabalho rural, mesmo com arrecadação reduzida. Ademais, o benefício era concedido apenas para o indivíduo considerado chefe da família.
46. O atual modelo de contribuição do trabalhador rural gera apenas 2% da arrecadação previdenciária total, tornando a relação entre as contribuições e despesas com os benefícios rurais altamente deficitária.

Resultado da Previdência Social Urbana e Rural

1565E036

1565E036



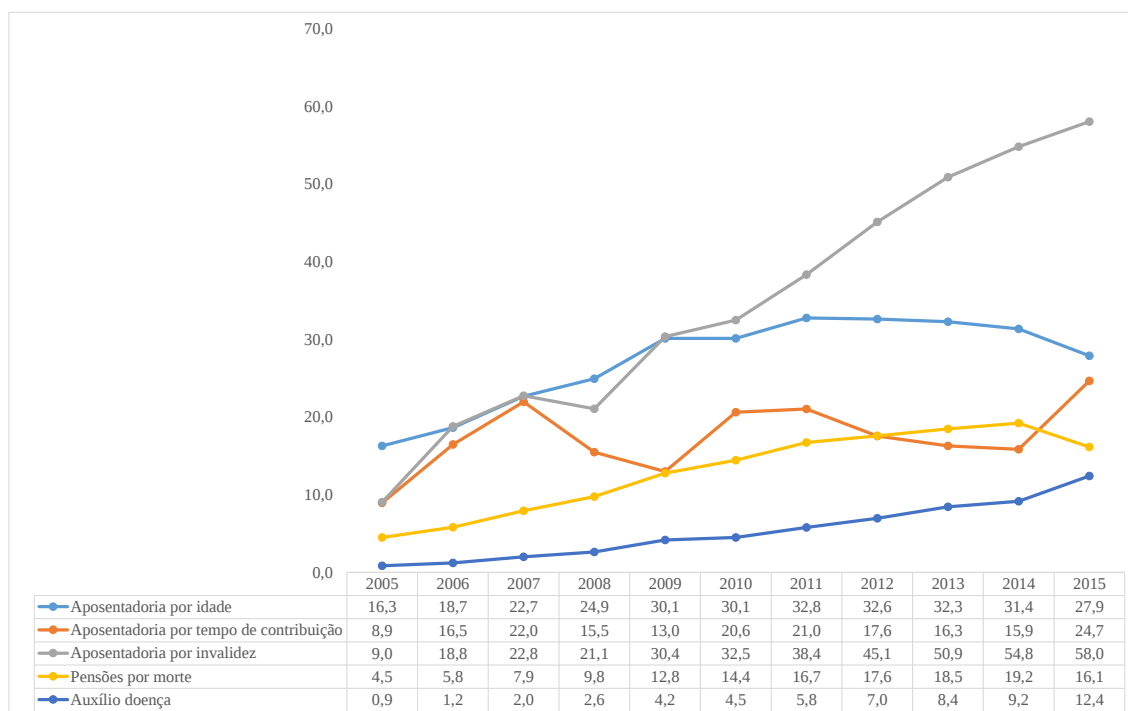
Fonte: Fluxo de Caixa do INSS

47. Outrossim, pelas regras atuais, o segurado especial não precisa comprovar recolhimentos previdenciários caso não comercialize sua produção: basta provar que trabalhou 15 anos em atividade rural, por meio de início de prova material (notas de produtor rural, declaração de sindicato, documentos pessoais dos quais conste a ocupação rurícola, dentre outros), corroborada por prova testemunhal.
48. A desnecessidade de efetivas contribuições, e esta forma de comprovação do trabalho rural, têm resultado em um número muito elevado de concessões de aposentadorias rurais, bem como o reconhecimento de tempo de trabalho rural sem contribuições para outros benefícios urbanos.
49. Finalmente, a forma de comprovação da atividade rural e sua extensão para todos os membros do grupo familiar, entre outras causas, dificulta o reconhecimento do direito do segurado pelo INSS, promovendo uma excessiva e crescente judicialização dessa modalidade de benefício. Em 2015, 30,2% das aposentadorias rurais foram concedidas por força de decisões judiciais, o que reforça a necessidade de aperfeiçoamento da legislação previdenciária no que se refere ao trabalho rural, sobretudo em relação ao segurado especial.

Participação percentual da quantidade de benefícios rurais concedidos por via judicial sobre o total da concessão rural, segundo os principais grupos de espécies – 2005 a 2015

1565E036

1565E036



Fonte: SPPS / Sinteseweb

50. Portanto, a melhoria das condições de vida e trabalho nas áreas rurais, o aumento da expectativa de vida de homens e mulheres, e o desequilíbrio entre arrecadação e despesas com benefícios rurais, justificam a alteração das regras para esses trabalhadores, especialmente o aumento da idade mínima e a forma de contribuição, com a substituição da contribuição atual sobre a comercialização.
51. A proposta é igualar a idade mínima dos trabalhadores urbanos e rurais, bem como instituir uma cobrança individual mínima e periódica para o segurado especial, substituindo o modelo de recolhimento previdenciário sobre o resultado da comercialização da produção. Propõe-se a adoção de uma alíquota favorecida sobre o salário mínimo, adequada à realidade econômica e social do trabalhador rural.
52. A modificação na forma de contribuição busca não apenas reduzir parcialmente o desequilíbrio entre as receitas e as despesas da previdência rural, mas também racionalizar e facilitar a comprovação do trabalho rural, evitando a judicialização excessiva desse benefício, como já exposto. Cada segurado especial, individualmente, terá que comprovar o recolhimento previdenciário mínimo como exigência para o reconhecimento do exercício de atividade rural, de forma semelhante aos demais segurados do RGPS, não sendo suficiente apenas comprovar o exercício do trabalho rural.
53. Importante destacar que essa alteração de sistemática de contribuição do segurado especial se dará gradualmente, por meio de uma transição do modelo contributivo, sem afetar o reconhecimento do período de atividade rural anterior à data de promulgação da Emenda, com base na legislação então vigente.

Da pensão por morte.

54. No que tange às pensões por morte, cumpre destacar que essa é a terceira modalidade de benefício mais dispendiosa no RGPS, representando 24,2% do total das despesas em 2015. Esta considerável participação decorre da falta de dispositivos legais limitando a concessão desses benefícios, parcialmente mitigada pela entrada em vigor da Lei 13.135, de 2015, como ocorre na maior parte dos outros países, em relação aos requisitos de tempo mínimo de contribuição (carência), duração dos benefícios, taxa de

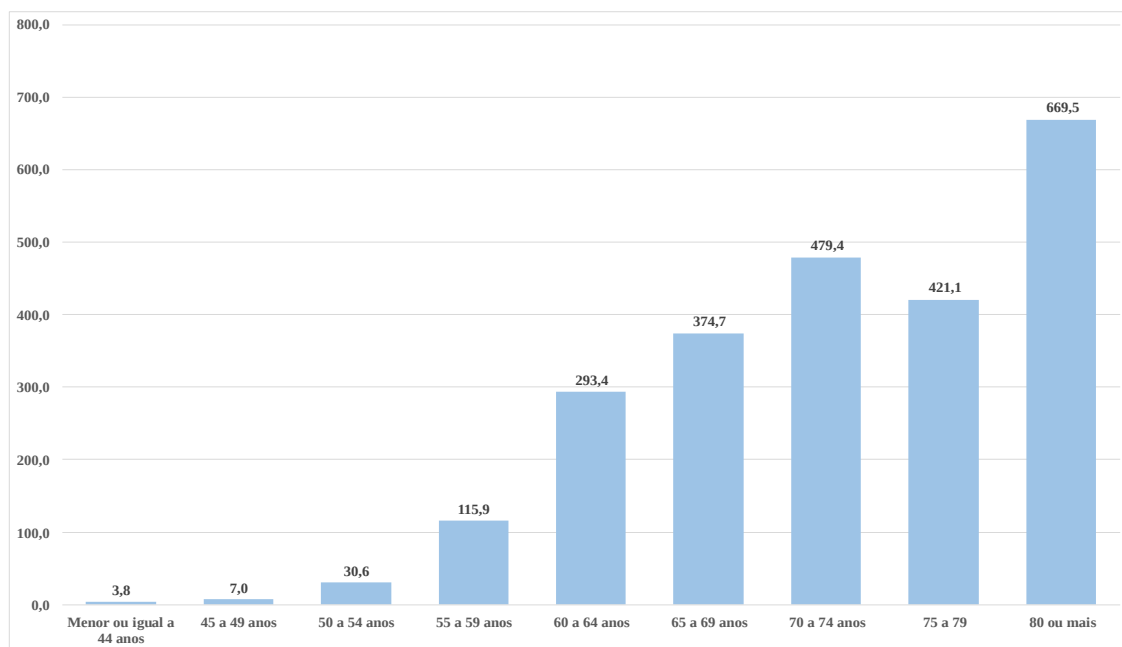
1565E036

1565E036

reposição (proporção entre o que se recebe na atividade, com o que será pago na inatividade) e acumulação com outros benefícios previdenciários.

55. Em relação ao cálculo das pensões por morte, em grande parte dos regimes previdenciários o valor do benefício é dividido em cotas, considerando o número de dependentes, as quais muito frequentemente não são reversíveis ou, mesmo quando o são, não necessariamente garantem o valor integral a que teria direito o beneficiário falecido quando em vida. Essa sistemática é adotada por 82% de um total de 132 países analisados, segundo estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA.
56. Destaca-se também a ausência de regras no Brasil que vedem à cumulação da pensão por morte com outros benefícios. Em 2014, 2,4 milhões de beneficiários acumulavam aposentadoria e pensão, sendo que 70,6% desses situam-se nos três décimos de maior rendimento domiciliar per capita brasileira, denotando a falta de progressividade desse benefício. O percentual de pensionistas que acumulavam pensão e aposentadoria cresceu de 9,9%, em 1992, para 32,4%, em 2014.

**Quantidade de beneficiários que acumulam aposentadoria e pensão,
segundo a faixa etária – 2014 – Em milhares**



Fonte: PNAD 2014. Elaboração DRGPS/SPPS/MTPS.

57. Desse modo, para melhor estruturar a pensão por morte no sistema de previdência brasileiro é necessário atualizar conceitualmente os princípios que norteiam o reconhecimento do direito ao benefício, de forma a compatibilizá-lo com a realidade da sociedade brasileira e com as melhores práticas internacionais. A proposta inclui a revisão das regras de cálculo de seu valor, a extinção da reversibilidade das cotas e vedação de acúmulo de pensão com aposentadoria, em complemento às alterações iniciadas pela Lei nº 13.135, de 2015, resultado da conversão da Medida Provisória nº 664, de 2014.

Do benefício assistencial de prestação continuada.

58. Na busca da racionalidade do sistema de seguridade social brasileiro, as mudanças na previdência social ora propostas demandam também a revisão do benefício assistencial de prestação continuada (BPC) de forma a não gerar incentivos inadequados, com a consequente migração do sistema previdenciário, que exige contribuição, para o assistencial, desequilibrando a seguridade social.

1565E036

1565E036

59. Atualmente o BPC é um benefício assistencial mensal no valor de um salário mínimo, oferecido a pessoas que tenham renda familiar per capita mensal inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e que sejam deficientes ou tenham mais de 65 anos de idade.
60. Cabe destacar que a idade mínima para os benefícios assistenciais tem diminuído ao longo do tempo, apesar do aumento de expectativa de sobrevida dos idosos. Em 1974, a expectativa de sobrevida para quem tinha 70 anos (idade de elegibilidade ao benefício de renda mensal vitalícia) era de 8,5 anos de vida. Em 2011, a expectativa de sobrevida para quem tinha 65 anos era de 17,8 anos, e atualmente já chega a 18,4 anos de vida, segundo dados do IBGE.
61. Além disso, a idade mínima requerida para o BPC, para ambos os sexos, está igual à requerida para a aposentadoria por idade, no caso de homens, distorção que, conforme dito anteriormente, resulta em desincentivo para que determinada camada da população contribua para o sistema de previdência social. A proposta de Emenda aumenta a idade mínima do beneficiário do BPC de 65 anos para 70 anos de idade.
62. Outra medida indispensável é a diferenciação entre o piso dos benefícios previdenciários e assistenciais. Na maioria dos países da OCDE o valor do benefício assistencial não é vinculado ao respectivo salário mínimo, representando, em média, 45% do seu valor.
63. Um argumento a favor da vinculação do salário mínimo no Brasil é que seu valor é baixo em relação aos países da OCDE, tornando esse tipo de comparação desproporcional. Cabe destacar, porém, que o valor do benefício pago deve levar em conta a renda média da população de cada país. Dessa forma, uma comparação mais adequada é calcular o valor pecuniário do benefício assistencial em relação ao PIB per capita de cada país. Nesse sentido, o valor do BPC em relação ao PIB per capita brasileiro é 33% enquanto que a média da OCDE é 19,2%, demonstrando que o Brasil se destaca por pagar valores mais elevados. Sendo assim, o valor pago pelo BPC deve ter alguma diferenciação do piso previdenciário, sobretudo quando o salário mínimo se encontra no pico da sua série histórica.

Outras questões relevantes e considerações finais.

64. A proposta também sugere a adoção de uma fórmula que automaticamente adequará as regras de benefícios previdenciários e assistenciais às mudanças demográficas futuras, garantindo perenidade à reforma proposta, de forma transparente e objetiva. Aumentando a expectativa de vida da população, será feito um ajuste automático nas idades mínimas necessárias para o recebimento de aposentadorias e benefícios assistenciais.
65. Ressalta-se mais uma vez que as mudanças ora propostas respeitam os direitos adquiridos e terão impactos graduais e crescentes sobre a previdência e a economia. Ademais, ainda que a reforma ora proposta tenha efeitos plenos apenas no longo prazo, espera-se que a melhora no cenário econômico decorrente da aprovação da mesma se dê no curto prazo, com efeito positivo na política fiscal, possibilitando a queda das taxas de juros de longo prazo e estimulando o investimento e a geração de emprego.
66. É proposta ainda a transferência da competência para processar e julgar as causas previdenciárias decorrentes de acidente do trabalho da Justiça Estadual para a Justiça Federal. Assim, a Justiça Federal se torna competente para conhecer de todas as demandas de natureza previdenciária.
67. Também é transferida para a lei ordinária a previsão das hipóteses em que a Justiça Estadual pode julgar demandas em comarcas que não são sede da Vara Federal. A previsão da competência delegada à Justiça Estadual se justificava em um período em que existiam poucas varas federais, cenário que sofreu

1565E036

1565E036

profunda alteração nas últimas décadas. De 1966 a 2014 foram criadas 970 varas federais, 5 Tribunais Regionais Federal, os Juizados Especiais Federais, as Turmas Recursais e as Turmas Regionais e Nacional de Unificação. Portanto, considerando a mudança e a expansão da Justiça Federal nas últimas décadas, lei ordinária poderá alterar, no futuro, as regras atuais que regem a matéria, previstas na Lei 5.010 de 1966.

68. Em suma, as linhas mestras da proposição estão descritas a seguir:

- a) Preservação do direito adquirido e proteção da expectativa de direito com regras claras de transição para homens com mais de 50 anos e mulheres com mais de 45 anos;
- b) Uniformização do tempo de contribuição e idade exigidos para a aposentadoria voluntária, com elevação da idade mínima;
- c) Extinção das aposentadorias especiais das atividades de risco e dos professores;
- d) Aplicação obrigatória, aos RPPS, do teto de benefícios do RGPS;
- e) Adoção de mesma regra de cálculo e reajustamento dos proventos de aposentadorias e das pensões em todos os regimes;
- f) Previsão de valor inicial de pensão diferenciado conforme número de dependentes;
- g) Irreversibilidade de cotas individuais de pensão a todos os regimes;
- h) Vedação de acúmulo de pensão por morte com aposentadoria por qualquer beneficiário ou de duas pensões por morte, pelo beneficiário cônjuge ou companheiro, oriundas de qualquer regime previdenciário;
- i) Harmonização do rol de dependentes de todos os regimes de previdência social; e
- j) Vedação do cômputo de tempo ficto para concessão de aposentadoria também no âmbito do RGPS.

69. Essas são, Excelentíssimo Senhor Presidente, as razões que justificam a elaboração da Proposta de Emenda Constitucional que ora submeto à Vossa elevada apreciação.

Respeitosamente,

Assinado por: Henrique de Campos Meirelles

1565E036
1565E036



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016

Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º O [Ato das Disposições Constitucionais Transitórias](#) passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114:

"[Art. 106](#). Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias."

"[Art. 107](#). Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias:

I - do Poder Executivo;

II - do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, do Conselho Nacional de Justiça, da Justiça do Trabalho, da Justiça Federal, da Justiça Militar da União, da Justiça Eleitoral e da Justiça do Distrito Federal e Territórios, no âmbito do Poder Judiciário;

III - do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e do Tribunal de Contas da União, no âmbito do Poder Legislativo;

IV - do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público; e

V - da Defensoria Pública da União.

§ 1º Cada um dos limites a que se refere o **caput** deste artigo equivalerá:

I - para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2% (sete inteiros e dois décimos por cento); e

II - para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

§ 2º Os limites estabelecidos na forma do inciso IV do **caput** do art. 51, do inciso XIII do **caput** do art. 52, do § 1º do art. 99, do § 3º do art. 127 e do § 3º do art. 134 da Constituição Federal não poderão ser superiores aos estabelecidos nos termos deste artigo.

§ 3º A mensagem que encaminhar o projeto de lei orçamentária demonstrará os valores máximos de programação compatíveis com os limites individualizados calculados na forma do § 1º deste artigo, observados os §§ 7º a 9º deste artigo.

§ 4º As despesas primárias autorizadas na lei orçamentária anual sujeitas aos limites de que trata este artigo não poderão exceder os valores máximos demonstrados nos termos do § 3º deste artigo.

§ 5º É vedada a abertura de crédito suplementar ou especial que amplie o montante total autorizado de despesa primária sujeita aos limites de que trata este artigo.

§ 6º Não se incluem na base de cálculo e nos limites estabelecidos neste artigo:

I - transferências constitucionais estabelecidas no § 1º do art. 20, no inciso III do parágrafo único do art. 146, no § 5º do art. 153, no art. 157, nos incisos I e II do art. 158, no art. 159 e no § 6º do art. 212, as despesas referentes ao inciso XIV do **caput** do art. 21, todos da Constituição Federal, e as complementações de que tratam os incisos V e VII do **caput** do art. 60, deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias;

II - créditos extraordinários a que se refere o § 3º do art. 167 da Constituição Federal;

III - despesas não recorrentes da Justiça Eleitoral com a realização de eleições; e

IV - despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes.

§ 7º Nos três primeiros exercícios financeiros da vigência do Novo Regime Fiscal, o Poder Executivo poderá compensar com redução equivalente na sua despesa primária, consoante os valores estabelecidos no projeto de lei orçamentária encaminhado pelo Poder Executivo no respectivo exercício, o excesso de despesas primárias em relação aos limites de que tratam os incisos II a V do **caput** deste artigo.

§ 8º A compensação de que trata o § 7º deste artigo não excederá a 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) do limite do Poder Executivo.

§ 9º Respeitado o somatório em cada um dos incisos de II a IV do **caput** deste artigo, a lei de diretrizes orçamentárias poderá dispor sobre a compensação entre os limites individualizados dos órgãos elencados em cada inciso.

§ 10. Para fins de verificação do cumprimento dos limites de que trata este artigo, serão consideradas as despesas primárias pagas, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário no exercício.

§ 11. O pagamento de restos a pagar inscritos até 31 de dezembro de 2015 poderá ser excluído da verificação do cumprimento dos limites de que trata este artigo, até o excesso de resultado primário dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social do exercício em relação à meta fixada na lei de diretrizes orçamentárias."

"[Art. 108](#). O Presidente da República poderá propor, a partir do décimo exercício da vigência do Novo Regime Fiscal, projeto de lei complementar para alteração do método de correção dos limites a que se refere o inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Parágrafo único. Será admitida apenas uma alteração do método de correção dos limites por mandato presidencial."

"[Art. 109](#). No caso de descumprimento de limite individualizado, aplicam-se, até o final do exercício de retorno das despesas aos respectivos limites, ao Poder Executivo ou a órgão elencado nos incisos II a V do **caput** do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que o descumpriu, sem prejuízo de outras medidas, as seguintes vedações:

I - concessão, a qualquer título, de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração de membros de Poder ou de órgão, de servidores e empregados públicos e militares, exceto dos derivados de sentença judicial transitada em julgado ou de determinação legal decorrente de atos anteriores à entrada em vigor desta Emenda Constitucional;

II - criação de cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa;

III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa;

IV - admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, ressalvadas as reposições de cargos de chefia e de direção que não acarretem aumento de despesa e aquelas decorrentes de vacâncias de cargos efetivos ou vitalícios;

V - realização de concurso público, exceto para as reposições de vacâncias previstas no inciso IV;

VI - criação ou majoração de auxílios, vantagens, bônus, abonos, verbas de representação ou benefícios de qualquer natureza em favor de membros de Poder, do Ministério Público ou da Defensoria Pública e de servidores e empregados públicos e militares;

VII - criação de despesa obrigatória; e

VIII - adoção de medida que implique reajuste de despesa obrigatória acima da variação da inflação, observada a preservação do poder aquisitivo referida no inciso IV do **caput** do art. 7º da Constituição Federal.

§ 1º As vedações previstas nos incisos I, III e VI do **caput**, quando descumprido qualquer dos limites individualizados dos órgãos elencados nos incisos II, III e IV do **caput** do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, aplicam-se ao conjunto dos órgãos referidos em cada inciso.

§ 2º Adicionalmente ao disposto no **caput**, no caso de descumprimento do limite de que trata o inciso I do **caput** do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, ficam vedadas:

I - a criação ou expansão de programas e linhas de financiamento, bem como a remissão, renegociação ou refinanciamento de dívidas que impliquem ampliação das despesas com subsídios e subvenções; e

II - a concessão ou a ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária.

§ 3º No caso de descumprimento de qualquer dos limites individualizados de que trata o **caput** do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, fica vedada a concessão da revisão geral prevista no inciso X do **caput** do art. 37 da Constituição Federal.

§ 4º As vedações previstas neste artigo aplicam-se também a proposições legislativas."

"[Art. 110](#). Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do **caput** do art. 212, da Constituição Federal; e

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias."

"[Art. 111](#). A partir do exercício financeiro de 2018, até o último exercício de vigência do Novo Regime Fiscal, a aprovação e a execução previstas nos §§ 9º e 11 do art. 166 da Constituição Federal corresponderão ao montante de execução obrigatória para o exercício de 2017, corrigido na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias."

"[Art. 112](#). As disposições introduzidas pelo Novo Regime Fiscal:

I - não constituirão obrigação de pagamento futuro pela União ou direitos de outrem sobre o erário; e

II - não revogam, dispensam ou suspendem o cumprimento de dispositivos constitucionais e legais que disponham sobre metas fiscais ou limites máximos de despesas."

"[Art. 113](#). A proposição legislativa que crie ou altere despesa obrigatória ou renúncia de receita deverá ser acompanhada da estimativa do seu impacto orçamentário e financeiro."

"[Art. 114](#). A tramitação de proposição elencada no **caput** do art. 59 da Constituição Federal, ressalvada a referida no seu inciso V, quando acarretar aumento de despesa ou renúncia de receita, será suspensa por até vinte dias, a requerimento de um quinto dos membros da Casa, nos termos regimentais, para análise de sua compatibilidade com o Novo Regime Fiscal."

Art. 2º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua promulgação.

Art. 3º Fica revogado o [art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015](#).

Brasília, em 15 de dezembro de 2016.

Mesa da Câmara dos Deputados

Deputado RODRIGO MAIA Presidente	Mesa do Senado Federal
Deputado WALDIR MARANHÃO 1º Vice-Presidente	Senador RENAN CALHEIROS
Deputado GIACOBBO 2º Vice-Presidente	Presidente
Deputado BETO MANSUR 1º Secretário	Senador JORGE VIANA
Deputado FELIPE BORNIER 2º Secretário	1º Vice- Presidente
Deputada MARA GABRILLI 3ª Secretária	Senador ROMERO JUCÁ
Deputado ALEX CANZIANI 4º Secretário	2º Vice- Presidente
	Senador VICENTINHO ALVES
	1º Secretário
	Senador ZEZE PERRELLA
	2º Secretário
	Senador GLADSON CAMELI
	3º Secretário
	Senadora ÂNGELA PORTELA
	4ª Secretária

Este texto não substitui o publicado no DOU 15.12.2016

*



Presidência da República
Secretaria-Geral
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 13.467, DE 13 DE JULHO DE 2017.

Vigência

(Vide Medida Provisória nº 808, de 2017)

Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º-A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 2º

.....

§ 2º Sempre que uma ou mais empresas, tendo, embora, cada uma delas, personalidade jurídica própria, estiverem sob a direção, controle ou administração de outra, ou ainda quando, mesmo guardando cada uma sua autonomia, integrem grupo econômico, serão responsáveis solidariamente pelas obrigações decorrentes da relação de emprego.

§ 3º Não caracteriza grupo econômico a mera identidade de sócios, sendo necessárias, para a configuração do grupo, a demonstração do interesse integrado, a efetiva comunhão de interesses e a atuação conjunta das empresas dele integrantes.” (NR)

“Art. 4º

§ 1º Computar-se-ão, na contagem de tempo de serviço, para efeito de indenização e estabilidade, os períodos em que o empregado estiver afastado do trabalho prestando serviço militar e por motivo de acidente do trabalho.

§ 2º Por não se considerar tempo à disposição do empregador, não será computado como período extraordinário o que exceder a jornada normal, ainda que ultrapasse o limite de cinco minutos previsto no § 1º do art. 58 desta Consolidação, quando o empregado, por escolha própria, buscar proteção pessoal, em caso de insegurança nas vias públicas ou más condições climáticas, bem como adentrar ou permanecer nas dependências da empresa para exercer atividades particulares, entre outras:

I - práticas religiosas;

II - descanso;

III - lazer;

IV - estudo;

V - alimentação;

VI - atividades de relacionamento social;

VII - higiene pessoal;

VIII - troca de roupa ou uniforme, quando não houver obrigatoriedade de realizar a troca na empresa.” (NR)

“Art. 8º

§ 1º O direito comum será fonte subsidiária do direito do trabalho.

§ 2º Súmulas e outros enunciados de jurisprudência editados pelo Tribunal Superior do Trabalho e pelos Tribunais Regionais do Trabalho não poderão restringir direitos legalmente previstos nem criar obrigações que não estejam previstas em lei.

§ 3º No exame de convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho, a Justiça do Trabalho analisará exclusivamente a conformidade dos elementos essenciais do negócio jurídico, respeitado o disposto no [art. 104 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 \(Código Civil\)](#), e balizará sua atuação pelo princípio da intervenção mínima na autonomia da vontade coletiva.” (NR)

“ [Art. 10-A.](#) O sócio retirante responde subsidiariamente pelas obrigações trabalhistas da sociedade relativas ao período em que figurou como sócio, somente em ações ajuizadas até dois anos depois de averbada a modificação do contrato, observada a seguinte ordem de preferência:

I - a empresa devedora;

II - os sócios atuais; e

III - os sócios retirantes.

Parágrafo único. O sócio retirante responderá solidariamente com os demais quando ficar comprovada fraude na alteração societária decorrente da modificação do contrato.”

“ [Art. 11.](#) A pretensão quanto a créditos resultantes das relações de trabalho prescreve em cinco anos para os trabalhadores urbanos e rurais, até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho.

I - (revogado);

II - (revogado).

.....

§ 2º Tratando-se de pretensão que envolva pedido de prestações sucessivas decorrente de alteração ou descumprimento do pactuado, a prescrição é total, exceto quando o direito à parcela esteja também assegurado por preceito de lei.

§ 3º A interrupção da prescrição somente ocorrerá pelo ajuizamento de reclamação trabalhista, mesmo que em juízo incompetente, ainda que venha a ser extinta sem resolução do mérito, produzindo efeitos apenas em relação aos pedidos idênticos.” (NR)

“ [Art. 11-A.](#) Ocorre a prescrição intercorrente no processo do trabalho no prazo de dois anos.

§ 1º A fluência do prazo prescricional intercorrente inicia-se quando o exequente deixa de cumprir determinação judicial no curso da execução.

§ 2º A declaração da prescrição intercorrente pode ser requerida ou declarada de ofício em qualquer grau de jurisdição.”

“ [Art. 47.](#) O empregador que mantiver empregado não registrado nos termos do art. 41 desta Consolidação ficará sujeito a multa no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por empregado não registrado, acrescido de igual valor em cada reincidência.

§ 1º Especificamente quanto à infração a que se refere o **caput** deste artigo, o valor final da multa aplicada será de R\$ 800,00 (oitocentos reais) por empregado não registrado, quando se tratar de microempresa ou empresa de pequeno porte.

§ 2º A infração de que trata o **caput** deste artigo constitui exceção ao critério da dupla visita.” (NR)

“ [Art. 47-A](#). Na hipótese de não serem informados os dados a que se refere o parágrafo único do art. 41 desta Consolidação, o empregador ficará sujeito à multa de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por empregado prejudicado.”

“Art. 58.

.....

[§ 2º](#) O tempo despendido pelo empregado desde a sua residência até a efetiva ocupação do posto de trabalho e para o seu retorno, caminhando ou por qualquer meio de transporte, inclusive o fornecido pelo empregador, não será computado na jornada de trabalho, por não ser tempo à disposição do empregador.

§ 3º (Revogado).” (NR)

“ [Art. 58-A](#). Considera-se trabalho em regime de tempo parcial aquele cuja duração não exceda a trinta horas semanais, sem a possibilidade de horas suplementares semanais, ou, ainda, aquele cuja duração não exceda a vinte e seis horas semanais, com a possibilidade de acréscimo de até seis horas suplementares semanais.

.....

[§ 3º](#) As horas suplementares à duração do trabalho semanal normal serão pagas com o acréscimo de 50% (cinquenta por cento) sobre o salário-hora normal.

§ 4º Na hipótese de o contrato de trabalho em regime de tempo parcial ser estabelecido em número inferior a vinte e seis horas semanais, as horas suplementares a este quantitativo serão consideradas horas extras para fins do pagamento estipulado no § 3º, estando também limitadas a seis horas suplementares semanais.

§ 5º As horas suplementares da jornada de trabalho normal poderão ser compensadas diretamente até a semana imediatamente posterior à da sua execução, devendo ser feita a sua quitação na folha de pagamento do mês subsequente, caso não sejam compensadas.

§ 6º É facultado ao empregado contratado sob regime de tempo parcial converter um terço do período de férias a que tiver direito em abono pecuniário.

§ 7º As férias do regime de tempo parcial são regidas pelo disposto no art. 130 desta Consolidação.” (NR)

“ [Art. 59](#). A duração diária do trabalho poderá ser acrescida de horas extras, em número não excedente de duas, por acordo individual, convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho.

[§ 1º](#) A remuneração da hora extra será, pelo menos, 50% (cinquenta por cento) superior à da hora normal.

.....

[§ 3º](#) Na hipótese de rescisão do contrato de trabalho sem que tenha havido a compensação integral da jornada extraordinária, na forma dos §§ 2º e 5º deste artigo, o trabalhador terá direito ao pagamento das horas extras não compensadas, calculadas sobre o valor da remuneração na data da rescisão.

§ 4º (Revogado).

[§ 5º](#) O banco de horas de que trata o § 2º deste artigo poderá ser pactuado por acordo individual escrito, desde que a compensação ocorra no período máximo de seis meses.

§ 6º É lícito o regime de compensação de jornada estabelecido por acordo individual, tácito ou escrito, para a compensação no mesmo mês.” (NR)

“ [Art. 59-A.](#) Em exceção ao disposto no art. 59 desta Consolidação, é facultado às partes, mediante acordo individual escrito, convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho, estabelecer horário de trabalho de doze horas seguidas por trinta e seis horas ininterruptas de descanso, observados ou indenizados os intervalos para repouso e alimentação.

Parágrafo único. A remuneração mensal pactuada pelo horário previsto no **caput** deste artigo abrange os pagamentos devidos pelo descanso semanal remunerado e pelo descanso em feriados, e serão considerados compensados os feriados e as prorrogações de trabalho noturno, quando houver, de que tratam o art. 70 e o § 5º do art. 73 desta Consolidação.”

“ [Art. 59-B.](#) O não atendimento das exigências legais para compensação de jornada, inclusive quando estabelecida mediante acordo tácito, não implica a repetição do pagamento das horas excedentes à jornada normal diária se não ultrapassada a duração máxima semanal, sendo devido apenas o respectivo adicional.

Parágrafo único. A prestação de horas extras habituais não descaracteriza o acordo de compensação de jornada e o banco de horas.”

“Art. 60.

[Parágrafo único.](#) Excetua-se da exigência de licença prévia as jornadas de doze horas de trabalho por trinta e seis horas ininterruptas de descanso.” (NR)

“Art. 61.

[§ 1º](#) O excesso, nos casos deste artigo, pode ser exigido independentemente de convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho.

.....” (NR)

“Art. 62.

.....

[III](#) - os empregados em regime de teletrabalho.

.....” (NR)

“Art. 71.

.....

[§ 4º](#) A não concessão ou a concessão parcial do intervalo intrajornada mínimo, para repouso e alimentação, a empregados urbanos e rurais, implica o pagamento, de natureza indenizatória, apenas do período suprimido, com acréscimo de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor da remuneração da hora normal de trabalho.

.....” (NR)

“ [TÍTULO II](#)

.....

[CAPÍTULO II-A](#)

DO TELETRABALHO

‘ [Art. 75-A](#). A prestação de serviços pelo empregado em regime de teletrabalho observará o disposto neste Capítulo.’

‘[Art. 75-B](#). Considera-se teletrabalho a prestação de serviços preponderantemente fora das dependências do empregador, com a utilização de tecnologias de informação e de comunicação que, por sua natureza, não se constituam como trabalho externo.

Parágrafo único. O comparecimento às dependências do empregador para a realização de atividades específicas que exijam a presença do empregado no estabelecimento não descaracteriza o regime de teletrabalho.’

‘[Art. 75-C](#). A prestação de serviços na modalidade de teletrabalho deverá constar expressamente do contrato individual de trabalho, que especificará as atividades que serão realizadas pelo empregado.

§ 1º Poderá ser realizada a alteração entre regime presencial e de teletrabalho desde que haja mútuo acordo entre as partes, registrado em aditivo contratual.

§ 2º Poderá ser realizada a alteração do regime de teletrabalho para o presencial por determinação do empregador, garantido prazo de transição mínimo de quinze dias, com correspondente registro em aditivo contratual.’

‘[Art. 75-D](#). As disposições relativas à responsabilidade pela aquisição, manutenção ou fornecimento dos equipamentos tecnológicos e da infraestrutura necessária e adequada à prestação do trabalho remoto, bem como ao reembolso de despesas arcadas pelo empregado, serão previstas em contrato escrito.

Parágrafo único. As utilidades mencionadas no **caput** deste artigo não integram a remuneração do empregado.’

‘[Art. 75-E](#). O empregador deverá instruir os empregados, de maneira expressa e ostensiva, quanto às precauções a tomar a fim de evitar doenças e acidentes de trabalho.

Parágrafo único. O empregado deverá assinar termo de responsabilidade comprometendo-se a seguir as instruções fornecidas pelo empregador.’”

“Art. 134.

§ 1º Desde que haja concordância do empregado, as férias poderão ser usufruídas em até três períodos, sendo que um deles não poderá ser inferior a quatorze dias corridos e os demais não poderão ser inferiores a cinco dias corridos, cada um.

§ 2º (Revogado).

§ 3º É vedado o início das férias no período de dois dias que antecede feriado ou dia de repouso semanal remunerado.” (NR)

“ [TÍTULO II-A](#)

DO DANO EXTRAPATRIMONIAL

‘[Art. 223-A](#). Aplicam-se à reparação de danos de natureza extrapatrimonial decorrentes da relação de trabalho apenas os dispositivos deste Título.’

‘[Art. 223-B](#). Causa dano de natureza extrapatrimonial a ação ou omissão que ofenda a esfera moral ou existencial da pessoa física ou jurídica, as quais são as titulares exclusivas do direito à reparação.’

‘[Art. 223-C](#). A honra, a imagem, a intimidade, a liberdade de ação, a autoestima, a sexualidade, a saúde, o lazer e a integridade física são os bens juridicamente tutelados inerentes à pessoa física.’

'Art. 223-D. A imagem, a marca, o nome, o segredo empresarial e o sigilo da correspondência são bens juridicamente tutelados inerentes à pessoa jurídica.'

'Art. 223-E. São responsáveis pelo dano extrapatrimonial todos os que tenham colaborado para a ofensa ao bem jurídico tutelado, na proporção da ação ou da omissão.'

'Art. 223-F. A reparação por danos extrapatrimoniais pode ser pedida cumulativamente com a indenização por danos materiais decorrentes do mesmo ato lesivo.

§ 1º Se houver cumulação de pedidos, o juízo, ao proferir a decisão, discriminará os valores das indenizações a título de danos patrimoniais e das reparações por danos de natureza extrapatrimonial.

§ 2º A composição das perdas e danos, assim compreendidos os lucros cessantes e os danos emergentes, não interfere na avaliação dos danos extrapatrimoniais.'

'Art. 223-G. Ao apreciar o pedido, o juízo considerará:

- I - a natureza do bem jurídico tutelado;
- II - a intensidade do sofrimento ou da humilhação;
- III - a possibilidade de superação física ou psicológica;
- IV - os reflexos pessoais e sociais da ação ou da omissão;
- V - a extensão e a duração dos efeitos da ofensa;
- VI - as condições em que ocorreu a ofensa ou o prejuízo moral;
- VII - o grau de dolo ou culpa;
- VIII - a ocorrência de retratação espontânea;
- IX - o esforço efetivo para minimizar a ofensa;
- X - o perdão, tácito ou expresso;
- XI - a situação social e econômica das partes envolvidas;
- XII - o grau de publicidade da ofensa.

§ 1º Se julgar procedente o pedido, o juízo fixará a indenização a ser paga, a cada um dos ofendidos, em um dos seguintes parâmetros, vedada a acumulação:

- I - ofensa de natureza leve, até três vezes o último salário contratual do ofendido;
- II - ofensa de natureza média, até cinco vezes o último salário contratual do ofendido;
- III - ofensa de natureza grave, até vinte vezes o último salário contratual do ofendido;
- IV - ofensa de natureza gravíssima, até cinquenta vezes o último salário contratual do ofendido.

§ 2º Se o ofendido for pessoa jurídica, a indenização será fixada com observância dos mesmos parâmetros estabelecidos no § 1º deste artigo, mas em relação ao salário contratual do ofensor.

§ 3º Na reincidência entre partes idênticas, o juízo poderá elevar ao dobro o valor da indenização.'''

“Art. 394-A. Sem prejuízo de sua remuneração, nesta incluído o valor do adicional de insalubridade, a empregada deverá ser afastada de:

I - atividades consideradas insalubres em grau máximo, enquanto durar a gestação;

II - atividades consideradas insalubres em grau médio ou mínimo, quando apresentar atestado de saúde, emitido por médico de confiança da mulher, que recomende o afastamento durante a gestação; [\(Vide ADIN 5938\)](#)

III - atividades consideradas insalubres em qualquer grau, quando apresentar atestado de saúde, emitido por médico de confiança da mulher, que recomende o afastamento durante a lactação. [\(Vide ADIN 5938\)](#)

§ 1º.....

§ 2º Cabe à empresa pagar o adicional de insalubridade à gestante ou à lactante, efetivando-se a compensação, observado o disposto no art. 248 da Constituição Federal, por ocasião do recolhimento das contribuições incidentes sobre a folha de salários e demais rendimentos pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço.

§ 3º Quando não for possível que a gestante ou a lactante afastada nos termos do **caput** deste artigo exerça suas atividades em local salubre na empresa, a hipótese será considerada como gravidez de risco e ensejará a percepção de salário-maternidade, nos termos da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, durante todo o período de afastamento.” (NR)

“Art. 396.

§ 1º.....

§ 2º Os horários dos descansos previstos no **caput** deste artigo deverão ser definidos em acordo individual entre a mulher e o empregador.” (NR)

“Art. 442-B. A contratação do autônomo, cumpridas por este todas as formalidades legais, com ou sem exclusividade, de forma contínua ou não, afasta a qualidade de empregado prevista no art. 3º desta Consolidação.”

“Art. 443. O contrato individual de trabalho poderá ser acordado tácita ou expressamente, verbalmente ou por escrito, por prazo determinado ou indeterminado, ou para prestação de trabalho intermitente.

.....

§ 3º Considera-se como intermitente o contrato de trabalho no qual a prestação de serviços, com subordinação, não é contínua, ocorrendo com alternância de períodos de prestação de serviços e de inatividade, determinados em horas, dias ou meses, independentemente do tipo de atividade do empregado e do empregador, exceto para os aeronautas, regidos por legislação própria.” (NR)

“Art. 444.

Parágrafo único. A livre estipulação a que se refere o **caput** deste artigo aplica-se às hipóteses previstas no art. 611-A desta Consolidação, com a mesma eficácia legal e preponderância sobre os instrumentos coletivos, no caso de empregado portador de diploma de nível superior e que perceba salário mensal igual ou superior a duas vezes o limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social.” (NR)

“Art. 448-A. Caracterizada a sucessão empresarial ou de empregadores prevista nos arts. 10 e 448 desta Consolidação, as obrigações trabalhistas, inclusive as contraídas à época em que os empregados trabalhavam para a empresa sucedida, são de responsabilidade do sucessor.

Parágrafo único. A empresa sucedida responderá solidariamente com a sucessora quando ficar comprovada fraude na transferência.”

“Art. 452-A. O contrato de trabalho intermitente deve ser celebrado por escrito e deve conter especificamente o valor da hora de trabalho, que não pode ser inferior ao valor horário do salário mínimo ou àquele devido aos demais empregados do estabelecimento que exerçam a mesma função em contrato intermitente ou não.

§ 1º O empregador convocará, por qualquer meio de comunicação eficaz, para a prestação de serviços, informando qual será a jornada, com, pelo menos, três dias corridos de antecedência.

§ 2º Recebida a convocação, o empregado terá o prazo de um dia útil para responder ao chamado, presumindo-se, no silêncio, a recusa.

§ 3º A recusa da oferta não descaracteriza a subordinação para fins do contrato de trabalho intermitente.

§ 4º Aceita a oferta para o comparecimento ao trabalho, a parte que descumprir, sem justo motivo, pagará à outra parte, no prazo de trinta dias, multa de 50% (cinquenta por cento) da remuneração que seria devida, permitida a compensação em igual prazo.

§ 5º O período de inatividade não será considerado tempo à disposição do empregador, podendo o trabalhador prestar serviços a outros contratantes.

§ 6º Ao final de cada período de prestação de serviço, o empregado receberá o pagamento imediato das seguintes parcelas:

- I - remuneração;
- II - férias proporcionais com acréscimo de um terço;
- III - décimo terceiro salário proporcional;
- IV - repouso semanal remunerado; e
- V - adicionais legais.

§ 7º O recibo de pagamento deverá conter a discriminação dos valores pagos relativos a cada uma das parcelas referidas no § 6º deste artigo.

§ 8º O empregador efetuará o recolhimento da contribuição previdenciária e o depósito do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, na forma da lei, com base nos valores pagos no período mensal e fornecerá ao empregado comprovante do cumprimento dessas obrigações.

§ 9º A cada doze meses, o empregado adquire direito a usufruir, nos doze meses subsequentes, um mês de férias, período no qual não poderá ser convocado para prestar serviços pelo mesmo empregador.”

“Art. 456-A. Cabe ao empregador definir o padrão de vestimenta no meio ambiente laboral, sendo lícita a inclusão no uniforme de logomarcas da própria empresa ou de empresas parceiras e de outros itens de identificação relacionados à atividade desempenhada.

Parágrafo único. A higienização do uniforme é de responsabilidade do trabalhador, salvo nas hipóteses em que forem necessários procedimentos ou produtos diferentes dos utilizados para a higienização das vestimentas de uso comum.”

“Art. 457.

§ 1º Integram o salário a importância fixa estipulada, as gratificações legais e as comissões pagas pelo empregador.

§ 2º As importâncias, ainda que habituais, pagas a título de ajuda de custo, auxílio-alimentação, vedado seu pagamento em dinheiro, diárias para viagem, prêmios e abonos

não integram a remuneração do empregado, não se incorporam ao contrato de trabalho e não constituem base de incidência de qualquer encargo trabalhista e previdenciário.

.....

§ 4º Consideram-se prêmios as liberalidades concedidas pelo empregador em forma de bens, serviços ou valor em dinheiro a empregado ou a grupo de empregados, em razão de desempenho superior ao ordinariamente esperado no exercício de suas atividades.” (NR)

“Art. 458.

.....

§ 5º O valor relativo à assistência prestada por serviço médico ou odontológico, próprio ou não, inclusive o reembolso de despesas com medicamentos, óculos, aparelhos ortopédicos, próteses, órteses, despesas médico-hospitalares e outras similares, mesmo quando concedido em diferentes modalidades de planos e coberturas, não integram o salário do empregado para qualquer efeito nem o salário de contribuição, para efeitos do previsto na alínea q do § 9º do art. 28 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.”(NR)

“Art. 461. Sendo idêntica a função, a todo trabalho de igual valor, prestado ao mesmo empregador, no mesmo estabelecimento empresarial, corresponderá igual salário, sem distinção de sexo, etnia, nacionalidade ou idade.

§ 1º Trabalho de igual valor, para os fins deste Capítulo, será o que for feito com igual produtividade e com a mesma perfeição técnica, entre pessoas cuja diferença de tempo de serviço para o mesmo empregador não seja superior a quatro anos e a diferença de tempo na função não seja superior a dois anos.

§ 2º Os dispositivos deste artigo não prevalecerão quando o empregador tiver pessoal organizado em quadro de carreira ou adotar, por meio de norma interna da empresa ou de negociação coletiva, plano de cargos e salários, dispensada qualquer forma de homologação ou registro em órgão público.

§ 3º No caso do § 2º deste artigo, as promoções poderão ser feitas por merecimento e por antiguidade, ou por apenas um destes critérios, dentro de cada categoria profissional.

.....

§ 5º A equiparação salarial só será possível entre empregados contemporâneos no cargo ou na função, ficando vedada a indicação de paradigmas remotos, ainda que o paradigma contemporâneo tenha obtido a vantagem em ação judicial própria.

§ 6º No caso de comprovada discriminação por motivo de sexo ou etnia, o juízo determinará, além do pagamento das diferenças salariais devidas, multa, em favor do empregado discriminado, no valor de 50% (cinquenta por cento) do limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social.” (NR)

“Art. 468.

§ 1º.....

§ 2º A alteração de que trata o § 1º deste artigo, com ou sem justo motivo, não assegura ao empregado o direito à manutenção do pagamento da gratificação correspondente, que não será incorporada, independentemente do tempo de exercício da respectiva função.” (NR)

“Art. 477. Na extinção do contrato de trabalho, o empregador deverá proceder à anotação na Carteira de Trabalho e Previdência Social, comunicar a dispensa aos órgãos competentes e realizar o pagamento das verbas rescisórias no prazo e na forma estabelecidos neste artigo.

§ 1º (Revogado).

.....
§ 3º (Revogado).

§ 4º O pagamento a que fizer jus o empregado será efetuado:

I - em dinheiro, depósito bancário ou cheque visado, conforme acordem as partes; ou

II - em dinheiro ou depósito bancário quando o empregado for analfabeto.
.....

§ 6º A entrega ao empregado de documentos que comprovem a comunicação da extinção contratual aos órgãos competentes bem como o pagamento dos valores constantes do instrumento de rescisão ou recibo de quitação deverão ser efetuados até dez dias contados a partir do término do contrato.

a) (revogada);

b) (revogada).

§ 7º (Revogado).
.....

§ 10. A anotação da extinção do contrato na Carteira de Trabalho e Previdência Social é documento hábil para requerer o benefício do seguro-desemprego e a movimentação da conta vinculada no Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, nas hipóteses legais, desde que a comunicação prevista no **caput** deste artigo tenha sido realizada.” (NR)

“Art. 477-A. As dispensas imotivadas individuais, plúrimas ou coletivas equiparam-se para todos os fins, não havendo necessidade de autorização prévia de entidade sindical ou de celebração de convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho para sua efetivação.”

“Art. 477-B. Plano de Demissão Voluntária ou Incentivada, para dispensa individual, plúrima ou coletiva, previsto em convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho, enseja quitação plena e irrevogável dos direitos decorrentes da relação empregatícia, salvo disposição em contrário estipulada entre as partes.”

“Art. 482.
.....

m) perda da habilitação ou dos requisitos estabelecidos em lei para o exercício da profissão, em decorrência de conduta dolosa do empregado.

.....” (NR)

“Art. 484-A. O contrato de trabalho poderá ser extinto por acordo entre empregado e empregador, caso em que serão devidas as seguintes verbas trabalhistas:

I - por metade:

a) o aviso prévio, se indenizado; e

b) a indenização sobre o saldo do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, prevista no § 1º do art. 18 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990;

II - na integralidade, as demais verbas trabalhistas.

§ 1º A extinção do contrato prevista no **caput** deste artigo permite a movimentação da conta vinculada do trabalhador no Fundo de Garantia do Tempo de Serviço na forma do

inciso I-A do art. 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, limitada até 80% (oitenta por cento) do valor dos depósitos.

§ 2º A extinção do contrato por acordo prevista no **caput** deste artigo não autoriza o ingresso no Programa de Seguro-Desemprego.”

“Art. 507-A. Nos contratos individuais de trabalho cuja remuneração seja superior a duas vezes o limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social, poderá ser pactuada cláusula compromissória de arbitragem, desde que por iniciativa do empregado ou mediante a sua concordância expressa, nos termos previstos na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996.”

“Art. 507-B. É facultado a empregados e empregadores, na vigência ou não do contrato de emprego, firmar o termo de quitação anual de obrigações trabalhistas, perante o sindicato dos empregados da categoria.

Parágrafo único. O termo discriminará as obrigações de dar e fazer cumpridas mensalmente e dele constará a quitação anual dada pelo empregado, com eficácia liberatória das parcelas nele especificadas.”

“ TÍTULO IV-A

DA REPRESENTAÇÃO DOS EMPREGADOS

‘Art. 510-A. Nas empresas com mais de duzentos empregados, é assegurada a eleição de uma comissão para representá-los, com a finalidade de promover-lhes o entendimento direto com os empregadores.

§ 1º A comissão será composta:

- I - nas empresas com mais de duzentos e até três mil empregados, por três membros;
- II - nas empresas com mais de três mil e até cinco mil empregados, por cinco membros;
- III - nas empresas com mais de cinco mil empregados, por sete membros.

§ 2º No caso de a empresa possuir empregados em vários Estados da Federação e no Distrito Federal, será assegurada a eleição de uma comissão de representantes dos empregados por Estado ou no Distrito Federal, na mesma forma estabelecida no § 1º deste artigo.’

‘Art. 510-B. A comissão de representantes dos empregados terá as seguintes atribuições:

- I - representar os empregados perante a administração da empresa;
- II - aprimorar o relacionamento entre a empresa e seus empregados com base nos princípios da boa-fé e do respeito mútuo;
- III - promover o diálogo e o entendimento no ambiente de trabalho com o fim de prevenir conflitos;
- IV - buscar soluções para os conflitos decorrentes da relação de trabalho, de forma rápida e eficaz, visando à efetiva aplicação das normas legais e contratuais;
- V - assegurar tratamento justo e imparcial aos empregados, impedindo qualquer forma de discriminação por motivo de sexo, idade, religião, opinião política ou atuação sindical;
- VI - encaminhar reivindicações específicas dos empregados de seu âmbito de representação;

VII - acompanhar o cumprimento das leis trabalhistas, previdenciárias e das convenções coletivas e acordos coletivos de trabalho.

§ 1º As decisões da comissão de representantes dos empregados serão sempre colegiadas, observada a maioria simples.

§ 2º A comissão organizará sua atuação de forma independente.’

‘Art. 510-C. A eleição será convocada, com antecedência mínima de trinta dias, contados do término do mandato anterior, por meio de edital que deverá ser fixado na empresa, com ampla publicidade, para inscrição de candidatura.

§ 1º Será formada comissão eleitoral, integrada por cinco empregados, não candidatos, para a organização e o acompanhamento do processo eleitoral, vedada a interferência da empresa e do sindicato da categoria.

§ 2º Os empregados da empresa poderão candidatar-se, exceto aqueles com contrato de trabalho por prazo determinado, com contrato suspenso ou que estejam em período de aviso prévio, ainda que indenizado.

§ 3º Serão eleitos membros da comissão de representantes dos empregados os candidatos mais votados, em votação secreta, vedado o voto por representação.

§ 4º A comissão tomará posse no primeiro dia útil seguinte à eleição ou ao término do mandato anterior.

§ 5º Se não houver candidatos suficientes, a comissão de representantes dos empregados poderá ser formada com número de membros inferior ao previsto no art. 510-A desta Consolidação.

§ 6º Se não houver registro de candidatura, será lavrada ata e convocada nova eleição no prazo de um ano.’

‘Art. 510-D. O mandato dos membros da comissão de representantes dos empregados será de um ano.

§ 1º O membro que houver exercido a função de representante dos empregados na comissão não poderá ser candidato nos dois períodos subsequentes.

§ 2º O mandato de membro de comissão de representantes dos empregados não implica suspensão ou interrupção do contrato de trabalho, devendo o empregado permanecer no exercício de suas funções.

§ 3º Desde o registro da candidatura até um ano após o fim do mandato, o membro da comissão de representantes dos empregados não poderá sofrer despedida arbitrária, entendendo-se como tal a que não se fundar em motivo disciplinar, técnico, econômico ou financeiro.

§ 4º Os documentos referentes ao processo eleitoral devem ser emitidos em duas vias, as quais permanecerão sob a guarda dos empregados e da empresa pelo prazo de cinco anos, à disposição para consulta de qualquer trabalhador interessado, do Ministério Público do Trabalho e do Ministério do Trabalho.”

“Art. 545. Os empregadores ficam obrigados a descontar da folha de pagamento dos seus empregados, desde que por eles devidamente autorizados, as contribuições devidas ao sindicato, quando por este notificados.

.....” (NR)

“Art. 578. As contribuições devidas aos sindicatos pelos participantes das categorias econômicas ou profissionais ou das profissões liberais representadas pelas referidas entidades serão, sob a denominação de contribuição sindical, pagas, recolhidas e aplicadas na forma estabelecida neste Capítulo, desde que prévia e expressamente autorizadas.” (NR)

“Art. 579. O desconto da contribuição sindical está condicionado à autorização prévia e expressa dos que participarem de uma determinada categoria econômica ou profissional, ou de uma profissão liberal, em favor do sindicato representativo da mesma categoria ou profissão ou, inexistindo este, na conformidade do disposto no art. 591 desta Consolidação.” (NR)

“Art. 582. Os empregadores são obrigados a descontar da folha de pagamento de seus empregados relativa ao mês de março de cada ano a contribuição sindical dos empregados que autorizaram prévia e expressamente o seu recolhimento aos respectivos sindicatos.

.....” (NR)

“Art. 583. O recolhimento da contribuição sindical referente aos empregados e trabalhadores avulsos será efetuado no mês de abril de cada ano, e o relativo aos agentes ou trabalhadores autônomos e profissionais liberais realizar-se-á no mês de fevereiro, observada a exigência de autorização prévia e expressa prevista no art. 579 desta Consolidação.

.....” (NR)

“Art. 587. Os empregadores que optarem pelo recolhimento da contribuição sindical deverão fazê-lo no mês de janeiro de cada ano, ou, para os que venham a se estabelecer após o referido mês, na ocasião em que requererem às repartições o registro ou a licença para o exercício da respectiva atividade.” (NR)

“Art. 602. Os empregados que não estiverem trabalhando no mês destinado ao desconto da contribuição sindical e que venham a autorizar prévia e expressamente o recolhimento serão descontados no primeiro mês subsequente ao do reinício do trabalho.

.....” (NR)

“Art. 611-A. A convenção coletiva e o acordo coletivo de trabalho têm prevalência sobre a lei quando, entre outros, dispuserem sobre:

I - pacto quanto à jornada de trabalho, observados os limites constitucionais;

II - banco de horas anual;

III - intervalo intrajornada, respeitado o limite mínimo de trinta minutos para jornadas superiores a seis horas;

IV - adesão ao Programa Seguro-Emprego (PSE), de que trata a [Lei nº 13.189, de 19 de novembro de 2015](#);

V - plano de cargos, salários e funções compatíveis com a condição pessoal do empregado, bem como identificação dos cargos que se enquadram como funções de confiança;

VI - regulamento empresarial;

VII - representante dos trabalhadores no local de trabalho;

VIII - teletrabalho, regime de sobreaviso, e trabalho intermitente;

IX - remuneração por produtividade, incluídas as gorjetas percebidas pelo empregado, e remuneração por desempenho individual;

X - modalidade de registro de jornada de trabalho;

XI - troca do dia de feriado;

XII - enquadramento do grau de insalubridade;

XIII - prorrogação de jornada em ambientes insalubres, sem licença prévia das autoridades competentes do Ministério do Trabalho;

XIV - prêmios de incentivo em bens ou serviços, eventualmente concedidos em programas de incentivo;

XV - participação nos lucros ou resultados da empresa.

§ 1º No exame da convenção coletiva ou do acordo coletivo de trabalho, a Justiça do Trabalho observará o disposto no § 3º do art. 8º desta Consolidação.

§ 2º A inexistência de expressa indicação de contrapartidas recíprocas em convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho não ensejará sua nulidade por não caracterizar um vício do negócio jurídico.

§ 3º Se for pactuada cláusula que reduza o salário ou a jornada, a convenção coletiva ou o acordo coletivo de trabalho deverão prever a proteção dos empregados contra dispensa imotivada durante o prazo de vigência do instrumento coletivo.

§ 4º Na hipótese de procedência de ação anulatória de cláusula de convenção coletiva ou de acordo coletivo de trabalho, quando houver a cláusula compensatória, esta deverá ser igualmente anulada, sem repetição do indébito.

§ 5º Os sindicatos subscritores de convenção coletiva ou de acordo coletivo de trabalho deverão participar, como litisconsortes necessários, em ação individual ou coletiva, que tenha como objeto a anulação de cláusulas desses instrumentos.”

“Art. 611-B. Constituem objeto ilícito de convenção coletiva ou de acordo coletivo de trabalho, exclusivamente, a supressão ou a redução dos seguintes direitos:

I - normas de identificação profissional, inclusive as anotações na Carteira de Trabalho e Previdência Social;

II - seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário;

III - valor dos depósitos mensais e da indenização rescisória do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

IV - salário mínimo;

V - valor nominal do décimo terceiro salário;

VI - remuneração do trabalho noturno superior à do diurno;

VII - proteção do salário na forma da lei, constituindo crime sua retenção dolosa;

VIII - salário-família;

IX - repouso semanal remunerado;

X - remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em 50% (cinquenta por cento) à do normal;

XI - número de dias de férias devidas ao empregado;

XII - gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;

XIII - licença-maternidade com a duração mínima de cento e vinte dias;

XIV - licença-paternidade nos termos fixados em lei;

XV - proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei;

XVI - aviso prévio proporcional ao tempo de serviço, sendo no mínimo de trinta dias, nos termos da lei;

XVII - normas de saúde, higiene e segurança do trabalho previstas em lei ou em normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho;

XVIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas;

XIX - aposentadoria;

XX - seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador;

XXI - ação, quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho, com prazo prescricional de cinco anos para os trabalhadores urbanos e rurais, até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho;

XXII - proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador com deficiência;

XXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos;

XXIV - medidas de proteção legal de crianças e adolescentes;

XXV - igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso;

XXVI - liberdade de associação profissional ou sindical do trabalhador, inclusive o direito de não sofrer, sem sua expressa e prévia anuência, qualquer cobrança ou desconto salarial estabelecidos em convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho;

XXVII - direito de greve, competindo aos trabalhadores decidir sobre a oportunidade de exercê-lo e sobre os interesses que devam por meio dele defender;

XXVIII - definição legal sobre os serviços ou atividades essenciais e disposições legais sobre o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade em caso de greve;

XXIX - tributos e outros créditos de terceiros;

XXX - as disposições previstas nos arts. 373-A, 390, 392, 392-A, 394, 394-A, 395, 396 e 400 desta Consolidação.

Parágrafo único. Regras sobre duração do trabalho e intervalos não são consideradas como normas de saúde, higiene e segurança do trabalho para os fins do disposto neste artigo."

"Art. 614.

.....

§ 3º Não será permitido estipular duração de convenção coletiva ou acordo coletivo de trabalho superior a dois anos, sendo vedada a ultratividade." (NR)

"Art. 620. As condições estabelecidas em acordo coletivo de trabalho sempre prevalecerão sobre as estipuladas em convenção coletiva de trabalho." (NR)

"Art. 634.

§ 1º.....

§ 2º Os valores das multas administrativas expressos em moeda corrente serão reajustados anualmente pela Taxa Referencial (TR), divulgada pelo Banco Central do Brasil, ou pelo índice que vier a substituí-lo.” (NR)

“Art. 652. Compete às Varas do Trabalho:

.....

f) decidir quanto à homologação de acordo extrajudicial em matéria de competência da Justiça do Trabalho.

.....” (NR)

“Art. 702.

I -

.....

f) estabelecer ou alterar súmulas e outros enunciados de jurisprudência uniforme, pelo voto de pelo menos dois terços de seus membros, caso a mesma matéria já tenha sido decidida de forma idêntica por unanimidade em, no mínimo, dois terços das turmas em pelo menos dez sessões diferentes em cada uma delas, podendo, ainda, por maioria de dois terços de seus membros, restringir os efeitos daquela declaração ou decidir que ela só tenha eficácia a partir de sua publicação no Diário Oficial;

.....

§ 3º As sessões de julgamento sobre estabelecimento ou alteração de súmulas e outros enunciados de jurisprudência deverão ser públicas, divulgadas com, no mínimo, trinta dias de antecedência, e deverão possibilitar a sustentação oral pelo Procurador-Geral do Trabalho, pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, pelo Advogado-Geral da União e por confederações sindicais ou entidades de classe de âmbito nacional.

§ 4º O estabelecimento ou a alteração de súmulas e outros enunciados de jurisprudência pelos Tribunais Regionais do Trabalho deverão observar o disposto na alínea f do inciso I e no § 3º deste artigo, com rol equivalente de legitimados para sustentação oral, observada a abrangência de sua circunscrição judiciária.” (NR)

“Art. 775. Os prazos estabelecidos neste Título serão contados em dias úteis, com exclusão do dia do começo e inclusão do dia do vencimento.

§ 1º Os prazos podem ser prorrogados, pelo tempo estritamente necessário, nas seguintes hipóteses:

I - quando o juízo entender necessário;

II - em virtude de força maior, devidamente comprovada.

§ 2º Ao juízo incumbe dilatar os prazos processuais e alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito.” (NR)

“Art. 789. Nos dissídios individuais e nos dissídios coletivos do trabalho, nas ações e procedimentos de competência da Justiça do Trabalho, bem como nas demandas propostas perante a Justiça Estadual, no exercício da jurisdição trabalhista, as custas relativas ao processo de conhecimento incidirão à base de 2% (dois por cento), observado o mínimo de R\$ 10,64 (dez reais e sessenta e quatro centavos) e o máximo de quatro vezes o limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social, e serão calculadas:

.....” (NR)

“Art. 790.

.....

§ 3º É facultado aos juízes, órgãos julgadores e presidentes dos tribunais do trabalho de qualquer instância conceder, a requerimento ou de ofício, o benefício da justiça gratuita, inclusive quanto a traslados e instrumentos, àqueles que perceberem salário igual ou inferior a 40% (quarenta por cento) do limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social.

§ 4º O benefício da justiça gratuita será concedido à parte que comprovar insuficiência de recursos para o pagamento das custas do processo.” (NR)

“Art. 790-B. A responsabilidade pelo pagamento dos honorários periciais é da parte sucumbente na pretensão objeto da perícia, ainda que beneficiária da justiça gratuita.

§ 1º Ao fixar o valor dos honorários periciais, o juízo deverá respeitar o limite máximo estabelecido pelo Conselho Superior da Justiça do Trabalho.

§ 2º O juízo poderá deferir parcelamento dos honorários periciais.

§ 3º O juízo não poderá exigir adiantamento de valores para realização de perícias.

§ 4º Somente no caso em que o beneficiário da justiça gratuita não tenha obtido em juízo créditos capazes de suportar a despesa referida no **caput**, ainda que em outro processo, a União responderá pelo encargo.” (NR)

“Art. 791-A. Ao advogado, ainda que atue em causa própria, serão devidos honorários de sucumbência, fixados entre o mínimo de 5% (cinco por cento) e o máximo de 15% (quinze por cento) sobre o valor que resultar da liquidação da sentença, do proveito econômico obtido ou, não sendo possível mensurá-lo, sobre o valor atualizado da causa.

§ 1º Os honorários são devidos também nas ações contra a Fazenda Pública e nas ações em que a parte estiver assistida ou substituída pelo sindicato de sua categoria.

§ 2º Ao fixar os honorários, o juízo observará:

I - o grau de zelo do profissional;

II - o lugar de prestação do serviço;

III - a natureza e a importância da causa;

IV - o trabalho realizado pelo advogado e o tempo exigido para o seu serviço.

§ 3º Na hipótese de procedência parcial, o juízo arbitraré honorários de sucumbência recíproca, vedada a compensação entre os honorários.

§ 4º Vencido o beneficiário da justiça gratuita, desde que não tenha obtido em juízo, ainda que em outro processo, créditos capazes de suportar a despesa, as obrigações decorrentes de sua sucumbência ficarão sob condição suspensiva de exigibilidade e somente poderão ser executadas se, nos dois anos subsequentes ao trânsito em julgado da decisão que as certificou, o credor demonstrar que deixou de existir a situação de insuficiência de recursos que justificou a concessão de gratuidade, extinguindo-se, passado esse prazo, tais obrigações do beneficiário.

§ 5º São devidos honorários de sucumbência na reconvenção.”

“ TÍTULO X

.....

CAPÍTULO II

Seção IV-A

Da Responsabilidade por Dano Processual

'Art. 793-A. Responde por perdas e danos aquele que litigar de má-fé como reclamante, reclamado ou interveniente.'

'Art. 793-B. Considera-se litigante de má-fé aquele que:

- I - deduzir pretensão ou defesa contra texto expresso de lei ou fato incontroverso;
- II - alterar a verdade dos fatos;
- III - usar do processo para conseguir objetivo ilegal;
- IV - opuser resistência injustificada ao andamento do processo;
- V - proceder de modo temerário em qualquer incidente ou ato do processo;
- VI - provocar incidente manifestamente infundado;
- VII - interpor recurso com intuito manifestamente protelatório.'

'Art. 793-C. De ofício ou a requerimento, o juízo condenará o litigante de má-fé a pagar multa, que deverá ser superior a 1% (um por cento) e inferior a 10% (dez por cento) do valor corrigido da causa, a indenizar a parte contrária pelos prejuízos que esta sofreu e a arcar com os honorários advocatícios e com todas as despesas que efetuou.

§ 1º Quando forem dois ou mais os litigantes de má-fé, o juízo condenará cada um na proporção de seu respectivo interesse na causa ou solidariamente aqueles que se coligaram para lesar a parte contrária.

§ 2º Quando o valor da causa for irrisório ou inestimável, a multa poderá ser fixada em até duas vezes o limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social.

§ 3º O valor da indenização será fixado pelo juízo ou, caso não seja possível mensurá-lo, liquidado por arbitramento ou pelo procedimento comum, nos próprios autos.'

'Art. 793-D. Aplica-se a multa prevista no art. 793-C desta Consolidação à testemunha que intencionalmente alterar a verdade dos fatos ou omitir fatos essenciais ao julgamento da causa.

Parágrafo único. A execução da multa prevista neste artigo dar-se-á nos mesmos autos.'"

"Art. 800. Apresentada exceção de incompetência territorial no prazo de cinco dias a contar da notificação, antes da audiência e em peça que sinalize a existência desta exceção, seguir-se-á o procedimento estabelecido neste artigo.

§ 1º Protocolada a petição, será suspenso o processo e não se realizará a audiência a que se refere o art. 843 desta Consolidação até que se decida a exceção.

§ 2º Os autos serão imediatamente conclusos ao juiz, que intimará o reclamante e, se existentes, os litisconsortes, para manifestação no prazo comum de cinco dias.

§ 3º Se entender necessária a produção de prova oral, o juízo designará audiência, garantindo o direito de o excipiente e de suas testemunhas serem ouvidos, por carta precatória, no juízo que este houver indicado como competente.

§ 4º Decidida a exceção de incompetência territorial, o processo retomará seu curso, com a designação de audiência, a apresentação de defesa e a instrução processual perante o juízo competente.” (NR)

“[Art. 818.](#) O ônus da prova incumbe:

I - ao reclamante, quanto ao fato constitutivo de seu direito;

II - ao reclamado, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do reclamante.

§ 1º Nos casos previstos em lei ou diante de peculiaridades da causa relacionadas à impossibilidade ou à excessiva dificuldade de cumprir o encargo nos termos deste artigo ou à maior facilidade de obtenção da prova do fato contrário, poderá o juízo atribuir o ônus da prova de modo diverso, desde que o faça por decisão fundamentada, caso em que deverá dar à parte a oportunidade de se desincumbir do ônus que lhe foi atribuído.

§ 2º A decisão referida no § 1º deste artigo deverá ser proferida antes da abertura da instrução e, a requerimento da parte, implicará o adiamento da audiência e possibilitará provar os fatos por qualquer meio em direito admitido.

§ 3º A decisão referida no § 1º deste artigo não pode gerar situação em que a desincumbência do encargo pela parte seja impossível ou excessivamente difícil.” (NR)

“Art. 840.

[§ 1º](#) Sendo escrita, a reclamação deverá conter a designação do juízo, a qualificação das partes, a breve exposição dos fatos de que resulte o dissídio, o pedido, que deverá ser certo, determinado e com indicação de seu valor, a data e a assinatura do reclamante ou de seu representante.

[§ 2º](#) Se verbal, a reclamação será reduzida a termo, em duas vias datadas e assinadas pelo escrivão ou secretário, observado, no que couber, o disposto no § 1º deste artigo.

§ 3º Os pedidos que não atendam ao disposto no § 1º deste artigo serão julgados extintos sem resolução do mérito.” (NR)

“Art. 841.

.....

[§ 3º](#) Oferecida a contestação, ainda que eletronicamente, o reclamante não poderá, sem o consentimento do reclamado, desistir da ação.” (NR)

“Art. 843.

.....

[§ 3º](#) O preposto a que se refere o § 1º deste artigo não precisa ser empregado da parte reclamada.” (NR)

“Art. 844.

[§ 1º](#) Ocorrendo motivo relevante, poderá o juiz suspender o julgamento, designando nova audiência.

§ 2º Na hipótese de ausência do reclamante, este será condenado ao pagamento das custas calculadas na forma do art. 789 desta Consolidação, ainda que beneficiário da justiça gratuita, salvo se comprovar, no prazo de quinze dias, que a ausência ocorreu por motivo legalmente justificável.

§ 3º O pagamento das custas a que se refere o § 2º é condição para a propositura de nova demanda.

§ 4º A revelia não produz o efeito mencionado no **caput** deste artigo se:

I - havendo pluralidade de reclamados, algum deles contestar a ação;

II - o litígio versar sobre direitos indisponíveis;

III - a petição inicial não estiver acompanhada de instrumento que a lei considere indispensável à prova do ato;

IV - as alegações de fato formuladas pelo reclamante forem inverossímeis ou estiverem em contradição com prova constante dos autos.

§ 5º Ainda que ausente o reclamado, presente o advogado na audiência, serão aceitos a contestação e os documentos eventualmente apresentados.”(NR)

“Art. 847.

Parágrafo único. A parte poderá apresentar defesa escrita pelo sistema de processo judicial eletrônico até a audiência.” (NR)

“ TÍTULO X

.....

CAPÍTULO III

.....

Seção IV

Do Incidente de Desconsideração da

Persona lidade Jurídica

‘Art. 855-A. Aplica-se ao processo do trabalho o incidente de desconsideração da personalidade jurídica previsto nos arts. 133 a 137 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 - Código de Processo Civil.

§ 1º Da decisão interlocutória que acolher ou rejeitar o incidente:

I - na fase de cognição, não cabe recurso de imediato, na forma do § 1º do art. 893 desta Consolidação;

II - na fase de execução, cabe agravo de petição, independentemente de garantia do juízo;

III - cabe agravo interno se proferida pelo relator em incidente instaurado originariamente no tribunal.

§ 2º A instauração do incidente suspenderá o processo, sem prejuízo de concessão da tutela de urgência de natureza cautelar de que trata o art. 301 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil).’

CAPÍTULO III-A

DO PROCESSO DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA

PARA HOMOLOGAÇÃO DE ACORDO EXTRAJUDICIAL

'Art. 855-B. O processo de homologação de acordo extrajudicial terá início por petição conjunta, sendo obrigatória a representação das partes por advogado.

§ 1º As partes não poderão ser representadas por advogado comum.

§ 2º Faculta-se ao trabalhador ser assistido pelo advogado do sindicato de sua categoria.'

'Art. 855-C. O disposto neste Capítulo não prejudica o prazo estabelecido no § 6º do art. 477 desta Consolidação e não afasta a aplicação da multa prevista no § 8º art. 477 desta Consolidação.'

'Art. 855-D. No prazo de quinze dias a contar da distribuição da petição, o juiz analisará o acordo, designará audiência se entender necessário e proferirá sentença.'

'Art. 855-E. A petição de homologação de acordo extrajudicial suspende o prazo prescricional da ação quanto aos direitos nela especificados.

Parágrafo único. O prazo prescricional voltará a fluir no dia útil seguinte ao do trânsito em julgado da decisão que negar a homologação do acordo.”

“Art. 876.

Parágrafo único. A Justiça do Trabalho executará, de ofício, as contribuições sociais previstas na alínea a do inciso I e no inciso II do caput do art. 195 da Constituição Federal, e seus acréscimos legais, relativas ao objeto da condenação constante das sentenças que proferir e dos acordos que homologar.” (NR)

“Art. 878. A execução será promovida pelas partes, permitida a execução de ofício pelo juiz ou pelo Presidente do Tribunal apenas nos casos em que as partes não estiverem representadas por advogado.

Parágrafo único. (Revogado).” (NR)

“Art. 879.

.....

§ 2º Elaborada a conta e tornada líquida, o juízo deverá abrir às partes prazo comum de oito dias para impugnação fundamentada com a indicação dos itens e valores objeto da discordância, sob pena de preclusão.

.....

§ 7º A atualização dos créditos decorrentes de condenação judicial será feita pela Taxa Referencial (TR), divulgada pelo Banco Central do Brasil, conforme a Lei nº 8.177, de 1º de março de 1991.” (NR)

“Art. 882. O executado que não pagar a importância reclamada poderá garantir a execução mediante depósito da quantia correspondente, atualizada e acrescida das despesas processuais, apresentação de seguro-garantia judicial ou nomeação de bens à penhora, observada a ordem preferencial estabelecida no art. 835 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 - Código de Processo Civil.” (NR)

“Art. 883-A. A decisão judicial transitada em julgado somente poderá ser levada a protesto, gerar inscrição do nome do executado em órgãos de proteção ao crédito ou no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas (BNDT), nos termos da lei, depois de transcorrido o prazo de quarenta e cinco dias a contar da citação do executado, se não houver garantia do juízo.”

“Art. 884.

.....

§ 6º A exigência da garantia ou penhora não se aplica às entidades filantrópicas e/ou àqueles que compõem ou compuseram a diretoria dessas instituições.” (NR)

“Art. 896.

.....

§ 1º -A.

.....

IV - transcrever na peça recursal, no caso de suscitar preliminar de nulidade de julgado por negativa de prestação jurisdicional, o trecho dos embargos declaratórios em que foi pedido o pronunciamento do tribunal sobre questão veiculada no recurso ordinário e o trecho da decisão regional que rejeitou os embargos quanto ao pedido, para cotejo e verificação, de plano, da ocorrência da omissão.

.....

§ 3º (Revogado).

§ 4º (Revogado).

§ 5º (Revogado).

§ 6º (Revogado).

.....

§ 14. O relator do recurso de revista poderá denegar-lhe seguimento, em decisão monocrática, nas hipóteses de intempestividade, deserção, irregularidade de representação ou de ausência de qualquer outro pressuposto extrínseco ou intrínseco de admissibilidade.” (NR)

“Art. 896-A.

§ 1º São indicadores de transcendência, entre outros:

I - econômica, o elevado valor da causa;

II - política, o desrespeito da instância recorrida à jurisprudência sumulada do Tribunal Superior do Trabalho ou do Supremo Tribunal Federal;

III - social, a postulação, por reclamante-recorrente, de direito social constitucionalmente assegurado;

IV - jurídica, a existência de questão nova em torno da interpretação da legislação trabalhista.

§ 2º Poderá o relator, monocraticamente, denegar seguimento ao recurso de revista que não demonstrar transcendência, cabendo agravo desta decisão para o colegiado.

§ 3º Em relação ao recurso que o relator considerou não ter transcendência, o recorrente poderá realizar sustentação oral sobre a questão da transcendência, durante cinco minutos em sessão.

§ 4º Mantido o voto do relator quanto à não transcendência do recurso, será lavrado acórdão com fundamentação sucinta, que constituirá decisão irrecurável no âmbito do tribunal.

§ 5º É irrecurável a decisão monocrática do relator que, em agravo de instrumento em recurso de revista, considerar ausente a transcendência da matéria.

§ 6º O juízo de admissibilidade do recurso de revista exercido pela Presidência dos Tribunais Regionais do Trabalho limita-se à análise dos pressupostos intrínsecos e extrínsecos do apelo, não abrangendo o critério da transcendência das questões nele veiculadas.” (NR)

“Art. 899.

.....

§ 4º O depósito recursal será feito em conta vinculada ao juízo e corrigido com os mesmos índices da poupança.

§ 5º (Revogado).

.....

§ 9º O valor do depósito recursal será reduzido pela metade para entidades sem fins lucrativos, empregadores domésticos, microempreendedores individuais, microempresas e empresas de pequeno porte.

§ 10. São isentos do depósito recursal os beneficiários da justiça gratuita, as entidades filantrópicas e as empresas em recuperação judicial.

§ 11. O depósito recursal poderá ser substituído por fiança bancária ou seguro garantia judicial.” (NR)

Art. 2º A [Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974](#), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“[Art. 4º -A.](#) Considera-se prestação de serviços a terceiros a transferência feita pela contratante da execução de quaisquer de suas atividades, inclusive sua atividade principal, à pessoa jurídica de direito privado prestadora de serviços que possua capacidade econômica compatível com a sua execução.

.....” (NR)

“[Art. 4º -C.](#) São asseguradas aos empregados da empresa prestadora de serviços a que se refere o art. 4º -A desta Lei, quando e enquanto os serviços, que podem ser de qualquer uma das atividades da contratante, forem executados nas dependências da tomadora, as mesmas condições:

I - relativas a:

a) alimentação garantida aos empregados da contratante, quando oferecida em refeitórios;

b) direito de utilizar os serviços de transporte;

c) atendimento médico ou ambulatorial existente nas dependências da contratante ou local por ela designado;

d) treinamento adequado, fornecido pela contratada, quando a atividade o exigir.

II - sanitárias, de medidas de proteção à saúde e de segurança no trabalho e de instalações adequadas à prestação do serviço.

§ 1º Contratante e contratada poderão estabelecer, se assim entenderem, que os empregados da contratada farão jus a salário equivalente ao pago aos empregados da contratante, além de outros direitos não previstos neste artigo.

§ 2º Nos contratos que impliquem mobilização de empregados da contratada em número igual ou superior a 20% (vinte por cento) dos empregados da contratante, esta poderá disponibilizar aos empregados da contratada os serviços de alimentação e

atendimento ambulatorial em outros locais apropriados e com igual padrão de atendimento, com vistas a manter o pleno funcionamento dos serviços existentes.”

“[Art. 5º -A.](#) Contratante é a pessoa física ou jurídica que celebra contrato com empresa de prestação de serviços relacionados a quaisquer de suas atividades, inclusive sua atividade principal.

.....” (NR)

“[Art. 5º -C.](#) Não pode figurar como contratada, nos termos do art. 4º -A desta Lei, a pessoa jurídica cujos titulares ou sócios tenham, nos últimos dezoito meses, prestado serviços à contratante na qualidade de empregado ou trabalhador sem vínculo empregatício, exceto se os referidos titulares ou sócios forem aposentados.

“[Art. 5º -D.](#) O empregado que for demitido não poderá prestar serviços para esta mesma empresa na qualidade de empregado de empresa prestadora de serviços antes do decurso de prazo de dezoito meses, contados a partir da demissão do empregado.”

Art. 3º O art. 20 da [Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990](#), passa a vigorar acrescido do seguinte inciso I-A:

“Art. 20.

[I-A - extinção do contrato de trabalho prevista no art. 484-A da Consolidação das Leis do Trabalho \(CLT\), aprovada pelo Decreto- Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943](#);

.....” (NR)

Art. 4º O art. 28 da [Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991](#), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 28.

.....

[§ 8º](#) (Revogado).

a) (revogada);

.....

§ 9º

.....

[h\)](#) as diárias para viagens;

.....

[g\)](#) o valor relativo à assistência prestada por serviço médico ou odontológico, próprio da empresa ou por ela conveniado, inclusive o reembolso de despesas com medicamentos, óculos, aparelhos ortopédicos, próteses, órteses, despesas médico-hospitalares e outras similares;

.....

[z\)](#) os prêmios e os abonos.

.....” (NR)

Art. 5º Revogam-se:

I - os seguintes dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo [Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943](#) :

- a) [§ 3º do art. 58](#) ;
- b) [§ 4º do art. 59](#) ;
- c) [art. 84](#) ;
- d) [art. 86](#) ;
- e) [art. 130-A](#) ;
- f) [§ 2º do art. 134](#) ;
- g) [§ 3º do art. 143](#) ;
- h) [parágrafo único do art. 372](#) ;
- i) [art. 384](#) ;
- j) [§§ 1º, 3º e 7º do art. 477](#) ;
- k) [art. 601](#) ;
- l) [art. 604](#) ;
- m) [art. 792](#) ;
- n) [parágrafo único do art. 878](#) ;
- o) [§§ 3º, 4º, 5º e 6º do art. 896](#) ;
- p) [§ 5º do art. 899](#) ;

II - a [alínea a do § 8º do art. 28 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991](#) ;

III - o [art. 2º da Medida Provisória nº 2.226, de 4 de setembro de 2001](#) .

Art. 6º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e vinte dias de sua publicação oficial.

Brasília, 13 de julho de 2017; 196º da Independência e 129º da República.

MICHEL TEMER
Torquato Jardim
Ronaldo Nogueira de Oliveira

Este texto não substitui o publicado no DOU de 14.7.2017

*

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição,

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências;

Considerando a Portaria de Consolidação no 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde";

Considerando a Portaria de Consolidação no 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

Considerando a Portaria de Consolidação no 6, de 28/09/2017, que trata da "Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

Considerando a necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a Rede de Atenção Psicossocial e para a Rede de Atenção às Urgências; e

Considerando a necessidade de monitorar e financiar de maneira apropriada a prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º O Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 5º

II -

b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas;

.....

V -

a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;

b) Hospital Psiquiátrico Especializado;

c) Hospital dia;

....." (NR)

"Art. 7º

§ 4º

VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação." (NR)

"Art. 57. A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará a graduação do número de leitos implantados, na seguinte proporção:

I - para o cuidado em enfermaria de 8 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 40h por semana; e
- c) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga-horária mínima de 10h por semana.

II - para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e
- d) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínima total de serviços de 20h por semana.

III - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 5 (cinco) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária de 90h por semana;
- d) 1 (um) médico clínico responsável pelas interconsultas; e
- e) 1 ou 2 (um ou dois) médico(s) psiquiatra(s) responsável(is) pelos leitos, contabilizando carga-horária total de serviços de 30h por semana.

Parágrafo único. A implantação das unidades de que trata o caput será incentivada na forma do art. 1032-A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017." (NR) "Art. 59. A distribuição do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará os seguintes parâmetros e critérios:

I - o número de leitos de atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral;

II - cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos; e

III - os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros dos incisos I e II acima poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades." (NR)

"Art. 77.

Parágrafo Único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção." (NR)

"Art. 80.

§ 1º São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher até no máximo 10 (dez) moradores.

....." (NR)

Art. 2º O Título II do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes inclusões:

**"CAPÍTULO III
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO TIPO IV (CAPS AD IV)**

**Seção I
Das Disposições Gerais**

Art. 50-A Este Capítulo define o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV).

Art. 50-B O CAPS AD IV é o Ponto de Atenção Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

§ 1º O CAPS AD IV poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente.

§ 2º Nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, o CAPS AD IV deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente.

§ 3º O CAPS AD IV funcionará junto a cenas abertas de uso de drogas.

§ 4º O CAPS AD IV será criado em Municípios com população acima de 500.000 habitantes, bem como nas capitais estaduais.

**Seção II
Do Funcionamento**

Art. 50-C O CAPS AD IV observará as seguintes diretrizes de funcionamento:

I - constituir-se em serviço aberto, que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;

II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade;

III - estar capacitado para o atendimento de urgências e emergências psiquiátricas;

IV - ter disponibilidade para acolher e tratar casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso;

V - produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;

VI - promover inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial;

VII - organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizando espaços coletivos;

VIII - estabelecer profissionais de referência para cada usuário;

IX - adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida;

X - ofertar cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD IV;

XI - responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica;

XII - compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações e em outros Pontos de Atenção;

XIII - funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

XIV - funcionar de forma articulada com as equipes de Consultório na Rua, que atuarão junto aos usuários nas cenas de uso;

XV - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; e

XVI - orientar os cuidados de acordo com diretrizes e linhas de cuidados vigentes no SUS.

**Subseção I
Da Atenção Integral ao Usuário**

Art. 50-D A atenção integral ao usuário no CAPS AD IV inclui as seguintes atividades:

I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, conforme definido nesta Portaria;

II - atendimento individual para consultas de rotina e de emergência, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;

III - oferta de medicação assistida e dispensada;

IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;

V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;

VI - visitas e atendimentos domiciliares;

VII - atendimento à família, individual e em grupo;

VIII - atividades de reabilitação psicossocial;

IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social;

e

X - fornecimento de refeição diária aos usuários.

Subseção II Da Equipe Mínima

Art. 50-E O CAPS AD IV funcionará com equipe mínima para atendimento, na seguinte configuração:

I - Profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia.

II - Turno Diurno:

a) 1 (um) médico clínico (diarista);

b) 2 (dois) médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h);

c) 2 (dois) enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h);

d) 6 (seis) profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;

e) 6 (seis) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h); e

f) 4 (quatro) profissionais de nível médio.

III - Turno Noturno:

a) 1 (um) médico psiquiatra (plantonista 12h);

b) 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h); e

c) 5 (cinco) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h).

Parágrafo único. Cabe ao gestor de saúde local garantir a composição da equipe mínima em situações de férias, licenças e outros afastamentos.

Subseção III Da Estrutura Física Mínima

Art. 50-F. O CAPS AD IV terá a seguinte estrutura física mínima, conforme as normas sanitárias vigentes:

I - recepção e espaço para acolhimento inicial / espera;

II - salas para atendimento individual (consultório);

III - sala para atendimento de grupo;

IV - espaço para refeições;

V - espaço para convivência;

VI - banheiros com chuveiro;

VII - espaço para atividades físicas / esportes;

VIII - no mínimo 10 (dez) e no máximo 20 (vinte) leitos de observação;

IX - posto de enfermagem;

X - sala para reuniões da equipe técnica; e

XI - espaço para atendimento e tratamento de urgências e emergências médicas.

Seção III Implantação e da Tipologia

Art. 50-G. O CAPS AD IV será implantado conforme previsto no Plano de Ação Regional ou instrumento equivalente, e poderá ser de dois tipos:

I - CAPS AD IV Novo; e

II - CAPS AD IV Reestruturado.

Parágrafo único. O CAPS AD IV Reestruturado é aquele que é resultado da adaptação de um CAPS tradicional ou CAPS AD préexistente.

Seção IV Das Disposições Finais

Art. 50-H. Compete à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde a publicação de manual e/ou documentos de apoio, bem como diretrizes clínicas da linha de cuidados.

Art. 50-I. A implantação de CAPS AD IV será incentivada na forma da Seção IV-A do Capítulo III do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017, da Portaria de Consolidação nº 6." (NR)

Art. 3º O Anexo V à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes inclusões: "TÍTULO II-B" DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL.

Seção I Das Disposições Gerais

Art. 50-J. Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

§ 1º A Equipe referida no caput é parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituindo estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados;

§ 2º As Equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001;

§ 3º A assistência será organizada a partir da atenção básica, que fará a estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados.

§ 4º O custeio das equipes dar-se-á na forma do art. 1.062-A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Seção II Do Funcionamento

Art. 50-K. Compete às equipes:

I - ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;

II - prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela Atenção Básica;

III - constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental;

IV - trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS; e

V - estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.

Art. 50-L. As Equipes de que trata este Título serão constituídas por equipes multiprofissionais mínimas, da seguinte forma:

I - Equipe tipo 1: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais);

II - Equipe tipo 2: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); e

III - Equipe tipo 3: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais).

§ 1º A carga-horária de serviços profissionais poderá ser atribuída a mais de um profissional, respeitando o limite mínimo de 10 (dez) horas semanais por profissional.

§ 2º Habilitações de mais de uma equipe para um mesmo estabelecimento de saúde somente serão autorizadas após análise do projeto de implantação pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde.

§ 3º Consideram-se as seguintes categorias profissionais de nível superior para fins de atendimento do inciso III do caput: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

Seção III Da Implantação

Art. 50-M As Equipes deverão estar vinculadas a unidades ambulatoriais especializadas.

Parágrafo único. Para habilitação das Equipes, o gestor proponente deverá:

I - apresentar projeto assistencial, pactuado em CIB; e II - constituir as equipes na perspectiva de ampliação da oferta de assistência especializada em saúde mental." (NR)

~~Art. 4º A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:~~

~~"Art. 1023. Ficam reajustados os valores do procedimento 03.03.17.009-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA) - para os hospitais habilitados nos códigos 06.31, 06.32, 06.33, 06.34, respeitando os valores dos incrementos, conforme estabelecido abaixo:~~

~~I - CLASSE N I: PORTE: até 160 leitos; Valores: R\$ 82,40;~~

~~II - CLASSE N II: PORTE: de 161 a 240 leitos; Valores: R\$ 70,00;~~

~~III - CLASSE N III: PORTE: de 241 a 400 leitos; Valores: R\$ R\$ 63,11;~~

~~IV - CLASSE N IV: PORTE: acima de 400 leitos; Valores: R\$ 59,00;~~

~~§ 1º Não receberão o reajuste previsto neste artigo leitos ocupados por pacientes de longa permanência, sendo mantidos os valores atuais até que o mesmo receba alta médica hospitalar.~~

~~§ 2º O valor da diária será reduzido em 50% após transcorridos 90 (noventa) dias ininterruptos de internação de um mesmo paciente, ou em casos de reinternação de um mesmo paciente antes do prazo de 30 dias após sua alta hospitalar." (NR)~~

Art. 4º O art. 1023 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações: [\(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018\)](#)

"Art. 1023 Fica incluído na Tabela de Procedimentos do SUS os procedimentos abaixo relacionados: [\(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018\)](#)

PROCEDIMENTO	03.03.17.019-0 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS)
DESCRIÇÃO	Internação para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais realizada em hospital psiquiátrico com entrada a partir da vigência da PT GM 3588. Esta internação deverá ter a permanência de no máximo 90 dias.
Instrumento de Registro	03- AIH (proc. Principal)
Modalidade	02-Hospitalar
Complexidade	MC - Media Complexidade
Tipo de Financiamento	06- Média e Alta Complexidade (MAC)
Quantidade Máxima	90 dias
Pontos	50
Sexo	Ambos
Idade Mínima	12 anos
Idade Máxima	130 anos
Valor de Serviço Hospitalar (SH)	25,12
Valor de Serviço Profissional (SP)	1,79
Total Hospitalar	26,91

CID Principal	F000, F001, F002, F009, F010, F011, F012, F013, F018, F019, F020, F021, F022, F023, F024, F028, F03, F04, F050, F051, F058, F059, F060, F061, F062, F063, F064,		
	F065, F066, F067, F068, F069, F070, F071, F072, F078, F079, F09, F100, F101, F102, F103, F104, F105, F106, F107, F108, F109, F110, F111, F112, F113, F114, F115,		
	F116, F117, F118, F119, F120, F121, F122, F123, F124, F125, F126, F127, F128, F129, F130, F131, F132, F133, F134, F135, F136, F137, F138, F139, F140, F141, F142,		
	F143, F144, F145, F146, F147, F148, F149, F150, F151, F152, F153, F154, F155, F156, F157, F158, F159, F160, F161, F162, F163, F164, F165, F166, F167, F168, F169,		
	F170, F171, F172, F173, F174, F175, F176, F177, F178, F179, F180, F181, F182, F183, F184, F185, F186, F187, F188, F189, F190, F191, F192, F193, F194, F195, F196,		
	F197, F198, F199, F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208, F21, F220, F228, F229, F231, F232, F233, F238, F239, F24, F250, F251, F252, F258, F28, F29,		
	F300, F301, F302, F308, F309, F310, F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317, F318, F319, F320, F321, F322, F323, F328, F329, F330, F331, F332, F333, F334, F338,		
	F339, F340, F341, F348, F349, F380, F381, F388, F39, F400, F401, F402, F408, F409, F410, F411, F412, F413, F418, F419, F420, F421, F422, F428, F429, F430, F431,		
	F432, F438, F439, F440, F441, F442, F443, F444, F445, F446, F447, F448, F449, F450, F451, F452, F453, F454, F458, F459, F480, F481, F488, F489, F500, F502, F503,		
	F504, F505, F508, F509, F510, F511, F512, F513, F514, F515, F518, F519, F530, F531, F538, F54, F55, F59, F600, F601, F602, F603, F604, F605, F606, F607, F608,		
	F609, F61, F620, F621, F628, F629, F630, F631, F632, F633, F638, F639, F69, F700, F701, F708, F709, F710, F711, F718, F719, F720, F721, F728, F729, F730, F731,		
	F738, F739, F780, F781, F788, F789, F790, F791, F798, F799, F840, F841, F842, F843, F844, F845, F848, F849		
CBO:	2231F9, 225124, 225133, 225170, 251510		
Categoria de CBO:	2231, 2251, 2252, 2253		
Especialidade do Leito	05 - Psiquiatria, 07 - Pediátricos		
Atributos Complementares:	003 - Admite longa permanência, 007 - Permanência por dia, 008 - Não permite mudança de procedimento, 015 - Admitido apenas em Hosp.Espec/Psiquiatria		
Incremento:	Descrição	% SH	% SP
	06.31 - Nível I	288,63	552,86
	06.32 - Nível II	245,20	469,66
	06.33 - Nível III	212,66	423,79
	06.34 - Nível IV	206,69	395,53
(Redação da pelo DOU, seção 1, página 59 de 18.05.2018)			
Incremento	Descrição	% SH	% SP
	06.31 - Nível I	188,63	452,86
	06.32 - Nível II	145,20	369,66
	06.33 - Nível III	112,66	323,79
	06.34 - Nível IV	106,69	295,53
RENASES:	030		

(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018)

PROCEDIMENTO	03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS)		
DESCRIÇÃO	Internação para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais realizada em hospital psiquiátrico. Esse procedimento deverá ser registrado a partir da vigência da PT GM 3.588 com duração superior a 90 dias ou para os casos de reinternação no período inferior a 30 dias.		
Instrumento de Registro	03- AIH (proc. Principal)		
Modalidade	02-Hospitalar		
Complexidade	MC - Media Complexidade		
Tipo de Financiamento	06- Média e Alta Complexidade (MAC)		
Quantidade Máxima	90 dias		
Pontos	50		
Sexo	Ambos		
Idade Mínima	12 anos		
Idade Máxima	130 anos		
Valor de Serviço Hospitalar (SH)	25,12		
Valor de Serviço Profissional (SP)	1,79		
Total Hospitalar	26,91		
CID Principal	F000, F001, F002, F009, F010, F011, F012, F013, F018, F019, F020, F021, F022, F023, F024, F028, F03, F04, F050, F051, F058, F059, F060, F061, F062, F063,		
	F064, F065, F066, F067, F068, F069, F070, F071, F072, F078, F079, F09, F100, F101, F102, F103, F104, F105, F106, F107, F108, F109, F110, F111, F112, F113,		
	F114, F115, F116, F117, F118, F119, F120, F121, F122, F123, F124, F125, F126, F127, F128, F129, F130, F131, F132, F133, F134, F135, F136, F137, F138, F139, F140, F141, F142, F143, F144, F145, F146, F147, F148, F149, F150, F151, F152, F153, F154, F155, F156, F157, F158, F159, F160, F161, F162, F163, F164, F165, F166,		
	F167, F168, F169, F170, F171, F172, F173, F174, F175, F176, F177, F178, F179, F180, F181, F182, F183, F184, F185, F186, F187, F188, F189, F190, F191, F192, F193, F194, F195, F196, F197, F198, F199, F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208, F21, F220, F228, F229, F231, F232, F233, F238, F239, F24, F250, F251, F252,		
	F258, F28, F29, F300, F301, F302, F308, F309, F310, F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317, F318, F319, F320, F321, F322, F323, F328, F329, F330, F331, F332, F333, F334, F338, F339, F340, F341, F348, F349, F380, F381, F388, F39, F400, F401, F402, F408, F409, F410, F411, F412, F413, F418, F419, F420, F421, F422,		
	F428, F429, F430, F431, F432, F438, F439, F440, F441, F442, F443, F444, F445, F446, F447, F448, F449, F450, F451, F452, F453, F454, F458, F459, F480, F481, F488, F489, F500, F502, F503, F504, F505, F508, F509, F510, F511, F512, F513, F514, F515, F518, F519, F530, F531, F538, F54, F55, F59, F600, F601, F602, F603, F604,		
	F605, F606, F607, F608, F609, F61, F620, F621, F628, F629, F630, F631, F632, F633, F638, F639, F69, F700, F701, F708, F709, F710, F711, F718, F719, F720, F721, F728, F729, F730, F731, F738, F739, F780, F781, F788, F789, F790, F791, F798, F799, F840, F841, F842, F843, F844, F845, F848, F849		
CBO:	2231F9, 225124, 225133, 225170, 251510		
Categoria de CBO:	2231, 2251, 2252, 2253		
Especialidade do Leito	05 - Psiquiatria, 07 - Pediátricos		
Atributos Complementares:	003 -Admite longa permanência, 007 -Permanência por dia, 008 - Não permite mudança de procedimento, 015 - Admitido apenas em Hospital Especializado em Psiquiatria		
Incremento	Descrição	% SH	% SP
	06.31 - Nível I	144,31	276,43
	06.32 - Nível II	122,60	234,83
	06.33 - Nível III	106,33	211,89
	06.34 - Nível IV	103,34	197,76
(Redação da pelo DOU, seção 1, página 59 de 18.05.2018)			
Incremento	Descrição	% SH	% SP
	06.31 - Nível I	44,31	76,43

	06.32 - Nível II	22,60	34,83
	06.33 - Nível III	06,33	11,89
	06.34 - Nível IV	03,34	97,76
RENASES:	030		

§1º Deverá ser registrado o procedimento 03.03.17.019-0 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS), nas AIH iniciais para tratamento em Psiquiatria autorizadas a partir da vigência desta portaria. [\(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018\)](#)

§2º O procedimento 03.03.17.009-3 TRATAMENTO DE PSIQUIATRIA (POR DIA) deverá ser registrado nas AIH iniciais e de continuidade autorizadas em data anterior à vigência desta portaria. [\(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018\)](#)

§3º O procedimento 03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS) deverá ser registrado sempre que o tratamento em psiquiatria extrapolar 90 dias ou houver necessidade de reinternação antes de 30 dias." (ND) [\(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018\)](#)

"Art. 1032-A. O valor do incentivo para implantação das unidades de que trata o art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, será de:

- I - R\$ 33.000,00 (trinta e três mil reais), para as unidades previstas no inciso I;
- II - R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais), para as unidades previstas no inciso II; e
- III - R\$ 99.000,00 (noventa e nove mil reais), para as unidades previstas no inciso III.

Parágrafo único. O incentivo de que trata este artigo correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a ação 10.302.2015.20B0.0001.0002." (NR)

"Art. 1034. O repasse do incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1033 fica condicionado a:

I - habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral); e

II - taxa de ocupação mínima de 80%." (NR)

Art. 5º O Capítulo III do Título VIII da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes inclusões:"Seção IV-A"

Do Incentivo Financeiro de custeio para implantação de CAPS AD IV

Art. 1.021-A. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para implantação de CAPS AD IV, de que trata o Capítulo III do Título II do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, no valor de:

- I - 200.000,00 (duzentos mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Novo; e
- II - 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Reestruturado

§ 1º O incentivo financeiro definido neste artigo destina-se a apoiar apenas a implantação de CAPS AD IV públicos.

§ 2º O incentivo financeiro deste artigo será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde estaduais ou municipais ou do distrito federal.

§ 3º Os valores repassados por força deste artigo serão utilizados para reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações de custeio.

Art. 1.021-B. Para fazer jus ao incentivo financeiro de custeio previsto nesta Seção, o gestor deverá apresentar projeto técnico que contenha os seguintes requisitos:

- I - projeto assistencial que atenda ao disposto nesta normativa;
- II - termo de compromisso de que garantirá condições técnicas mínimas de espaço físico e equipe, acima detalhadas;
- III - termo de compromisso de início funcionamento do CAPS AD IV em até 3 (três) meses, a contar do recebimento do incentivo financeiro, renovável uma única vez por igual período, mediante justificativa aceita pelo Ministério da Saúde; e
- IV - parecer favorável pactuado na respectiva CIB.

Art. 1.021-C. A partir do credenciamento de cada CAPS AD-IV junto à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado ou do Distrito Federal ficará acrescido de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) mensais, para o custeio do CAPS AD IV efetivamente implantado e em funcionamento.

Parágrafo único. No caso de CAPS AD IV Reestruturado o acréscimo financeiro de que trata o caput será calculado a partir da diferença entre os valores já incorporados, referente à habilitação anterior, e o valor estabelecido no caput deste artigo.

1.021-D. Os recursos orçamentários relativos às ações previstas nesta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho:

I - 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; 10.302.2015.20B0.0001.0000 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental -Mental - Despesas Diversas; e

II - 10.302.2015.20B0.0001.0002 - Crack, É Possível Vencer ou 10.302.2015.8585 -Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade." (NR) "

"Seção XIII

Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental

Art. 1.062-A. Fica estabelecido o valor de custeio à Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, de que trata o Título II-B do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, nas seguintes condições:

I - Equipe tipo 1: R\$ 12.000,00 (doze mil reais) mensais;

II - Equipe tipo 2: R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; e

III - Equipe tipo 3: R\$ 30.000,00 mensais.

Parágrafo único. O custeio de que trata este artigo correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o programa de trabalho 10.302.2015.8585." (NR)

Art. 6º A configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral), de que trata o Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, observará as seguintes normas de transição:

I - nos casos de até 10 (dez) leitos já implantados em unidades, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas manterá a exigência técnica de equipe nos termos dos incisos I e II do art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a redação anterior à publicação da presente Portaria.

Fica facultado ao gestor apresentar um plano de readequação para atender ao disposto nas novas regras estabelecidas a partir da redação desta Portaria, solicitando incentivo para implantação de novos leitos ou organização de serviço local ou regional nos moldes estabelecidos nesta Portaria; e

II - nos casos de mais de 10 (dez) leitos já implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas terá 12 (doze) meses, a contar da data da publicação desta Portaria, para se adequarem tecnicamente à nova normativa quanto ao espaço físico e equipe terapêutica exigidos nesta Portaria.

Art. 7º Após aprovação pela área técnica da proposta de criação de novos Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, e comprovação do seu funcionamento, o Ministério da Saúde terá o prazo de até 90 (noventa) dias para o início do pagamento do custeio.

Art. 8º Para monitoramento do processo de implantação e adequada gestão dos serviços da RAPS, é obrigatório o registro mensal dos procedimentos no sistema de informação, bem como a atualização dos serviços no CNES por parte de todas as unidades componentes da referida rede, seguindo a resolução CIT nº 23 de 2017.

Art. 9º Ficam mantidas as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do Anexo XXV à Portaria de Consolidação no 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Parágrafo único. Os Gestores Estaduais ou Municipais deverão apresentar, em um prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de publicação desta Portaria, novo plano de desinstitucionalização de todos os pacientes moradores dessas instituições.

Art. 10. Fica vedada qualquer ampliação do número de leitos por hospitais psiquiátricos além dos já cadastrados no CNES na data de publicação desta Portaria.

Parágrafo único. O fechamento dos leitos de hospitais psiquiátricos levará ao redirecionamento do recurso correspondente, por parte do Ministério da Saúde, para outras ações em saúde mental no respectivo Estado, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 11. O Anexo 4 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar na forma do Anexo a esta Portaria.

Art.12 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos operacionais nos sistemas de informação a partir da competência fevereiro de 2018. ([Redação da pelo DOU, seção 1, página 46 do dia 22.01.2018](#)).

Art. 13. Fica revogado o art. 56 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

RICARDO BARROS**ANEXO**

(Anexo 4 do Anexo V da Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017)

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

SRT TIPO I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.

O SRT tipo I deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência.

A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

SRT TIPO II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente.

O ambiente doméstico deve se constituir conforme definido nesta portaria consolidada, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam às necessidades dos moradores. Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a SRT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Comissão Intergestores Tripartite

RESOLUÇÃO Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017***Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)***

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso de suas atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e os arts. 30, inciso I, e 32, inciso I, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e

Considerando a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080/1990;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde".

Considerando a Portaria de Consolidação nº 05, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

Considerando a Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

Considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 14 de dezembro de 2017, resolve:

Art. 1º Estabelecer as diretrizes para o fortalecimento da RAPS. Considera-se como componentes da RAPS os seguintes pontos de atenção:

1. Atenção Básica;
2. Consultório na Rua;
3. Centros de Convivência;
4. Unidades de Acolhimento (Adulto e Infante-Juvenil);
5. Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II;
6. Hospital Dia;
7. Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais;
8. Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades;
9. Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental;
10. Hospitais Psiquiátricos Especializados.

Art. 2º - Habilitar e incentivar todos os serviços da RAPS que estejam tecnicamente aprovados pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde (CGMAD/DAPES/SAS) e garantir a continuidade do financiamento das obras de serviços desta Rede que também estejam tecnicamente aprovados.

Art. 3º - Pactuar diretrizes clínicas para linhas de cuidados na RAPS.

Art. 4º - Pactuar critérios de acompanhamento e monitoramento da RAPS, com metas, indicadores qualitativos e quantitativos, estimulando ainda a adequada regulação do acesso dos usuários aos diferentes pontos de atenção da Rede.

Art. 5º - Vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária.

Art. 6º - Aprovar a criação de "Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental", com objetivo de prestar atenção multiprofissional no nível secundário, apoiando de forma articulada a atenção básica e demais serviços das redes de atenção à saúde.

Art. 7º - Aprovar a criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV), com funcionamento 24 horas, prestando assistência de urgência e emergência, para ofertar linhas de cuidado em situações de cenas de uso de drogas, especialmente o crack ("cracolândias"), de forma multiprofissional e intersetorial.

Art. 8º - Fortalecer e apoiar técnica e financeiramente o processo de desinstitucionalização de pacientes moradores em Hospitais Psiquiátricos:

I - habilitar 200 SRTs até o final de 2018;

II - garantir maior flexibilidade aos gestores municipais para a organização das SRTs;

Art. 9º - Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

I - estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;

II - reestruturar a equipe multiprofissional mínima requerida para o funcionamento das enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;

III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo;

IV - reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital.

Art. 10º - Financiar pesquisas que subsidiem a implantação de Programas de Prevenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas para adolescentes e jovens.

Art. 11º - Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas.

Art. 12º - Promover ações de Prevenção ao Suicídio, por meio de parcerias com Estados e Municípios, bem como instituições que atuam nesta área.

Art. 13º - Esta Resolução entre em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS
Ministro de Estado da Saúde

MICHELE CAPUTO NETO
Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA
Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS

Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas

Resolução CIT n.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017

Portaria GM/MS n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017

Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017

Portaria GM/MS n.º 2663, de 11 de outubro de 2017

Portaria GM/MS n.º 1315, de 11 de março de 2018

Resolução CONAD n.º 1, de 9 de março de 2018

Portaria SAS/MS 544, de 7 de maio de 2018

Portaria GM/MS n.º 2.434, de 15 de agosto de 2018

Resolução CIT n.º 35/2018, 25 de janeiro de 2018

Resolução CIT n.º 36/2018, de 25 de janeiro de 2018

A Portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017, altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), delineando novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios para o fortalecimento da RAPS, que se esclarecem por meio da presente Nota Técnica, sendo as demais portarias citadas acessórias e complementares.

Ademais, a presente Nota Técnica apresenta também a Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que modificou as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, fato este que altera as orientações para o tratamento e reinserção social de pacientes que apresentam dependência química e que estão em seguimento na RAPS.

Sumário

[1 Introdução. 3](#)

<u>2</u>	<u>Novos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)</u>	<u>8</u>
2.1	Resumo.	8
2.2	Detalhamento.	9
2.3	Definições gerais dos CAPS AD IV..	9
<u>3</u>	<u>Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral</u>	<u>14</u>
3.1	Resumo.	14
3.2	Detalhamento.	15
<u>4</u>	<u>Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)</u>	<u>16</u>
4.1	Resumo.	16
4.2	Detalhamento.	17
4.2.1	Competência das equipes	17
4.2.2	Composição das equipes	17
4.2.3	Custeio.	18
4.2.4	Cadastramento CNES.	18
<u>5</u>	<u>Alterações na assistência Hospitalar especializada em psiquiatria no SUS.</u>	<u>18</u>
5.1	Resumo.	18
5.1.1	Valores reajustados da diária hospitalar em psiquiatria no SUS:	19
5.1.2	Orientações a partir da nova normativa..	19
5.2	Internação crianças e adolescentes	21
<u>6</u>	<u>Serviço Residencial Terapêutico (SRT)</u>	<u>21</u>
6.1	Resumo.	21
6.2	Detalhamento.	22
6.3	Avaliação Funcional dos Ingressantes	23
6.3.1	Guia de aplicação.	25
<u>7</u>	<u>Esclarecimentos sobre as solicitações de incentivos e habilitações via SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde.</u>	<u>26</u>
<u>8</u>	<u>Definição de itens de financiáveis (custeio e investimento):</u>	<u>27</u>
<u>9</u>	<u>Monitoramento.</u>	<u>28</u>

1 Introdução

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país, com o objetivo de organizar o tratamento e assistência aos pacientes e seus familiares na área de Saúde Mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, dentre outros, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, maconha, cocaína, crack e outras drogas).

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. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente. Esta Política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais tem sido um processo contínuo. Nesse cenário, após meses de debate, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde e representantes dos 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), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada. Estamos em um processo evolutivo de reforma do modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos, sem perder a essência de respeito à lei 10.216/01. A iniciativa enfrenta desafios e problemas já conhecidos. O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS, de acordo com suas necessidades e peculiaridades, sem deixar de lado nenhuma modalidade de tratamento validada e aplicável.

Para expandir e qualificar a RAPS, foi destinado pelo Governo Federal um adicional de mais de R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,5 bilhão. A RAPS foi ampliada e passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares. As ações foram construídas conjuntamente entre os gestores do SUS e cerca de 70 entidades, todas conhecedoras da realidade da saúde mental no país.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços):

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- Hospital Psiquiátrico
- Hospital-Dia
- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo

substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares.

Um dos pontos da Nova Política Nacional de Saúde Mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos. Nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns.

Além dos SRTs, o Governo Federal liberou recurso para a expansão de outros serviços da RAPS, importantes para a oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Apenas no ano de 2018, foram habilitados 108 CAPS, 92 SRTs, 140 Leitos em Hospitais Gerais e 03 Unidades de Acolhimento. Nos dois últimos anos, o Ministério da Saúde criou cerca de 40% de todos os SRTs existente no país.

Outro ponto é aprimorar refere-se às estratégias para abordagem das pessoas com uso nocivo de drogas e com dependência de substâncias psicoativas, levando o poder público às áreas de maior vulnerabilidade social, promovendo o atendimento mais próximo do cidadão. Para tanto, foi criada nova modalidade de CAPS (IV AD) para funcionar 24 horas nas regiões de *cracolândias*, com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão. Tal modalidade de Serviço está programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio CAPS-AD.

Além disso, o atendimento Ambulatorial também passa a ser incentivado. Vale lembrar que esta modalidade é fundamental para o adequado atendimento da demanda reprimida de pessoas com transtornos mentais mais comuns e prevalentes, que não se encaixam na atenção básica e que não necessitam de um serviço de reabilitação como os CAPS. Trata-se de ação custo-efetiva, que, quando com cobertura adequada, certamente impacta favoravelmente em diversos indicadores, tais como busca por atendimento, crises em Serviços de Emergências, tentativas de suicídio, internações, reinternações e afastamentos do trabalho por doença, para citar alguns. Ofertar consultas de diferentes categorias profissionais em Serviço Ambulatorial especializado, possibilitando seguimento clínico, social e em psicoterapia, é padrão em diferentes sistemas universais no mundo, como Reino Unido e Canadá. Para tanto, o Ministério da Saúde começa a custear Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental para atuar em Ambulatórios, de maneira integrada à Atenção Básica e aos CAPS, ocupando um vazio assistencial que existia na RAPS. O Ministério da Saúde não apoiará o fechamento de Ambulatórios, pois são serviços que não concorrem com os CAPS, na medida em que fornecem assistência a pacientes com necessidades distintas. Pelo contrário, o Ministério da Saúde passa a incentivar, inclusive financeiramente, a abertura e fortalecimento de tais Serviços, com o objetivo de dar conta da grande demanda reprimida para tratamento comunitário em Saúde Mental no país.

Outro grave problema a ser enfrentado é a falta de leitos psiquiátricos especializados e atendimento qualificado nos hospitais. A escassez de leitos para a prestação de assistência aos pacientes é bastante preocupante, e o Ministério está atento a esta questão. A partir de dezembro de 2017, é exigida a presença de equipe multiprofissional mínima em Enfermarias Especializadas de Hospitais Gerais, dando maior eficiência e qualidade no tratamento dos pacientes. O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em Hospitais Psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações indicadas. O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes. Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de Hospitais Psiquiátricos continua sendo

incentivada pelo Governo Federal, que não entende esses Serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos. O Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial. Somando leitos em Hospitais Psiquiátricos e aqueles em Hospitais Gerais, há cerca de 0,1 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério da Saúde seria de 0,45 por 1.000 habitantes (Portaria GM/MS 3088/2011, usando como referência o postulado pela portaria GM/MS 1101/2002). Este índice está bem abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice fica abaixo de 0,30 por 1.000 habitantes. Em contrapartida, houve migração considerável de doentes mentais graves para a população prisional, sendo as cadeias o maior manicômio do Brasil na atualidade. São estimados mais de 50.000 doentes mentais graves no cárcere (vide Andreoli, *et al.*, 2014 - "Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil". PLoS One, 9(2), e88836.

doi:10.1371/journal.pone.0088836), questão que deverá ser abordada assertivamente pelas políticas de saúde mental e de saúde prisional. Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das *cracolândias*, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica.

Sobre as Comunidades Terapêuticas, de apoio à recuperação de usuários de drogas, foi criado um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, para estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços (Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017). O objetivo é garantir o acompanhamento do poder público, promovendo a oferta de cuidado de qualidade aos pacientes com dependência química acolhidos nessas entidades. Vale lembrar que há regramento federal sobre o funcionamento destas entidades, a resolução CONAD 01/2015 (disponível em http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf). As entidades que contratualizam com o poder público devem satisfazer esta normativa.

Na área da saúde indígena, o Ministério da Saúde publicou Portaria que objetiva aumentar o financiamento de CAPS que atendam a pacientes dessa população (Portaria GM/MS n.º 2663, de 11 de outubro de 2017). Com isso, o Ministério objetiva diminuir as barreiras de acesso ao cuidado dos indígenas que apresentam transtornos mentais. Vale ressaltar que tem havido aumento na prevalência de transtornos mentais entre os indígenas, tais como a dependência de álcool e outras drogas, bem como o suicídio.

Todas as medidas atendem a anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados diariamente por profissionais da RAPS e às necessidades apontadas em um diagnóstico inédito feito pelo Ministério da Saúde. Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%), irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNAS, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não-executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses Serviços. Esses dados foram apresentados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e estão sendo encaminhados para órgãos de controle e auditoria do SUS.

Juntamente com a expansão da assistência, o Ministério da Saúde passa a aprimorar o monitoramento e acompanhamento da política, bem como estabelecer diretrizes e protocolos de

assistência para que o atendimento aos pacientes acompanhados na RAPS seja embasada em evidências científicas. O Ministério da Saúde passa a trabalhar para oferecer tratamento de qualidade aos pacientes e seus familiares, com respeito ao dinheiro público.

Seguindo o compromisso com a oferta de tratamento de qualidade aos pacientes e seus familiares, a CIT fez questão de fazer constar em sua Resolução n.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017, que estabelece a Nova Política Nacional de Saúde Mental, que a assistência em Saúde Mental no SUS deverá seguir as melhores práticas clínicas e as mais robustas e recentes evidências científicas.

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (National Institute for Clinical Excellence, N., *Guidance on the use of electroconvulsive therapy*. 2014, National Institute for Clinical Excellence: London; Mochcovitch, M.D., et al., *Diretrizes Terapêuticas para Eletroconvulsoterapia - Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira*, in *Projeto Diretrizes*. 2013, AMB/CFM).

Além das ações assistenciais, o Ministério da Saúde também passa a atuar com maior vigor na esfera da prevenção. Na frente de dependência química, o Ministério da Saúde passa a ajustar e fazer novos estudos dos Programas que vinham em curso até o presente momento (TamoJunto, Elos e Famílias Fortes). Isso, pois os estudos conduzidos a partir da aplicação desses Programas mostram resultados bastante insatisfatórios, sendo que um deles chegou a causar ação iatrogênica (Programa TamoJunto). Ainda como parte das ações de prevenção, foi realizado convênio, em março de 2017, com o Centro de Valorização da Vida (CVV). Por meio dele, as ligações ao CVV deixaram de ser tarifadas, o que levou a grande aumento na demanda. Para dar conta dessa nova realidade, o Ministério aportou recurso financeiro para que a entidade passe a se organizar nesse novo contexto. O Ministério da Saúde também passa a ter ações prioritárias de prevenção ao suicídio em seis Estados do país com maiores de tais ocorrências, a saber, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Roraima e Piauí. O Governo Federal liberou R\$ 1.440.000,00 para a realização de ações de prevenção ao suicídio nesses Estados, que ocorrerão por meio de trabalho em conjunto com os territórios, levando-se em consideração as especificidades locais (Portaria GM/MS n.º 1315, de 11 de março de 2018).

No início do ano de 2018, ocorreram também mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD 01/2018), com o objetivo de promover ações que façam frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas no país.

Abaixo, seguem as principais mudanças apresentadas pela Resolução do CONAD 01/2018:

- Alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a recém-publicada Política Nacional de Saúde Mental;
- Ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas;
- Posição contrária à legalização das Drogas;
- Estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça Abstinente, livre das drogas. Para lograr esse objetivo, diferentes estratégias de ação podem ser utilizadas, tais como Promoção de Abstinência, Suporte Social, Promoção da Saúde e Redução de Riscos Sociais e à Saúde e Danos;
- Fomento à pesquisa deve se dar de forma equânime, garantindo a participação de pesquisadores de diferentes correntes de pensamento e atuação;
- Ações Intersetoriais;
- Apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da

Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas;

- Modificação dos documentos legais de orientação sobre a Política Nacional sobre Drogas, destinados aos parceiros governamentais, profissionais da saúde e população em geral;
- Atualização da posição do Governo brasileiro nos foros internacionais, seguindo a presente Resolução.

A partir de 2019, a Política acima passa a ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, conforme a medida provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019:

Art. 23. Constitui área de competência do Ministério da Cidadania:

...

V - políticas sobre drogas, quanto a:

a) educação, informação e capacitação para a ação efetiva para a redução do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;

b) realização de campanhas de prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas;

c) implantação e implementação de rede integrada para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas;

d) avaliação e acompanhamento de tratamentos e iniciativas terapêuticas;

e) redução das consequências sociais e de saúde decorrente do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas; e

f) manutenção e atualização do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.

É importante ressaltar que as mudanças nas Políticas descritas acima foram realizadas em obediência à Lei 10.206/2001, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais. Vale lembrar aqui que é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, de acordo com a Lei, mostrando a necessidade de se ofertar tratamento aos pacientes, de acordo com suas necessidades e complexidade de seu quadro clínico, sem desprezar nenhuma forma de tratamento. Diante disso, a RAPS foi ampliada, com a inclusão de novos pontos de atenção, com o objetivo de ser mais estruturada e equilibrada na oferta de tratamento e cuidado aos pacientes e seus familiares. Seguiram-se orientações das melhores práticas nacionais e internacionais para o atendimento do indivíduo que apresenta transtorno mental, bem como de seus familiares. “A atenção equilibrada é essencialmente comunitária, mas os hospitais têm um importante papel de retaguarda. Isto quer dizer que serviços de saúde mental são oferecidos nos contextos comunitários habituais próximos à população atendida, e internações hospitalares são tão breves quanto possível, disponibilizadas prontamente e empregadas somente quando necessário. É importante coordenar os esforços de uma diversidade de serviços de saúde mental” (Thornicroft & Tansella, 2008).

Vale frisar que não há qualquer motivo para privar o paciente com transtorno mental de uma Rede potente, poliárquica, com serviços de diferentes níveis de complexidade integrados e articulados. Assim sendo, não há nenhuma evidência, por exemplo, de que Ambulatórios Multiprofissionais, Hospitais-Dia e Hospitais Psiquiátricos devam ser excluídos da RAPS, em nenhum lugar do mundo. Basta estudar os Sistemas Públicos de Saúde Mental do Canadá (“British Columbia Mental Health Services”), Austrália (“Australian Mental Health Service Organisations”), França (Relatório Sumário - Saúde Mental na França - OMS), Alemanha (Brochura sobre o Sistema de Saúde Alemão - OMS) e Reino Unido (“National Health Services - UK - South London and Maudsley Trust”), por exemplo. Ou atentar para como organizam-se outras áreas da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), como cardiologia, ortopedia ou oncologia. Os Serviços devem,

sim, seguir os princípios básicos de legalidade, ética, atendimento humanizado, qualidade e de atendimento baseados em evidências. Devem as três esferas de Governo atuar de forma orientadora e fiscalizadora, garantindo o seguimento das normativas vigentes. Os Serviços devem sempre ser regulados, fiscalizados e melhorados.

É importante ressaltar que a RAPS está sendo expandida e fortalecida, sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções o menos invasivas possíveis e mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos). Não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devem abrigar moradores. Porém, também não cabe mais a ideia de que tais Serviços devam ser fechados. Os Hospitais Psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes para internações humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial, assim que possível.

Novos componentes da RAPS, qualificação técnica dos Serviços e dos profissionais, incorporação das melhores práticas e melhora da retaguarda para crises são medidas a favor dos pacientes e suas famílias e contra a cronificação, o desamparo, o abandono, o encarceramento e a morte precoce, ou seja, em defesa dos Direitos Humanos. Em última análise, são os portadores de transtornos mentais e suas famílias os principais interessados e afetados pela falta de recursos, falta de vagas assistenciais de qualidade e falta de uma Rede que contemple de fato as diferentes necessidades e cenários existentes na Saúde Mental.

Assim, as novas ações ocorrem em defesa do SUS, do cidadão e de seu direito a um atendimento efetivo, humanizado e de qualidade em Saúde Mental. O SUS lança diretrizes buscando oferecer uma rede assistencial equilibrada, ofertando tratamento, de acordo com as necessidades dos pacientes. Assim, a política pública passa a se adequar às demandas dos pacientes, e não o contrário.

2 Novos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

2.1 Resumo

A presente normativa, seguindo o pactuado com os gestores municipais e estaduais na resolução CIT nº 32 de 2017, passa a incluir na RAPS, além dos serviços/pontos de atenção existentes, os seguintes:

- a. Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas;
- b. Hospital Psiquiátrico;
- c. Hospital-Dia.

No que tange aos leitos psiquiátricos em Hospital Geral, os mesmos devem estar localizados em Enfermarias Psiquiátricas, contando com a presença de Equipe Multiprofissional obrigatória, incluindo a obrigatoriedade de médico psiquiatra. Tais Enfermarias deverão contar com o mínimo de oito (08) leitos, e máximo de trinta (30) leitos por Enfermaria, até 20% da capacidade total instalada do Hospital. Exceções são passíveis de análise, desde que justificadas e aprovadas nas instâncias colegiadas dos territórios. Passa a ser exigida ocupação de 80% para repasse integral do incentivo de custeio. Os incentivos para implantação devem ser solicitados de acordo com o

tamanho da enfermaria (3 níveis), e não mais isoladamente, por leito (abaixo, seguem maiores informações).

2.2 Detalhamento

Em seu Art. 1.º, a Portaria n.º 3588, altera o Art. 5.º, ponto II, do Título I do Anexo V da **Portaria de Consolidação n.º 3**. Desta forma, relativamente aos pontos de atenção que constituem a Atenção Psicossocial, aos Centros de Atenção Psicossocial, estabelecidos pela alínea a) deve acrescentar-se a alínea b) *Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas*. O texto fica então com a seguinte redação:

Art. 5.º

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- e. Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; e
- f. *Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas*.

Ainda no Art. 5.º, a referida portaria, altera o ponto V, relativo à Atenção Hospitalar. Desta forma, as alíneas a) e b) que definem seus pontos de atenção, devem ser substituídas pelas alíneas:

- a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;
- b) Hospital Psiquiátrico Especializado;
- c) Hospital dia.

Altera também o § 4º do Art. 7.º, relativo às modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, para acrescentar o CAPS AD IV, conforme definidos abaixo.

Em seu Art. 2.ª altera o Título II do mesmo Anexo, para incluir os referidos CAPS AD IV – Centros De Atenção Psicossocial De Álcool E Outras Drogas Do Tipo IV, estipulando que:

2.3 Definições gerais dos CAPS AD IV

Os CAPS AD IV são Pontos de Atenção Especializada, que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e que se destinam a proporcionar atenção integral e continuada às pessoas com quadro de dependência de substâncias psicoativas (relacionadas aos consumos de álcool, crack e outras drogas). Devem funcionar 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive aos fins de semana e feriados. Visam o atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, sendo que, tratando-se destes dois últimos grupos populacionais, seu atendimento deverá adequar-se ao previsto no Estatuto da Criança e do

Adolescente.

Estes novos Centros podem ser de dois tipos: **CAPS AD IV Novo** ou **CAPS AD IV Reestruturado**, resultado, este último, da adaptação de um CAPS AD pré-existente. Poderão ser criados em todas as capitais estaduais, bem como nos Municípios com população acima de 500.000 habitantes, devendo funcionar de forma a prestar assistência às pessoas em cenas abertas de uso de drogas, as chamadas “*cracolândias*”. Sua implementação deverá ocorrer conforme o previsto no Plano de Ação Regional ou instrumento equivalente.

Para funcionar 24 horas nas regiões de *cracolândias*, o CAPS AD IV deverá contar necessariamente com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão. Os demais profissionais de Saúde Mental, que juntamente com psiquiatras e equipe de enfermagem que comporão o Serviço, trabalharão em turno diurno. Tal modalidade de Serviço está programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio CAPS-AD para tratamento de reabilitação psicossocial.

2.3.1.1 Objetivos gerais

São objetivos gerais do CAPS AD IV: atender integralmente pessoas de todas as faixas etárias, com quadros graves decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (dependência de substâncias psicoativas); proporcionar serviços de atenção continuada, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando para isso com leitos de observação, além de estratégias de reabilitação psicossocial.

2.3.1.2 Diretrizes quanto ao funcionamento

O CAPS AD IV deve:

- 1.^a ser um serviço aberto que funciona segundo a lógica do território e que fornece atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas aos consumos de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;
- 2.^a ser um lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade;
- 3.^a ter capacidade para atender urgências e emergências psiquiátricas (tanto em termos de estrutura física, como de equipe técnica);
- 4.^a ter capacidade para acolher e tratar casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso;
- 5.^a produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;
- 6.^a promover a inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de

reabilitação psicossocial;

7.^a organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos;

8.^a designar profissionais de referência para cada usuário;

9.^a adequar a oferta dos serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida;

10.^a oferecer cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD IV;

11.^a responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica;

12.^a compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações no próprio CAPS ou em outros Pontos de Atenção;

13.^a funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

14.^a funcionar de forma articulada com as equipes de Consultório na Rua, que atuarão junto aos usuários nas cenas de uso;

15.^a articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; e

16.^a orientar os cuidados de acordo com as diretrizes e as linhas de cuidados vigentes no SUS.

17.^a ser capaz de ofertar programas de tratamento completos, incluindo consultas, terapias, oficinas, suporte em assistência social, intervenções de reabilitação e atividades intersetoriais;

18.^a articular-se com equipamentos que forneçam abrigo/moradia transitória, como unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas onde está inserido;

19.^a integrar-se ao sistema de regulação de vagas do território.

2.3.1.3 Atividades

A atenção integral ao usuário no CAPS AD IV inclui as seguintes atividades:

1) Trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, conforme definido nesta Portaria;

2) Atendimento individual para consultas de rotina e de emergência, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;

3) Oferta de medicação assistida e dispensada;

4) Atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social,

dentre outras;

5) Oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;

6) Visitas e atendimentos domiciliares;

7) Atendimento à família, individual e em grupo;

8) Atividades de reabilitação psicossocial;

9) Estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social; e

10) Fornecimento de refeição diária aos usuários.

Procedimentos para inserção da habilitação 06.37 pelo CAPS AD IV (fonte: Portaria SAS 544/2018):

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
03.01.08.032-1	Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.033-0	Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório por Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.039-9	Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção da Urgência e Emergência, e dos Serviços Hospitalares de Referência para Atenção a Pessoas com Sofrimento ou Transtornos Mentais E Com Necessidades de Saúde decorrente do Uso de Álcool, Crack E Outras D
03.01.08.027-5	Práticas Corporais Em Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.030-5	Matriciamento de Equipes da Atenção Básica
03.01.08.020-8	Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial

03.01.08.021-6	Atendimento em Grupo de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial
----------------	--

03.01.08.022-4	Atendimento Familiar em Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.023-2	Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial
03.01.08.024-0	Atendimento Domiciliar para Pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e/ou Familiares

Procedimentos que deverão ser informados para estabelecimentos habilitados em 06.37 CAPS AD IV (fonte: Portaria SAS 544/2018):

03.01.08.001-1	Abordagem Cognitiva Comportamental do Fumante (Por Atendimento / Paciente)
03.01.08.004-6	Acompanhamento de Paciente em Saúde Mental (Residência Terapêutica)
03.01.08.014-3	Atendimento em Oficina Terapêutica I - Saúde Mental
03.01.08.015-1	Atendimento em Oficina Terapêutica II - Saúde Mental
03.01.08.016-0	Atendimento em Psicoterapia de Grupo
03.01.08.017-8	Atendimento Individual em Psicoterapia
03.01.08.037-2	Acompanhamento de Pessoas Adultas com Sofrimento ou Transtornos Mentais Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas - Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)
03.01.08.038-0	Acompanhamento da População Infanto-Juvenil com Sofrimento ou Transtornos Mentais Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI)
03.03.17.010-7	Tratamento em Psiquiatria em Hospital Dia
03.01.07.004-0	Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação
03.01.06.002-0	Atendimento de Urgência C/ Observação até 24 Horas em

03.03.17.012-9	Atenção Especializada
03.03.17.013-1	Tratamento Clínico em Saúde Mental em Situação de Risco Elevado de Suicídio
03.03.17.014-0	Tratamento Clínico para Contenção de Comportamento Desorganizado e/ou Disruptivo
03.03.17.015-8	Tratamento Clínico para Avaliação Diagnóstica e Adequação Terapêutica, incluindo necessidades de Saúde decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas
03.03.17.016-6	Tratamento Clínico de Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool
03.03.17.017-4	Tratamento Clínico De Transtornos Mentais E Comportamentais Devido do Uso de "Crack".
03.03.17.018-2	Tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas

2.3.1.4 Composição da equipe mínima

O CAPS AD IV deve funcionar com, pelo menos, uma equipe mínima para atendimento, sendo que, em situações de férias, licenças e outros afastamentos, cabe ao gestor de saúde local garantir a composição dessa equipe, conforme ela é descrita:

1) Profissional de nível médio para realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia.

2) Turno Diurno:

a) 1 (um) médico clínico (diarista);

b) 2 (dois) médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h);

c) 2 (dois) enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h);

d) 6 (seis) profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;

e) 6 (seis) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h); e

f) 4 (quatro) profissionais de nível médio.

3) Turno Noturno:

a) 1 (um) médico psiquiatra (plantonista 12h);

b) 1 um (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h); e

c) 5 (cinco) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h).

2.3.1.5 Estrutura física mínima

De acordo com as normas sanitárias vigentes, o CAPS AD IV deverá ter a seguinte estrutura física mínima:

- 1) Recepção e espaço para acolhimento inicial/espera;
- 2) Salas para atendimento individual (consultório);
- 3) Sala para atendimento de grupo;
- 4) Espaço para refeições;
- 5) Espaço para convivência;
- 6) Banheiros com chuveiro;
- 7) Espaço para atividades físicas/esportes;
- 8) No mínimo 10 (dez) e no máximo 20 (vinte) leitos de observação;
- 9) Posto de enfermagem;
- 10) Sala para reuniões da equipe técnica; e
- 11) Espaço para atendimento e tratamento de urgências e emergências médicas.

2.3.1.6 Incentivo financeiro

A Seção IV-A do Capítulo III do Título VIII da **Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS** de 28 de setembro de 2017, foi retificada, passando a estabelecer-se o incentivo de:

- I. **200.000,00 (duzentos mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Novo; e**
- II. **125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Reestruturado.**

Este incentivo, destinado a apoiar apenas a implantação de CAPS AD IV públicos, será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde estaduais ou municipais ou do distrito federal e os valores repassados serão utilizados para

reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações de custeio.

No Art. 1 021.º B da mesma Portaria, estabelece-se que, para fazer jus ao incentivo financeiro de custeio previsto, o gestor deverá apresentar um projeto técnico que contenha os seguintes requisitos:

- 1) Projeto assistencial que atenda ao disposto nesta normativa;
- 2) Termo de compromisso de que garantirá condições técnicas mínimas de espaço físico e equipe, acima detalhadas;
- 3) Termo de compromisso de início funcionamento do CAPS AD IV em até 3 (três) meses, a contar do recebimento do incentivo financeiro, renovável uma única vez por igual período, mediante justificativa aceite pelo Ministério da Saúde; e
- 4) Parecer favorável pactuado na respectiva CIB.

Ainda nesta portaria, o Art. 1.021º C, estabelece que, a partir do credenciamento de cada CAPS AD-IV junto à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado ou do Distrito Federal ficará acrescido de **R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) mensais, para o custeio do CAPS AD IV** efetivamente implantado e em funcionamento.

Estipula, em parágrafo único, que, tratando-se de um CAPS AD IV Reestruturado, o acréscimo financeiro será calculado a partir da diferença entre os valores já incorporados, referentes à habilitação anterior e o valor referido no parágrafo anterior.

O Art. 1 021.º D estabelece que os recursos orçamentários relativos às ações referidas nos dois parágrafos anteriores correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho: (I) Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental – Despesas Diversas; e (II) Crack, É Possível Vencer ou Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

3 Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral

3.1 Resumo

Fica estabelecido que o Ministério da Saúde irá incentivar e habilitar somente unidades especializadas em saúde mental/psiquiatria em hospitais gerais, com mínimo de 8 e máximo de 30 leitos por enfermaria, até 20% da capacidade total instalada, exigindo equipe multiprofissional mínima completa, incluindo psiquiatra responsável pela condução dos casos. Exceções são passíveis de análise, desde que bem justificadas e aprovadas nas instâncias colegiadas. Passa a ser exigida ocupação de 80% para repasse integral do incentivo de custeio. Os incentivos para implantação devem ser solicitados de acordo com o tamanho da enfermaria (3 níveis), e não mais

isoladamente, por leito.

3.2 Detalhamento

É alterado o Art. 57.º da **Portaria de Consolidação n.º 3 GM/MS**, relativo à definição da **Equipe Técnica Multiprofissional** responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral). Concretamente, altera a gradação do número de leitos implantados, propondo a seguinte proporção:

1. Para o cuidado em enfermaria de 8 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
 - a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
 - b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 40h por semana; e
 - c) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10h por semana.
2. Para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
 - a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;
 - b) 1 (um) enfermeiro por turno;
 - c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e
 - d) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínima de serviços de 20h por semana.
3. Para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
 - a) 5 (cinco) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;
 - b) 1 (um) enfermeiro por turno;
 - c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária de 90h por semana;
 - d) 1(um) médico clínico responsável pelas interconsultas; e
 - e) 1 ou 2 (um ou dois) médico(s) psiquiatra(s) responsável(is) pelos leitos, contabilizando carga-horária total de serviços de 30h por semana.

Quanto às demais normativas para os leitos de Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral:

- O número de leitos não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral; cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos. No entanto, os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros estabelecidos poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades.

- Mantém o incentivo de custeio anual por cada leito implantado em R\$ 67.321,32, pago integralmente se a ocupação for maior ou igual a 80%.

- Fixa os incentivos de implantação em:

. Enfermaria de 8 a 10 leitos: R\$ 33.000,00

. Enfermaria de 11 a 20 leitos: R\$ 66.000,00

. Enfermaria de 21 a 30 leitos: R\$ 99.000,00

- Estipula, em seu Art. 6.º, que a configuração deste Serviço Hospitalar de Referência deve obedecer às seguintes **Normas de Transição**:

. Nos casos de até 10 (dez) leitos já implantados e habilitados em Enfermarias não-especializadas, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas manterá a exigência técnica de equipe nos termos dos incisos I e II do art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a redação anterior à publicação da presente Portaria, ou seja:

1. Para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno; 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; e
2. para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos.
2. Ao gestor local é facultada a possibilidade de apresentar um plano de readequação para atender ao disposto nas novas regras estabelecidas a partir da redação desta Portaria, solicitando incentivo para implantação de novos leitos ou organização de serviço local ou regional nos moldes estabelecidos agora estabelecidos.
3. Nos casos de mais de 10 (dez) leitos já implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas terá 12 (doze) meses, a contar da data da publicação desta Portaria (21/12/17), para se adequar tecnicamente à nova normativa quanto ao espaço físico e equipe terapêutica agora exigidos.

O Ministério da Saúde deixa claro que os leitos antigos, que não se encontram em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais deverão passar por processo de Transição, com o objetivo de se adequarem às novas normativas do SUS. Vale ressaltar que, a partir da publicação da Portaria n.º 3588/2017, não serão mais habilitados pelo Ministério da Saúde leitos em Hospitais Gerais, que não sigam as novas regras de funcionamento.

4 Unidades Ambulatorias

Especializadas - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)

4.1 Resumo

Equipe composta por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, que devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio da realização de consultas e psicoterapia. Deverá ser lotada em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e ambulatórios de hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. Presta-se a “ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade”, atendendo necessidades de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e os CAPS. Os gestores, de acordo com perfil epidemiológico e necessidades assistenciais, têm agora uma opção para suplementar sua rede na modalidade que mais se adequar ou que julgue mais custo-efetiva. Com o objetivo de ofertar maior efetividade no tratamento de base comunitária em Saúde Mental, o Ministério da Saúde passa a incentivar o tratamento Ambulatorial, inclusive financeiramente, por meio da criação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT).

Em que pese o financiamento do atendimento Ambulatorial, por meio das AMENTs, vale ressaltar que quaisquer Unidades Ambulatoriais, contando ou não com essas Equipes, fazem parte da RAPS, devendo ser consideradas e tratadas dessa maneira.

4.2 Detalhamento

O Art. 50-J da Portaria n.º 3588 institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). As AMENT, parte estratégica da atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados, têm por objetivo prestar tratamento multiprofissional em Saúde Mental, integrando-se aos demais Serviços da RAPS e das demais redes de atenção à saúde. Municípios de pequeno porte e que apresentem dificuldades de implantação e manutenção da estrutura de um CAPS I, incluindo questões relacionadas ao RH, podem optar por uma equipe AMENT. É facultado ao Município, considerando o contexto de sua Rede e suas necessidades mais prementes, planejar a melhor composição de serviços assistenciais comunitários/Ambulatoriais. Municípios maiores, e que já apresentam outros Serviços da RAPS, também são incentivados a constituir AMENTs para dar maior potência e volume aos atendimentos de base comunitária, diminuindo, assim, o "gap" assistencial que domina parte considerável dos territórios no país.

4.2.1 Competência das equipes

Compete às equipes AMENT:

1. Ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;
2. Prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, incluindo moradores de residências terapêuticas;
3. Constituir-se, preferencialmente, como referência regional para assistência ambulatorial especializada em Saúde Mental;
4. Trabalhar, de forma integrada, com outros pontos de atenção da RAPS e de outras redes do SUS; e
5. Estabelecer articulações com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, por forma a garantir direitos de cidadania e ação intersetorial.

4.2.2 Composição das equipes

O Art. 50-L estabelece que estas equipes terão de ter um caráter multiprofissional mínimo, e define sua composição da seguinte forma:

- a. **Equipe tipo 1:** composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais); Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de apenas um profissional de cada ocupação para cumprimento do total das horas.
- b. **Equipe tipo 2:** composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de um profissional médico e um assistente social para o cumprimento do total das horas estipuladas, sendo possível a repartição da carga horária de 60 horas entre 2 psicólogos.
- c. **Equipe tipo 3:** composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais). Nota: atentar que o sistema CNES aceita inserção de um profissional médico e um assistente social para o cumprimento do total das horas estipuladas, sendo possível a repartição da carga horária de 60 horas entre 2 psicólogos. O 5º profissional é de livre escolha, podendo ser médico psiquiatra, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo (30 horas semanais).

Um Município pode solicitar a constituição de várias AMENTs, inclusive em um mesmo estabelecimento de saúde, de acordo com sua demanda sanitária.

4.2.3 Custeio

O custeio das equipes dar-se-á na forma do art. 1.062- A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, ficando estabelecidos os seguintes valores:

- 1) Equipe tipo 1: R\$ 12.000,00 (doze mil reais) mensais;

2) Equipe tipo 2: R\$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; e

3) Equipe tipo 3: R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais.

4.2.4 Cadastramento CNES

Para fins de cadastramento destas equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), segundo a portaria SAS 544/2018, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental recebem a sigla 'eMAESM' e serão cadastradas com os seguintes códigos:

1. Equipe tipo 1: código 57 - eMAESM1
2. Equipe tipo 2: código 58 - eMAESM2
3. Equipe tipo 3: código 59 - eMAESM3

Estas Equipes poderão ser cadastradas em Hospitais (Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos), Clínicas e Ambulatórios (pré-existent ou novos). As AMENTs podem ser localizadas em Clínicas e Ambulatórios Gerais ou Especializados em Saúde Mental.

5 Alterações na assistência Hospitalar Especializada em Psiquiatria no SUS - Hospitais Psiquiátricos

5.1 Resumo

A Portaria 3588, em seu Art. 9.º, informa que se mantém as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do **Anexo XXV à Portaria de Consolidação no 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. No entanto, a partir da nova normativa, o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento. Em caso de fechamento ou descredenciamento de tais Serviços (mesmo contrariando as novas diretrizes do Ministério da Saúde), o Ministério deve ser notificado e aprovar a nova destinação deste recurso federal, que deverá ser aplicado necessariamente na RAPS. Foram criados dois novos procedimentos para faturamento hospitalar – um para internações curtas (até 90 dias) e outro para internações prolongadas (mais de 90 dias) ou reinternações antes de 30 dias da última alta hospitalar, tendo sido concedidos os reajustes abaixo elencados:

5.1.1 Valores reajustados da diária hospitalar em psiquiatria no SUS:

Procedimento 03.03.17.019-0 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS)	
Porte Hospitalar	Valor Final portaria GM/MS 2434/2018
Tipo I - até 160 leitos	R\$ 82,40
Tipo II - de 161 a 240 leitos	R\$ 70,00
Tipo III - 241 a 400 leitos	R\$ 61,01
Tipo IV - acima de 400 leitos	R\$ 59,00
Procedimento 03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS)	
Porte Hospitalar	Valor Final portaria GM/MS 2434/2018
Tipo I - até 160 leitos	R\$ 66,05
Tipo II - de 161 a 240 leitos	R\$ 56,19
Tipo III - 241 a 400 leitos	R\$ 50,85
Tipo IV - acima de 400 leitos	R\$ 47,29

5.1.2 Orientações a partir da nova normativa

Foram criados dois novos procedimentos na tabela do SUS e inseridos no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS), os quais

substituem o procedimento único anteriormente utilizado para faturamento nestas unidades:

- 03.03.17.019-0 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS)
- 03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS)

O prestador, quando tiver internação que supere 90 dias ou reinternação do mesmo paciente em menos de 30 dias deverá mudar o procedimento faturado, sob risco de penalização. É exceção os casos de internações compulsórias, ou seja, aquelas determinadas judicialmente. Nestes casos o prestador não possui governabilidade para proceder alta, e deve assim justificar ao gestor autorizador ou à auditoria.

As AIHs, correspondentes aos pacientes já internados quando da publicação da Portaria n.º 3588/2017, também deverão ser reajustadas, inclusive daqueles pacientes com internações de longa permanência (internações superiores a 90 dias) (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018).

5.1.2.1 Recurso correspondente às AIHs (teto MAC) de leitos ou unidades fechadas/descredenciadas

O parágrafo único do artigo n.º 10 da portaria GM/MS 3588/2017 estabelece que o encerramento dos leitos de hospitais psiquiátricos levará *ao redirecionamento do recurso correspondente para outras ações em saúde mental no respectivo Estado.*

O § 3º do artigo 1028 da Portaria de Consolidação GM/GM n.º 6/2017 revogou o artigo 78 da Portaria de Consolidação GM/GM n.º 3/2017, por ser originário de norma posterior àquela. Este § 3º do artigo 1028 da Portaria de Consolidação GM/GM n. 6/2017, por sua vez, comunica-se com o Artigo 10 da Portaria GM/MS 3588/2017. Desta forma, conforme pactuado com CONASS e CONASEMS, que as propostas de redirecionamento dos recursos provenientes de AIHs de casos de pacientes transferidos de Hospitais Psiquiátricos para SRTs, ou decorrentes do simples fechamento de unidades hospitalares especializadas devem ser destinados para a RAPS, no respectivo Estado (qualquer Serviço da Rede, incluindo Hospital Psiquiátrico). Esta destinação do recurso federal deve ser pactuada em CIB e encaminhada a este Ministério, para aprovação.

Importante reforçar que o Ministério da Saúde não mais incentiva ou estimula o fechamento de leitos especializados, mas a sua qualificação, elevando os padrões assistenciais. O Ministério tem reforçado este entendimento, nas Portarias em que ocorre desabilitação de leitos e Serviços, como na portaria SAS Nº 324, DE 20 DE MARÇO DE 2018:

“Art. 2º Os gestores estaduais e municipais atingidos por esta Portaria deverão, através de suas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, informar à Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde sobre o destino dos recursos correspondentes ao financiamento dos equipamentos ora desabilitados, para homologação ou repactuação, no prazo de 90 (noventa) dias.”

A diretriz adotada por esta Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde é no sentido de qualificar os Hospitais Psiquiátricos remanescentes para que recebam novos pacientes com e não que fechem as portas às demandas da população, piorando ainda mais desassistência, que vinha aumentando nessa área nos últimos anos. Vale lembrar que o Ministério da Saúde recomenda 1 leito para cada 2,2 mil habitantes, tendo como base a Portaria

nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002 (0,45 leito por 1.000 habitantes). Tal norma foi transcrita na portaria GM/MS 3088/2011 e consolidada com erro matemático grosseiro, ao transformar 0,45/1.000 em 1/23.000 habitantes. Considerando a redução do número de leitos psiquiátricos já efetivada ao longo dos últimos anos, para níveis atuais de 0,1 leito por 1.000 habitantes (somando-se leitos de Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos), o Ministério da Saúde entende que a oferta de vagas em unidades para assistência de crises/surtos/alta complexidade está perigosamente baixa. O processo de desinstitucionalização deva avançar, no entanto sem que seja excludente em relação à qualificação dos Hospitais Psiquiátricos remanescentes para oferta de vagas para internação a pacientes com quadros clínicos agudizados.

5.2 Internação de crianças e adolescentes

Não há restrições absolutas para o atendimento de pacientes menores de idade nos Serviços da RAPS, sendo aplicável o bom-senso, a ética e o princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente. O melhor interesse do paciente deve sempre prevalecer.

Deve-se colocar como exemplo o caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas. Vale ressaltar que não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes.

Cita-se o texto-resposta à Consulta nº 6.769/10, feita ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (disponível em <https://bit.ly/2TuUndM>). Apesar de ser posicionamento de um Conselho profissional local, vale para embasar o tema:

“A internação psiquiátrica de crianças e adolescentes é juridicamente possível, desde que algumas condições especiais sejam respeitadas. É vedada a permanência de crianças e adolescentes em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área de abrigamento (quarto, enfermaria ou ala) de adultos, e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns. Porém, quando forem indicadas pelo médico, e devidamente registradas em laudos, como providências úteis ao tratamento em si, sob o ponto de vista do estrito interesse da saúde do paciente (criança e do adolescente), e desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação voluntária ou involuntária, ou do Juiz de Direito, na internação compulsória), poderá haver exceções a essa regra.”

6 Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

6.1 Resumo

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), seja tipo I ou tipo II, passam a atender até 10

moradores. Continuam a acolher preferencialmente egressos de internações prolongadas, mas abrem-se para pessoas com necessidades deste tipo de acolhimento, como por exemplo, pacientes com transtornos mentais graves moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns, devido ao fato de haver grandes contingentes de pacientes com transtornos mentais graves nessas condições, fruto de graves problemas na condução da Política Nacional de Saúde nas últimas décadas.

Os pacientes moradores dos SRTs devem ser tratados e acompanhados por profissionais dos Serviços comunitários da RAPS (CAPS, Ambulatórios). O financiamento dos SRTs não foi modificado nas mudanças da Política ocorridas em dezembro de 2017.

6.2 Detalhamento

O título V da Portaria 3588/2017, relativo aos SRTs, em seu Art. 77, que estipula a criação de tais Serviços em Saúde Mental no âmbito do SUS para atendimento ao portador de transtornos mentais, altera o parágrafo único e passa a definir os SRT como: *“moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção”*. Salienta-se que esta modalidade pode ser utilizada para pacientes com necessidade de cuidados de longa permanência, como pacientes com transtornos mentais graves moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns, devido ao fato de termos grandes contingentes de pacientes graves nessas condições. Inclusive o número de pessoas com transtornos mentais graves nas ruas e nos presídios aumentou consideravelmente nas últimas duas décadas, em decorrência de problemas graves na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental. Também resta claro que os SRTs são moradias, unidades individuais, podendo ser casas ou apartamentos. Estas unidades não necessitam ser células isoladas, periféricas; de acordo com o planejamento e projeto do gestor, podem constituir condomínios ou vilas terapêuticas, em comunidades urbanas, e até rurais, desde que garantidos os direitos básicos e inalienáveis dos moradores. Arranjos verticais (apartamentos) podem ser uma solução em grandes centros urbanos.

Altera ainda o § 1º do Art. 80 do anexo V, definindo os SRT Tipo I, como moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher até no máximo 10 (dez) moradores. A estrutura de financiamento federal manteve-se a mesma, entendendo o Ministério da Saúde que estes Serviços devem ser cofinanciados pelos Estados e Municípios.

De acordo com o artigo 83 do anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS 03/2017, que estabelece *“normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS”*, em seu item IV, os SRTs devem estar *“sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo”*. Mais adiante, o artigo 85 desta mesma portaria de consolidação estabelece *“que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:*

I - 01 (um) profissional médico;

II - 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial”

Apesar de ser um serviço majoritariamente ligado à rede municipal, sendo esta a vinculação preferencial, há que se destacar que não há vedação à abertura de SRTs de gestão estadual, se esta for a estratégia definida para potencializar o processo de desinstitucionalização e garantia de direitos de cidadania dos pacientes com transtornos mentais necessitados deste tipo de acolhimento. Ainda citando o artigo 83 do anexo V da portaria de consolidação GM/MS 03/2017, complementam o item IV (acima) os itens III e V:

III - estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, c)

V - a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, e)

Adicionalmente, o Ministério da Saúde reforça seu entendimento quanto à importância de que os leitos ocupados por pacientes que serão transferidos para os SRTs permaneçam abertos nos Hospitais Psiquiátricos, para ofertar tratamento aos pacientes com quadros clínicos agudos, em situações que os mesmos ofereçam risco a si ou a terceiros. Orienta-se a priorização de acolhimento a pacientes em maior situação de vulnerabilidade nos SRTs. Aqueles pacientes que já estejam abrigados em equipamentos estatais ou filantrópicos diferentes de Hospital Psiquiátrico, como equipamentos da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, lares abrigados, condomínios terapêuticos e moradias protegidas, desde que em condições aceitáveis, não devem ser transinstitucionalizados.

Conforme explicitado em diversos trechos desta Nota Técnica, não há mais possibilidade de continuar o fechamento de leitos psiquiátricos no país, pois há importante déficit de vagas para internação de pacientes com quadros clínicos agudizados, o que tem gerado impactos negativos nos indicadores em Saúde Mental. No Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) será cobrado este compromisso dos gestores, para que a saúde da população não seja comprometida.

6.3 Avaliação Funcional dos Ingressantes

Como sugestão de ferramenta de avaliação de grau de independência funcional para as atividades de vida diária dos pacientes encaminhados para SRT, fica sugerida a versão brasileira da escala “Medida de Independência Funcional (MIF)”, validada em 2004 (Riberto, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica. 11, 2 (ago. 2004), 72-76. <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102481/100795>):

“Trata-se de um instrumento amplamente utilizado internacionalmente para avaliação da capacidade funcional e tem como diferencial a incorporação da avaliação cognitiva. A escala é composta por 18 categorias agrupadas em seis dimensões: autocuidado, controle de esfínteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item tem uma pontuação de 1 a 7, em que 1 corresponde à dependência total e 7, à independência completa. Cada dimensão é analisada pela soma dos itens que a compõem. Nesse instrumento são

descritos dois domínios: o motor, referente às dimensões de autocuidado, controle de esfínteres, transferências e locomoção; e o cognitivo, que engloba as dimensões de comunicação e cognição social.

*O escore total da MIF é obtido somando-se a pontuação de cada dimensão, sendo que o mínimo é de 18 e o máximo, de 126 pontos. Até 18 pontos, considera-se que há dependência completa, com necessidade de assistência total; de 19 a 60 pontos, dependência modificada, com assistência de até 50% na tarefa; de 61 a 103 pontos, dependência modificada, com necessidade de assistência de até 25% na tarefa e de 104 a 126 pontos, equivalente a independência completa/modificada.”*Fonte: MINOSSO, JSM et al . Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 23, n. 2, p. 218-223, Apr. 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso.

A utilização de instrumento padronizado e validado deve auxiliar na uniformização da comunicação e na avaliação mais objetiva dos pacientes, ou seja, quantitativa do grau de independência do paciente em processo de encaminhamento para SRT, de forma a orientar o planejamento de ações por parte do gestor e equipe de saúde envolvidos no acolhimento.

Quadro 1 – Escala MIF - Medida de Independência Funcional

CATEGORIAS	Escore						
	1	2	3	4	5	6	7
CUIDADOS PESSOAIS							
1. Alimentação							
2. Auto cuidado							
3. Banhar-se							
4. Vestir tronco superior							
5. Vestir tronco inferior							
6. Higiene íntima							
CONTROLE ESFINCTERIANO							
7. Controle vesical							
8. Controle intestinal							
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS							
9. Cama / cadeira / cadeira de rodas							
10. Banheiro							
11. Banho chuveiro / banheira							
LOCOMOÇÃO							
12. Andar / cadeira de rodas							
13. Escadas							
COMUNICAÇÃO							
14. Compreensão							
15. Expressão							
COGNITIVO SOCIAL							
16. Interação social							
17. Resolver problemas							
18. Memória							
ESCORE TOTAL							

6.3.1 Guia de aplicação

“Neste instrumento, o escore inclui: 7 pontos representando o nível de completa independência e 1 ponto, a completa dependência. O escore total na escala MIF é calculado a partir da soma de pontos atribuídos a cada item dentro das categorias. Essa pontuação é estipulada pela escala, através de seu equivalente em funcionalidade, definidos no quadro abaixo, com escore mínimo de 18 e máximo de 126.

É importante ressaltar que o escore total da MIF é de 126 pontos, porém é possível obter três classificações que são as condições: sem ajuda (S.A.) – escores 7 e 6; necessitando de ajuda (N.A.) – escores 5, 4 e 3; e dependência completa (D.C.) – escores 2 e 1.”

NÍVEL	EQUIVALENTE EM FUNCIONALIDADE
7 (S.A.)	Independência completa: toda tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável
6 (S.A.)	Independência modificada: capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente
5 (N.A.)	Supervisão: sujeito necessita somente supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contato ou a ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário
4 (N.A.)	Mínima assistência: necessita uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa)
3 (N.A.)	Moderada assistência: necessita uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, (realiza 50% do esforço necessário na tarefa)
2 (D.C.)	Máxima assistência: utiliza menos que 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total.
1 (D.C.)	Total assistência: assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa.

Fonte: FRESCHI, Larissa. Avaliação da qualidade de vida e funcionalidade em pacientes com doença arterial coronariana submetidos à revascularização cirúrgica ou angioplastia. 2011. 98 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2S2FG5b>

7 Esclarecimentos sobre as solicitações de incentivos e habilitações via SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde

O SAIPS foi instituído pela Portaria nº 281, de 27 de fevereiro de 2014, e é uma ferramenta de gestão que foi desenvolvida para facilitar e agilizar os pedidos de recursos – feito por gestores Municipais, Estaduais ou do Distrito Federal – para custeio, implantação, habilitação ou credenciamento de equipes, unidades e serviços em saúde. Trata-se de um instrumento de comunicação, que organiza o processo e permite transparência na sua condução. Alerta-se que a

senha é de uso pessoal e intransferível, devendo os gestores manterem o cadastro de profissionais ativos atualizado, sendo que cada usuário é responsável pelas informações prestadas.

O fato de o SAIPS ficar aberto a novos pedidos de maneira permanente no caso dos serviços e equipes da RAPS pode gerar a expectativa equivocada de que as aprovações são automáticas, como se o registro fosse mera formalidade, sem estar sujeito ao julgamento técnico, ao planejamento, às prioridades eleitas pela área, às contingências orçamentárias e à responsabilidade fiscal.

A tramitação e aprovação final de cada proposta está sempre condicionada à avaliação de instâncias superiores, análise de prioridades do Ministério, com base em planejamento e em indicadores epidemiológicos, bem como à disponibilidade de dotação orçamentária do Ministério da Saúde, que tem teto e programação definida, mas sujeita a mudanças.

Por fim, destaca-se a redação do Artigo 8º da Portaria GM/MS 281/2014:

Art. 8º O cadastramento da proposta não gera quaisquer obrigações ao Ministério da Saúde em relação ao seu atendimento.

§ 1º As propostas enviadas ao Ministério da Saúde por intermédio do SAIPS serão analisadas conforme os critérios definidos para cada Rede, Programa ou Política.

§ 2º A área técnica responsável pela Rede, Programa ou Política analisará o mérito da solicitação, podendo indicar adequações, aprovar, aprovar com pendências a serem sanadas em prazo determinado ou rejeitar a proposta.

§ 3º O gestor público de saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal deverá assegurar o monitoramento da execução de cronograma ou de solução de pendências definidas para as propostas.

8 Definição de itens de financiáveis (custeio e investimento):

São frequentes as dúvidas de gestores sobre as definições de itens financiáveis com recursos repassados pelo Governo Federal. São conceitos importantes aqueles que definem materiais/itens permanentes e materiais/itens de consumo, bem como recursos para custeio e recursos para investimento (capital). É vedada a destinação de recursos de capital para realização de despesas de custeio e vice-versa. Se isso acontecer, a entidade deve submeter justificativa à avaliação do órgão responsável pela análise de sua prestação de contas.

Recursos de capital, conhecidos como investimento, são recursos aplicados no patrimônio, tais como obras, construções, instalações e aquisição de equipamentos e materiais permanentes, que são incorporados ao patrimônio. Já os recursos da categoria de custeio destinam-se a cobrir despesas relacionadas à aquisição de material de consumo (materiais de uso corrente, como materiais de escritório, insumos, limpeza, materiais para reparos e adequações, contas de água, luz, etc.) e contratação de serviços (manutenção hidráulica, portaria, segurança, transporte, elétrica, telefonia, jardinagem etc.).

Tais definições podem ser consultadas na Portaria nº 448 da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, de 13 de setembro de 2002, disponível neste link: <https://bit.ly/2tdul3N>

Destaca-se:

Art. 1º - Divulgar o detalhamento das naturezas de despesa, 339030 - Material de Consumo, 339036 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Física, 339039 - Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica e 449052 -Equipamentos e Material Permanente, de acordo com os anexos I, II, III, IV, respectivamente, para fins de utilização pela União, Estados, DF e Municípios, com o objetivo de auxiliar, em nível de execução, o processo de apropriação contábil da despesa que menciona.

Art. 2º - Para efeito desta Portaria, entende-se como material de consumo e material permanente:

I - Material de Consumo, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei n. 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;

II - Material Permanente, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

Art. 3º - Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente:

I - Durabilidade, quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;

II - Fragilidade, cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço ou deformável, caracterizando-se pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;

III - Perecibilidade, quando sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;

IV - Incorporabilidade, quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal; e

V - Transformabilidade, quando adquirido para fim de transformação.

9 Monitoramento

Destaca-se, por fim, relativamente ao monitoramento do processo de implantação e adequada gestão dos serviços da RAPS, que a Portaria n.º GM/MS 3462/2010 estabelece o que segue: "Art. 4º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a Estados, Municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas". Desse modo, é obrigatório o registro mensal dos procedimentos no sistema de informação do Ministério da Saúde para o efetivo custeio dos Serviços. Tal normativa foi reiterada pela Resolução CIT n.º 36/2018.

Quanto aos incentivos financeiros de parcela única para implantação de novos Serviços da RAPS, bem como para qualificação de Serviços já existentes, a Portaria de Consolidação GM/MS n.º

6/2017 estabelece prazos para que os gestores implantem os respectivos Serviços. Assim sendo, caso os gestores, que receberam os incentivos financeiros, mas que não implantaram os Serviços, deverão devolver os recursos para a União. Tal normativa foi reiterada pela Resolução CIT n.º 35/2018.

Quirino Cordeiro Júnior

Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL



Documento assinado eletronicamente por **Quirino Cordeiro Junior, Coordenador(a)-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas**, em 04/02/2019, às 15:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **7718127** e o código CRC **C21AEA49**.

Referência: Processo nº 25000.021223/2019-50

SEI nº 7718127

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - CGMAD
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br