
SER Social

CRISE, FLUXOS MIGRATÓRIOS E POLÍTICAS SOCIAIS
Brasília, v. 23, n. 49, julho a dezembro de 2021

A Saúde Mental no Planejamento da Política de Saúde Brasileira

*Mental Health in Brazilian Health Policy Planning/
La salud mental en la planificación de políticas de salud brasileñas*

Edineia Figueira dos Anjos Oliveira¹

Resumo: Este artigo analisa os Planos Nacional de Saúde, no período 2000-2019, verificando se as ações de saúde mental propostas estão em conformidade com as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira 10.216/2001. Trata-se de pesquisa documental envolvendo cinco planos governamentais entre 2000-2003, 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015, 2016-2019. Para análise dos dados, utilizou-se Análise de Conteúdo. Os planos evidenciaram a luta no processo de implementação das ações propostas na direção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tensionada por diferentes sujeitos contrários e a favor do projeto de implementação da reforma da

1 Assistente Social, pós-doutoranda em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo); doutora em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (2017); mestra em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (2009), com pesquisa financiada pelo CNPq e graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (2001). E-mail: eoliveiranj@yaho.com.br.

Política de Saúde Mental. Identificou-se que o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica ora avança ora retrocede, dependendo da correlação de forças dos sujeitos envolvidos nesse processo. Mas, no atual cenário político brasileiro prevalecem os desmontes que essa política vem sofrendo, em especial com a aprovação da Portaria 3.588/17, fortalecidos na Nota Técnica nº 11/19.

Palavras-chave: política de saúde; saúde mental; reforma psiquiátrica.

Summary: This article analyzes the National Health Plans, in the period 2000-2019, verifying if the proposed mental health actions are in compliance with the guidelines of the Brazilian Psychiatric Reform Law 10.216/2001. This is documentary research involving five government plans between 2000-2003, 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015, 2016-2019. For data analysis, Content Analysis was used. The plans evidenced the struggle in the process of implementing the actions proposed in the direction of the Brazilian Psychiatric Reform, tensioned by different opposing subjects and in favor of the project to implement the reform of the Mental Health Policy. It was identified that the process of implementation of the Psychiatric Reform now advances, now goes backwards, depending on the strength correlation of the subjects involved in this process. However, in the current Brazilian political scenario, the dismantling that this policy has been undergoing prevails, especially with the approval of Ordinance 3,588 / 17, strengthened in Technical Note No. 11/19.

Keywords: health policy; mental health; psychiatric reform.

Resumen: Este artículo analiza los Planes Nacionales de Salud, en el período 2000-2019, verificando si las acciones de salud mental propuestas cumplen con los lineamientos de la Ley de Reforma Psiquiátrica brasileña 10.216/2001. Se trata de una investigación documental que involucra cinco planes gubernamentales entre 2000-2003, 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015, 2016-2019. Para el análisis de datos se utilizó el Análisis de Contenido. Los planes evidenciaron la pugna en el proceso de implementación de las acciones propuestas en la dirección de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, tensadas por diferentes sujetos opositores ya favor del proyecto de implementación de la reforma de la Política de Salud Mental. Se identificó que el proceso de implementación de la Reforma Psiquiátrica ahora avanza, ahora retrocede, dependiendo de la correlación de fuerza de los sujetos involucrados en este proceso. Sin embargo, en el actual escenario político brasileño, prevalece el desmantelamiento que ha venido experimentando esta política, especialmente con la aprobación de la Ordenanza 3.588 / 17, reforzada en la Nota Técnica No. 11/19.

Palabras clave: política de salud; salud mental; reforma psiquiátrica.

Introdução

A Lei 8.080/1990 instituiu os Planos de Gestão da Saúde como instrumento básico do planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). O Plano Nacional de Saúde é um instrumento central de planejamento, que deve orientar o Executivo na elaboração do Plano Plurianual (PPA); da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); e da Lei Orçamentária Anual (LOA), como definidos pelo art. 165 de Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 1988).

O cumprimento dessa orientação legal é a base para garantir recursos para o desenvolvimento das ações de saúde que devem ser planejadas. Em tese, nenhuma ação que não esteja no plano é passível de financiamento, salvo em situações de emergência ou calamidade pública na saúde, conforme versa o § 2º do art. 36 da Lei 8.080 (BRASIL, 1990).

A proposta deste artigo é analisar os Planos Nacionais de Saúde, no período 2000-2019, verificando se as ações de saúde mental propostas estão em conformidade com as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira 10.216/2001 (BRASIL, 2001a). Analisar os Planos de Gestão da Saúde é uma importante ferramenta para compreendermos a direção dada pelo governo brasileiro à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), bem como o processo de configuração da mesma.

Para tanto, foi realizada pesquisa documental envolvendo cinco planos governamentais entre 2000-2003, 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015 e 2016-2019. Os dados foram organizados em um quadro, considerando os períodos plurianuais e norteados por duas questões que orientaram as análises: Quais ações da Política de Saúde Mental foram planejadas? As ações planejadas sustentaram-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica? Para analisar os dados foi utilizada a Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977), tendo por eixos: Ações de Saúde Mental; Sustentação ou não nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

O recorte temporal deste estudo demarcará um movimento contraditório: Por um lado, a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental

ofereceram sustentação para a PNSM a partir de 2001, o que permitiu ao Ministério da Saúde (MS) criar linhas específicas de financiamento para serviços substitutivos aos manicômios, como também, mecanismos para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos em todo o país, possibilitando, gradativamente, o redirecionamento dos recursos da assistência hospitalar para uma assistência de base territorial (OLIVEIRA, 2017). Por outro lado, a pressão dos donos de hospitais psiquiátricos e da indústria farmacêutica, toma força no Legislativo, exercendo influência para aprovação de normativas que recuam à PNSM sustentada nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O destaque para o planejamento das ações na perspectiva crítica requer considerar o contexto histórico marcado pelos governos de Fernando Collor de Melo/Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva, Dilma Rousseff, Michel Temer e início do governo de Jair Messias Bolsonaro. Destaca-se, nesta análise, a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica (em 2001); a estabilidade da Coordenação de Saúde Mental, comprometida com a Reforma Psiquiátrica: *Pedro Gabriel Godinho Delgado* (2001-2010), substituído por Roberto Tykanori (2011-2015), que manteve o comprometimento com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica; e as instabilidades das gestões posteriores que não se comprometeram com as diretrizes da reforma: Duarte Filho (dezembro de 2015 a maio de 2016), ex-diretor do maior hospital psiquiátrico de Paracambi no Rio de Janeiro; o médico Quirino Cordeiro Junior (2017-2019), assumiu a cadeira de Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, sob duras críticas e resistências do movimento antimanicomial, frente a sua atuação que fortaleceu os interesses de grupos privados que oferecem serviços no campo da saúde mental; e, Maria Dilma Alves Teodoro, que segue na mesma perspectiva (2020-).

Este artigo expressa comprometimento com a luta pela Reforma Psiquiátrica (RP) e pretende colaborar com o debate profissional, das principais categorias que atuam no campo da saúde mental, sobre a importância do planejamento para garantir recursos e inserção da política no orçamento do governo e direcioná-la.

O artigo está estruturado em duas seções. A primeira analisa os cinco planos plurianuais com descrição das ações definidas estrategicamente que ora avançam ora retrocedem na direção das diretrizes da RP. A segunda apresenta conclusões que alertam: se antes havia avanços a ser comemorados, na atual conjuntura política social vigente, percebe-se a necessidade de reforçar a luta e a mobilização pelos princípios da RP, que têm sido minados no cenário atual.

Os Planos Nacionais de Saúde e a Saúde Mental

Esta seção apresenta um quadro síntese das ações previstas nos Planos Nacionais de Saúde 2000 a 2019 (Quadro 1), e expõe para análise, os planos por períodos, em cinco subseções: a inserção das ações de saúde mental no plano 2000 a 2003, período demarcado pela aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (2001); plano 2004 a 2007; plano 2007 a 2011; plano 2012 a 2015; e plano 2016 a 2019.

O quadro evidencia que as diretrizes e ações planejadas no período 2000-2011 sustentam a reversão do modelo hospitalocêntrico, tendo como estratégia redirecionar os gastos com internação hospitalar para as ações extra-hospitalares de base comunitária; e a ampliação da atenção em saúde mental em base territorial, com a proposta de expansão dos dispositivos assistenciais desinstitucionalizantes, em especial os Centros de Atenção Psicossocial.

Quanto ao período 2012-2015, o direcionamento é outro. A diretriz definida “Fortalecimento da rede de saúde mental” teve ênfase no enfrentamento ao crack, presente nos discursos dos candidatos à campanha eleitoral para Presidência da República, em 2010. A prioridade definida no plano sustentou a implementação do plano Crack é Possível Vencer e exigiu, além da ampliação dos serviços de saúde mental existentes, a instituição de novos serviços, ampliando a participação de grupos de interesses no campo da saúde mental.

No plano 2016-2019, a diretriz “Implantação da rede de atenção à saúde mental nas regiões de saúde” sustenta o cumprimento do Decreto n. 7.508/2011, que exige o desenho da Rede de Atenção à Saúde Mental e amplia a disputa por espaço e recurso.

Quadro 1 – Ações previstas nos Planos Nacionais de Saúde 2000 a 2019

Planejamento 2000-2003	Planejamento 2004-2007	Planejamento 2008-2011	Planejamento 2012-2015	Planejamento 2016-2019
Diretriz – Reversão do modelo hospitalocêntrico.	Diretriz – Ampliação da atenção em saúde mental em base territorial.	Diretriz – Ampliação de ações e serviços de base comunitária e territorial.	Diretriz – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.	Diretriz – Implantação da rede de atenção à saúde mental nas regiões de saúde.
Ações Planejadas: 1 – Redução dos gastos com internação hospitalar com transtornos mentais em relação aos gastos total com internação na rede SUS.	Ações planejadas: 1 – Ampliar o número de dispositivos assistenciais extra-hospitalares (CAPS, SRTs, Leitos em hospitais gerais). 2 – Ampliar o número de beneficiários do programa De Volta Para Casa.	Ações planejadas: 1 – Ampliar o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Ações planejadas: 1 – Ampliar os pontos de Atenção da RAPS 2 – Ampliar o número de beneficiário do “programa De Volta para Casa”. 3 – Implementar o programa de qualificação da RAPS. 3 – Criar protocolo clínico e de atendimento em Saúde Mental. 4 – Implantar pontos de tele-saúde nas unidades de atenção à saúde mental, álcool, crack e outras drogas. 5 – Garantir incentivo Financeiro de Custeio para projetos de reabilitação psicossocial por meio de editais. 6 – Aprimorar políticas, programas e ações na prevenção ao uso de álcool e outras drogas. 7 – Desenvolver ações intersectoriais para geração de renda e moradia, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério das Cidades.	Ações planejadas: 1 – Ampliar o número de beneficiário do programa de Volta para Casa (PVC). 2 – Ampliar o número de Serviços Residenciais Terapêuticos. 3 – Ampliar o número de Consultório na Rua. 4 – Ampliar o número de CAPS.

Fonte: Plano Nacional de Saúde 2000-2019 (Sistematização própria).

O Plano Nacional de Saúde 2000-2003 num contexto de aprovação da Lei n. 10.216/2001

Este plano entra em ação em um período sinalizado por Borges e Baptista (2008) como momento de retomada para expansão do processo de implementação da RP. O direcionamento político do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), que assumiu em janeiro de 1995, impôs limites à PNSM (OLIVEIRA, 2017). O governo efetuou mudanças na estrutura do MS, resultando no enfraquecimento da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), que abrigava a Coordenação Nacional de Saúde Mental. Esta foi desarticulada enquanto estrutura de formulação política, sendo alocada na Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), instituída pelo novo governo. A SPS submeteu a Coordenação Nacional de Saúde Mental a um caráter mais consultivo que propositivo e sem poder de articulação interna ou externa, neutralizando-a, dado ao arranjo estrutural do MS (BORGES; BAPTISTA, 2008; OLIVEIRA, 2017). Assim, nos anos de 1997 e 1999 denominado por Borges & Baptista (2008) como momento de latência², observaram-se vazios de portarias, sem avanços no processo de implementação da RP.

Mas, a década de 2000 demarca a reocupação do espaço e da iniciativa política na esfera federal, para avanços e conquistas no plano normativo. Um militante da saúde mental ocupa a Coordenação Nacional de Saúde Mental, em 2000, com a intenção de dinamizar politicamente e acumular forças junto à liderança do Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP) para a retomada do processo de implementação da PNSM na direção da RP (OLIVEIRA, 2017). Um de seus maiores desafios foi articular forças e estratégias para a aprovação da Lei n. 10.216, além de organizar e convocar a III Conferência Nacional de Saúde Mental (VASCONCELOS, 2012). Pedro Gabriel Delgado assumiu a coordenação sem dispor de uma estrutura

2 A denominação justifica-se pelo fato de que, apesar de não ter se obtido avanços na política, manteve-se a coerência interna da condução política, não permitindo o desmantelamento das conquistas do momento germinativo, a primeira década de 1990. (BORGES; BAPTISTA, 2008).

física adequada para o trabalho, bem como de uma equipe técnica, o que demandou articulações para a estruturação do trabalho³.

No Plano Nacional de Saúde 2000-2003, a diretriz expressa para a saúde mental é a “Reversão do modelo hospitalocêntrico”, o que expressa compromisso político governamental de desconstrução do modelo manicomial. Segundo Borges e Baptista (2008), no período 2002 a 2004, retomou-se o processo de aceleração da desospitalização e da ampliação de serviços extra-hospitalares, que vinha sendo implantado desde o início da década de 1990, mas desacelerado no governo FHC (1995-2002).

A ação definida é a redução dos gastos com internação hospitalar com pessoas com transtornos mentais em relação ao gasto total com internação na rede SUS e a estratégia é reverter os gastos hospitalares para gastos extra-hospitalares. Em 2000 o gasto hospitalar era de 88% sobre o total gasto na saúde mental, sendo apenas 12% destinados às ações extra-hospitalares (OLIVEIRA, 2017). A ação proposta no plano possibilitou o monitoramento e a avaliação das internações psiquiátricas para propostas de ações de redução tanto do número de leitos disponíveis quanto das internações abusivas. O processo de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos (HPs) é pauta de luta do MRP travada no mundo e no Brasil. (VASCONCELOS, 2012).

É um período de produção normativa para redução dos leitos psiquiátricos, colocando em embate dois projetos em curso: o da indústria da loucura representado por donos de HPs, que não abrem mão do lucrativo investimento na prestação de serviços assistenciais, e do MRP, que defendem o fim dos HPs e a criação de uma rede diversificada extra-hospitalar (OLIVEIRA, 2017), que vai se tornando possível com a regulamentação legislativa para financiamento da rede de atenção psicossocial (Residências Terapêuticas em 2000, CAPS em 2002, programa De Volta para Casa em 2003). (VASCONCELOS, 2012).

3 Entrevista concedida pelo professor Pedro Gabriel Delgado à Mirian Cátia Basílio Denadai (2015), para elaboração da tese de doutorado intitulada *O Legislativo Federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas?*.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2007 e a luta pela redução de leitos psiquiátricos

A diretriz estabelecida para a saúde mental nesse plano é a “Ampliação da atenção em saúde mental, em base territorial”. O plano apresenta duas ações: 1) expandir a rede de serviços extra-hospitalares para transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS, SRTs, leitos em hospitais gerais); 2) ampliar o número de beneficiários do programa De Volta Para Casa.

A expansão da rede de serviços de base territorial estava condicionada à redução de leitos psiquiátricos para redirecionamento dos recursos. Entre 2002 e 2004, o MS fechou 5.579 leitos em macro-hospitais (BRASIL, 2012a), iniciando um processo de resistência declarada aos fechamentos desses leitos por parte da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Nesse sentido, o MS, a despeito das resistências enfrentadas, manteve a redução de leitos psiquiátricos, que se realizou estrategicamente a partir de macro-hospitais, para garantir a mudança do perfil hospitalar. A intenção era que fossem predominantes os leitos em hospitais de pequeno porte (até 160 leitos), ao invés de macro-hospitais (acima de 400 leitos) que, em geral, apresentavam precárias condições sanitárias. (BRASIL, 2006a).

Sobre a ampliação do número de beneficiários do programa De Volta Para Casa⁴, é mister considerar que, em 2004, o número de usuários cadastrados no PVC não tinha expressividade eram apenas 879, enquanto que o Manual do PVC (BRASIL, 2003) estimava como população alvo cerca de 15.000 mil usuários do SUS e a meta prevista de cobertura no plano 2004-2007 era de 10.000 egressos de longas internações psiquiátricas no SUS. Entre o número real de beneficiários (897) e a meta do Plano (10.000) vemos uma intenção não cumprida até os dias atuais⁵. Ou seja, o PVC enfrenta dificuldades para sua implementação, desde o seu financiamento até o fato de

4 O programa De Volta Pra Casa (PVC), instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2003), associado ao SRT, constitui-se em importante estratégia de desinstitucionalização, ocupando destaque no plano 2004-2007.

5 Em 2016, encontram-se cadastrados no PVC 4.394 beneficiários, número muito aquém do previsto em 2004. (BRASIL, 2016).

que muitos egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos não possuam documentação pessoal mínima para cadastramento, impossibilitando o acesso deles ao programa⁶. (OLIVEIRA, 2017).

As duas ações definidas no plano se direcionavam para a ampliação da Rede Assistencial Extra-Hospitalar, com destaque à necessidade de abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. A abertura de leitos em hospitais gerais, em substituição aos leitos em hospitais psiquiátricos, entra como meta no plano 2004-2007. Em 2004, dos 45.814 leitos psiquiátricos credenciados no SUS apenas 2.300 (5%) encontravam-se disponíveis em hospitais gerais (BRASIL, 2006a). O suporte em Hospital Geral consta na Rede de Atenção Psicossocial como componente da atenção hospitalar com internações de curta duração, como alternativa que substitua a internação asilar, possibilitando às pessoas com sofrimento psíquico permanecerem o mais próximo possível de seus territórios. (VASCONCELOS, 2012).

A partir de 2006, acirra-se a oposição ao fechamento de leitos, com presença constante e de maneira bastante consistente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) no espaço do Parlamento, para verbalizar essa oposição (DENADAI, 2015). O argumento contra a redução de leitos sustentava-se no discurso de que os CAPS não respondiam às demandas da saúde mental e que o fechamento dos leitos implicaria em desassistência (OLIVEIRA, 2017). A ABP construiu uma aliança com os parlamentares, que se tornou mais forte com o debate a respeito da política de drogas, que se instaurou no Legislativo, para aprovação da proposta da Lei de Drogas, como afirma Denadai (2015). A autora aponta que, após intenso debate no Congresso Nacional, a proposta da Lei foi sancionada em agosto de 2006 pelo então presidente Lula. A proposta no legislativo foi conduzida pela Secretaria Nacional de Drogas (Senad), com a participação do MS (BRASIL, 2006b). Uma posição consensual entre MS e Senad foi uma clara mudança no regime de tratamento ao usuário e do traficante que diferisse da antiga Lei nº 6368/76. Entretanto, no que se

6 Esse fator demanda a ação de órgãos externos, como a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal e a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, para viabilizar o processo de certificação da existência desses sujeitos, que passa pelo direito à cidadania. (BRASIL, 2003).

referiu ao tráfico ocorreu dissenso, pois a Senad apoiou o aumento da pena de tráfico para cinco anos (DENADAI, 2015). A nova Lei sobre Drogas, aprovada sob o nº 11.343/06, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAPPD), que tem por objetivo articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção do uso indevido de drogas, a atenção e reinserção social e repressão à produção de drogas não autorizadas e ao tráfico ilícito (art. 3º) (BRASIL, 2006b). O avanço da Lei está no fato de que a mesma prescreve medidas de prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Entretanto, criminaliza a produção não autorizada e reprime duramente o tráfico de drogas. Assim, a questão das drogas torna-se pauta presente no Legislativo a partir de 2006, trazendo para a cena lideranças de partidos conservadores e grupos de instituições de internação privado⁷.

Também, a partir de 2006, ocorre a inversão dos gastos com a Política de Saúde Metal com registro de 54% do orçamento da saúde mental destinados para as ações extra-hospitalares, ultrapassando os gastos com assistência hospitalar, o que é fonte de tensionamento, pois acirra a disputa pelos recursos da saúde mental. (OLIVEIRA, 2017).

O Plano Nacional de Saúde 2008-2011 e o desafio para organizar Rede Assistencial de Saúde Mental

Esse Plano mantém como diretriz para a saúde mental “ampliar as ações e serviços de base comunitária e territorial”. A manutenção dessa diretriz demanda do MS, de estados e municípios, uma programação de ações de saúde mental que considere uma distribuição territorial de serviços, aspecto importante na consolidação da PNSM. No entanto, as estratégias de territorialização da RP não podem ser pensadas nos moldes da territorialização aplicada nas várias linhas de cuidado do SUS. Isto porque o SUS opera uma distribuição territorial baseada em otimização dos aparatos tecnológicos, de profissionais especializados, dentre outros (OLIVEIRA, 2017). No caso da saúde mental, para garantir a desinstitucionalização, é necessário

7 Recomenda-se leitura de Denadai (2015).

conformar uma rede de cuidados complexa. Mas sua complexidade encontra-se na capacidade de desenvolver um conjunto de ações e recursos voltados para a produção de autonomia, de relações de cuidado na perspectiva da integralidade e isso é produto das relações locais, construídas por profissionais, usuários e gestores (OLIVEIRA, 2017).

O plano define a saúde mental como uma área da saúde que exige uma política pública necessariamente intersetorial, com uma rede de cuidados de base comunitária, densa, diversificada, efetiva. A articulação intersetorial envolve a área da educação, assistência social, justiça, cultura, saúde, abrindo possibilidades para construção de ações mais decisivas para a saúde mental, tais como inserir as lutas da saúde mental no conjunto da luta popular por melhores condições de vida, trabalho, esporte, lazer, moradia, transporte, segurança, ou seja, políticas sociais que atendam às necessidades múltiplas da vida do sujeito. (VASCONCELOS, 2012).

Entretanto, a ação descrita no plano se resume a ampliar o número de CAPS, estabelecendo como meta passar de 1.411 CAPS (2007) para 1.841, em 2011, meta alcançada satisfatoriamente considerando o registro, no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de 1.934 CAPS em dezembro de 2011. Observa-se, na definição dessa ação, a centralidade dos CAPS enquanto dispositivo assistencial da Rede de Atenção à Saúde Mental e, apesar do mesmo não ser o único dispositivo assistencial, o MS utiliza “número de CAPS” como único parâmetro para se avaliar a cobertura assistencial em saúde mental. É importante destacar que no processo de implementação da Política de Saúde Mental, não ocorreu aumento de recurso para a área, apenas o redirecionamento dos gastos com ações hospitalares para as ações extra-hospitalares (OLIVEIRA, 2017). No limite dado, a centralidade a um dispositivo redireciona a atenção dos demais elementos da rede, necessários para responder às complexas demandas da saúde mental.

Mas, apesar de não terem sido registradas no plano, as ações de combate ao crack ocuparam a agenda do governo nesse período (DENADAI, 2015). O discurso baseado na pedagogia do terror contra o uso de drogas, iniciado no Congresso Nacional, em 2004,

ganhou força no cenário pré-eleitoral (2009), marcado, de um lado, pela tentativa da manutenção do Partido dos Trabalhadores (PT) na Presidência com a candidatura de Dilma Rousseff, e, do outro, a candidatura de José Serra, pelo PSDB. Por essa razão, tornou-se agenda de governo (RODRIGUES, 2012). O crack entrou como pauta na campanha presidencial impondo um plano de governo e nele a inscrição das internações involuntárias (RODRIGUES, 2012) na perspectiva saneadora, pois já era prevista na Lei nº 10.216.

Organizou-se, no Congresso Nacional, uma Frente Parlamentar Anticrack, que chegou a ter mais de 200 parlamentares (DENADAI, 2015). Embora liderada por partidos do campo conservador, era constituída por parlamentares de praticamente todos os partidos políticos (DENADAI, 2015). Os parlamentares que mais se destacaram na liderança da Frente Parlamentar Anticrack foram um senador do Estado do Espírito Santo e um deputado de Alagoas, ambos dirigentes de Comunidades Terapêuticas. O tema crack dominou a agenda do governo e do Legislativo, entre 2008 e 2010, fazendo parte da agenda política das eleições de 2010. O governo se viu pressionado a lançar o Plano Crack, no final de 2010, reforçando esse mercado para a oferta de serviços das Comunidades Terapêuticas. (DENADAI, 2015).

*O Plano Nacional de Saúde 2012-2015
e a centralidade do Plano Crack é possível vencer
na implementação da Política de Saúde Mental*

Este declara a centralidade do Plano Crack é Possível Vencer na implementação do PNSM. A diretriz expressa no Plano de Gestão da Saúde é o “Fortalecimento da Rede Atenção à Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas. (BRASIL, 2011).

O Plano Crack é Possível Vencer impulsionou uma série de portarias para garantir o financiamento das ações nele previstas (Portarias GM/MS nº 130 de 26/01/12, nº 121 de 25/01/12, nºs 122 e 123 de 2012, nº 131 de 26/01/12, nº 132 de 26/01/12, nºs 148, 349, 1.615, 953 de 2012). Tais portarias garantem recursos de custeio e/ou investimento para implantação dos novos serviços instituídos para compor a

Rede de Atenção Psicossocial da Saúde Mental, com ênfase no Plano Crack é Possível Vencer, a despeito do crack não ser a droga mais consumida. Essas portarias regulamentam os repasses de recursos dentro de ações orçamentárias definidas pelo MS para a saúde mental a partir de 2010⁸.

Destaca-se, dentre essas edições a Portaria nº 131/12, que institui incentivo financeiro para estados, municípios e o Distrito Federal apoiarem, em forma de custeio, aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012b). O custeio foi instituído no valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência.

Em nome do combate ao crack, há um processo de fortalecimento de um determinado tipo de instituição – as Comunidades Terapêuticas Religiosas ou não. Ou seja, a difusão do crack e a insuficiência de dispositivos assistenciais para responder à complexidade do problema que demandam intervenção na área da saúde e demais áreas assistenciais, tais como: Assistência Social, Educação, Esporte, Lazer e Habitação, entre outras, fortaleceram práticas manicomialistas de internações compulsórias ou de internações em comunidades terapêuticas de cunho religioso com propostas de intervenção antagônicas à lógica antimanicomial⁹.

Além da proposta de intervenção no cuidado com ampliação dos pontos de atenção da RAPS, esse plano definiu propostas de prevenção identificadas por duas ações: 1) Aprimorar políticas, programas e ações na prevenção ao uso de álcool e outras drogas; 2) Desenvolver ações intersetoriais para geração de renda e moradia, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com o Ministério das Cidades, o que fortalece a Política de Saúde Mental na direção da proposta da RP.

8 Para aprofundar leitura ler tese de doutorado de Oliveira (2017).

9 Sobre esse debate ler tese de doutorado de Bardi (2019) intitulada: Entre a "cruz" e a "caldeirinha": doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas.

Em 2015 foi alcançada a meta proposta pela RP em relação à inversão dos gastos com saúde mental. A partir desta data, o MS manteve uma das deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que designou 80% dos gastos para a rede substitutiva e 20% para o sistema hospitalar (BRASIL, 2010).

O Plano Nacional de Saúde 2016-2019 e os desafios para ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Nesse plano, a saúde mental é inserida no processo de aprimoramento e implantação das Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde¹⁰. É inscrita no plano como uma das redes de atenção a serem implantadas/implementadas nas regiões de saúde, ganhando *status* de área prioritária pelo MS. As ações definidas no Plano Nacional de Saúde apontam para a ampliação dos dois programas de cunho desinstitucionalizantes – inclusão de 2.400 beneficiários no PVC e ampliação do número de Serviços Residenciais Terapêuticos.

Propõem ainda a ampliação dos Consultórios na Rua, regulamentados pelas Portarias GM/SM nº 122 e 123 de 2012; e Unidades de Acolhimentos adulto e infanto-juvenil regulamentados pela Portaria GM/MS nº 121 de 2012; bem como a ampliação de CAPS e a implantação de 502 leitos de saúde mental em hospitais gerais. Tais dispositivos, que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial são reconhecidos por profissionais que atuam no campo da saúde mental como estratégicos na rede assistencial.

Mas, apesar de não encontrar registro no plano, o que tem se constatado nos três últimos anos é o movimento das Comunidades Terapêuticas para serem, efetivamente, incluídas na RAPS. Essa afirmação se explicita quando se considera a ampliação do número de vagas contratadas nas CTs, ação recente do Governo Federal para intervenção na problemática do crack. Em outubro de 2018, o governo em exercício, de Michel Temer, anunciou a ampliação de

10 O Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011a), que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS e seu planejamento define a constituição de *Região de Saúde a ser instituída com, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.*

50% do número de vagas em comunidades terapêuticas custeadas pelo Governo Federal (BRASIL, 2018). O edital para credenciamento das CTs, publicado em abril de 2018, previa, inicialmente, 6.000 vagas, que foram ampliadas para 9.395 e, segundo o governo, os recursos para a ampliação dessas vagas totalizaram cerca de R\$ 90 milhões oriundos dos ministérios: da Justiça (R\$ 40 milhões), Saúde (R\$ 40 milhões) e Desenvolvimento Social (R\$10 milhões) (BRASIL, 2018). Os defensores da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica denunciam esse tipo de estratégia, como uma das formas de privatização da saúde mental, retorno aos manicômios e à hospitalização. (MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2017).

Desde o lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (em 2010), a discussão das internações involuntárias realizadas por meio das Comunidades Terapêuticas vem desafiando a PNSM em particular, e a RP em geral (OLIVEIRA, 2017), conformando um projeto de desconstrução dessa política, pautada nas diretrizes da RP.

Esse projeto se fortalece ainda mais, a partir de 2017, com a edição da Portaria 3.588/GM/MS, aprovada pela CIT de 21 de dezembro de 2017. Tal portaria garante reajuste em até 60% das diárias pagas aos hospitais psiquiátricos por atendimento a pacientes internados por mais de 90 dias ou para os casos de reinternação no período inferior a 30 dias (BRASIL, 2017). Essa direção fragiliza a estratégia que vinha sendo adotada de realocação de recursos de ações hospitalares para ações extra-hospitalares e sinaliza a reorientação da PNSM em direção oposta às diretrizes da RP, pois tanto a estratégia de fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, quanto a não valorização para pagamento de AIH foi uma estratégia utilizada para priorizar a construção de uma rede de serviços de base territorial no cuidado à saúde mental.

Assim, a Portaria 3.588 mina a estratégia adotada pelos defensores da RP para garantir a ampliação de ações e serviços de base comunitária e territorial, e, contraditoriamente, mina a implementação das ações planejadas (Ampliação dos programas PVC, RTs, CnaR, CAPS). Vale destacar que, desde 2011, não se garantiu

aumento de repasse de recursos para o custeio dos CAPS, o que provoca um processo de precarização do serviço prestado por esse dispositivo assistencial.

A recondução que vem sendo dada à PNSM pelo MS, por meio da Coordenação Nacional da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, tem sido alvo de duras críticas feitas pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, expressa em nota de repúdio. O movimento declara que a atuação da atual gestão tem fortalecido a expansão de HPs e CTs, como também, possibilitado o sucateamento da Rede de Atenção Psicossocial além de questionar sua efetividade, desqualificando a condução da PNSM dos últimos 30 anos. (MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2017).

Em fevereiro de 2019, defensores da RP emitem Nota de Avaliação Crítica à Nota Técnica 11/2019¹¹, intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional Sobre Drogas”. A Nota Técnica 11/2019 é repudiada por reverter conquistas do MRP, instituídas legalmente a partir de 2001, por meio de portarias. O que se assiste é uma contrarreforma¹² da PNSM, que vem sendo instituída por meio de portarias e resoluções emitidas desde o final de 2017, por decisões autoritárias que não se abrem para debates públicos. (GULJOR, 2019).

A nota de Avaliação Crítica denuncia, além da destruição do modelo de atenção de base comunitária, o desfinanciamento da Política de Saúde Mental; a suspensão da publicação Saúde Mental em Dados, que teve sua última atualização em 2015, o que leva à conclusão de que os dados da saúde mental estão sendo monopolizados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental; denuncia a

11 No início de fevereiro de 2019, o Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro, emitiu a Nota Técnica 11/2019, intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas” (BRASIL, 2019). A Nota Técnica, apesar de se posicionar pela defesa e aprimoramento da Lei 10.216, de 2001, nega seus basilares, bem como outros dispositivos legais e constitucionais vigentes no país. (GULJOR, 2019).

12 O termo contrarreforma tem caráter conferido por Behring denominando um conjunto de reformas regressivas de cunho antidemocráticas, que implica em retrocesso social em benefício de grupos privilegiados. (BEHRING, 2003).

inclusão de hospitais psiquiátricos na RAPS com reajuste das AIHs; o financiamento para a compra de aparelho de eletroconvulsoterapia historicamente utilizado como estratégia terapêutica, de modo indiscriminado e punitivo nos manicômios no cenário assistencial brasileiro. (GULJOR, 2019).

O cenário atual aponta a necessidade dos usuários da saúde mental, familiares, trabalhadores, acadêmicos e pesquisadores, gestores e a população atendida pelo SUS se manifestarem frontalmente contrários à contrarreforma da PNSM, que se deu de forma explícita na aprovação da Portaria 3.588/17, fortalecida na Nota Técnica N° 11/19.

Conclusão

No período analisado (19 anos), observa-se que o processo de implementação da RP ora avança, ora retrocede, dependendo da correlação de forças dos sujeitos envolvidos nesse processo. Os Planos de Gestão da Saúde evidenciam que no período 2000 e 2011, a luta no processo de implementação das ações propostas para garantir a reforma da PNSM foi favorável aos sujeitos comprometidos com o projeto de implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Mas, a partir de 2012, observa-se no planejamento o resultado do tensionamento dos sujeitos contrários a este projeto. A configuração do planejamento abre espaço para inserir demandas de ampliação e instituição de serviços dispostos por grupos de interesse no campo da saúde mental, acirrando a disputa pelos poucos recursos disponíveis.

No atual cenário político brasileiro em que forças ultraconservadoras¹³ encontram-se em ascensão e forças de esquerda, que defendem o direito ao exercício de cidadania da pessoa com sofrimento psíquico, estão em desvantagens, a tensão aumenta. O que se constata é o redirecionamento da Política de Saúde Mental em direção contrária as diretrizes da RP.

13 Ultraconservador porque não se trata de um conservadorismo no sentido tradicionalista da palavra, nostálgica do passado, mais de um autoritarismo violento que alimenta o nacionalismo xenófobo, o ódio à esquerda, ao feminismo, aos homossexuais, a intolerância religiosa ou étnica (racista) contra o “outro” e a violência policial/militar como única resposta aos problemas sociais e à criminalidade. (LOWY, 2018).

O marco da análise em questão foi a aprovação da Lei 10.216/2001 que possibilitou a edição de um conjunto de portarias, por parte do Governo Federal, garantindo financiamento para ampliação da rede pública de atenção à saúde mental de base territorial, o que representou avanço para a consolidação da RP. Observamos o esforço político do MS para expansão de serviços extra-hospitalares, como Centros de Convivência, CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos e criação de novos dispositivos assistenciais – como Unidade de Acolhimento, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à ESF –, que compõem estratégias de atenção em diferentes níveis de complexidade, necessários na composição da rede de atenção à saúde mental.

Constata-se ainda a prioridade para construção de CAPS, que se tornou central no conjunto de dispositivos assistenciais, constituindo-se em diversas modalidades, com destaque nos últimos anos para os CAPSad e CAPSi instituídos em resposta a um quadro epidemiológico que vem se agravando nos últimos anos. Em 2003, surgiram as primeiras normativas específicas de CAPSi, materializando a atenção à criança e ao adolescente como uma nova linha de atuação. Nesse mesmo ano, aprovou-se o Plano Estratégico para Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, prevendo a implantação de 70 unidades, até o final de 2004, o que garantiu a destinação de recursos fundo a fundo e extra teto para implantação e custeio de CAPSi (BORGES; BAPTISTA, 2008). Entretanto, há vazios assistenciais de CAPS em diversas regiões do país e deficiência no número de CAPS de maiores complexidades, em especial CAPS III.

Houve redução de leitos em hospitais psiquiátricos, em maior proporção nos hospitais públicos, e, em menor nos hospitais privados conveniados ao SUS, fato esse que provocou mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos. No entanto, não se conquistou, de forma satisfatória, a abertura de leitos em hospitais gerais para responder às urgências hospitalares (em atenção à crise) e, muito menos se garantiu a distribuição desses leitos nas regiões de saúde, ocasionando vazios assistenciais que não se limitam à assistência hospitalar, mas se estendem aos demais níveis de atenção. Nessa mesma direção, não se garantiram satisfatoriamente serviços de

urgência e emergência psiquiátrica na rede de atenção à saúde mental, nem articulação das equipes de saúde mental com as Estratégias à Saúde da Família e muito menos a articulação dos CAPS existentes com as demais instâncias de cuidados em saúde mental (Atenção Básica, rede de ambulatórios e hospitais, bem como as atividades de suporte social, como trabalho protegido, lazer, residências terapêuticas e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos). (LUZIO; YASSUI, 2010, p. 23).

Deve ser considerado um avanço a definição da Rede de Atenção Psicossocial como uma das cinco redes de atenção definidas pelo Decreto 7.508/11¹⁴; a saúde mental, com *status* de área prioritária do MS, avançando na definição da necessidade dos serviços nos vários níveis de atenção à saúde mental. Ademais, o desenho da rede descobre os vazios assistenciais e impõe aos gestores empenho na firmação do pacto pela saúde mental com definição de recursos.

Entretanto, vê-se como retrocesso a cobertura do PVC, que não se constituiu na Política de Saúde Mental como um indicador a ser alcançado nas gestões estaduais e municipais. Dito de outro modo, o MS não pactuou com os Estados e Municípios estratégias para garantir a ampliação da cobertura do PVC e não garantiu o monitoramento do número de pessoas descobertas pelo programa, a despeito de saber da existência de pessoas com sofrimento psíquico em instituição de longa permanência.

Mas o cume dos retrocessos foi galgado com a Portaria nº 3.588/2017, que coloca os manicômios na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e que redireciona uma quantidade significativa de recursos, que deveriam ser destinados aos dispositivos assistenciais de caráter desinstitucionalizantes, para as comunidades terapêuticas. A edição dessa portaria exigiu dos defensores da RP manifestações de repúdio à proposta de alteração da PNSM.

Por fim, mas não menos importante, merece destaque a luta incansável de atores que reacendem a luta pela RP iniciada na

14 São elas: rede cegonha; rede de atenção às urgências e emergências; rede de atenção psicossocial; rede de cuidados à pessoa com deficiência; e rede de atenção às pessoas com doenças crônicas. (BRASIL, 2011).

década de 1970, no momento em que ascende um Governo Federal com projeto político ultraconservador que coloca em risco a sobrevivência de todos os direitos de bem-estar social construídos nos últimos anos e, no limite, ameaçam instituições republicanas e o Estado Democrático de Direito, bem como do Sistema Único de Saúde/Saúde Mental. Neste cenário, o fantasma do retorno dos hospícios assombra e obriga a confrontar a cultura manicomial que resiste na sociedade brasileira e cuja desconstrução depende de todos os esforços desta e de futuras gerações.

Se, por um lado, observam-se avanços e conquistas no planejamento das ações da saúde mental no período, por outro lado, constatamos que o modelo manicomial tem se fortalecido em função dos retrocessos que marcam o atual cenário político brasileiro e o que se encontra em jogo, no momento, não são apenas as ameaças às diretrizes da RP, mas também à democracia do Brasil.

Aceito para publicação em: 25/09/2020.

REFERÊNCIAS

BARDI, G. **Entre a "cruz" e a "caldeirinha"**: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas. 2019. 343 f. Tese (Doutorado em Política Social). Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

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**, n. 24, v. 2, p. 456-468, fev. 2008.

BRASIL. Casa Civil. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 18/06/2013.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10/05/2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília, 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 20/02/2005.

BRASIL. Ministério da saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001b, 213 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em 20/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa De Volta para Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf>. Acesso em: 19/03/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 03**. Ano I, nº 3. Informativo Eletrônico. Brasília: dezembro de 2006a. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2006_SMD_03.pdf>. Acesso em: 10/08/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006b**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso 20 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011a**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 12/05/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 03/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 12b**. Ano VII, n. 11. Informativo Eletrônico. Brasília: outubro de 2012b. Disponível em: <<http://saudecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>>. Acesso em: 10/08/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012c**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 23/05/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estabelecimento de Saúde 2016**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde/Cadastro Nacional de Estabelecimento. Disponível em: <<datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em: 21/02/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Disponível em: <<http://www.cosemsg.org.br/site/index.php/todas-as-noticias-do-cosems/1585-portaria-n-3-588-altera-as-portarias-de-consolidacao-n-3-e-n-6-de-28-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 28/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comunidades Terapêuticas**: Governo amplia acolhimento para dependentes químicos. Disponível em: <<http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44488-governo-amplia-acolhimento-para-dependentes-quimicos-comunidades-terapeuticas>>. Publicado em: 09/10/2018. Acesso em: 23/03/2020.

BRASIL. 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://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 20/04/2020.

DENADAI, M. C. V. B. **O Legislativo federal e os projetos de lei sobre drogas no Brasil**: uma guerra entre velhos discursos ou novas alternativas? Tese (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

GULJOR, A. P. et al. **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019**. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>>. Publicada em: 18/02/2019. Acesso em: 20/04/2020.

LOWY, M. Extrema direita: um fenômeno planetário. **Revista Socialismo e Liberdade**, n. 23, 2018. p. 53-56.

LUZIO, Cristina Amelia; YASUI, Silvio. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 17-26, mar, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100003>. Acesso em: 22 de abril de 2013.

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL. **Nota de repúdio contra o desmonte da política de saúde mental**. Lançada em 11/12/2017. Disponível em: <http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/NOTA_DE_REPUDIO_CONTRA_O_DESMONTE_DA_SA%C3%9ADE_MENTAL_MNLA.pdf>. Acesso em: 24/06/2018.

OLIVEIRA, E. F. A. **Gastos da política de saúde mental e os rumos da reforma psiquiátrica**. Tese (doutorado em política social). Programa de Pós-Graduação em Política Social. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2017. 276 p.

RODRIGUES, T. **Narcotráfico**: uma guerra na guerra. 2. ed. São Paulo: Desatino, 2012, 144p.

VASCONCELOS, E. M. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. 8-21, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2033/2331>>. Acesso em: 12/01/2017.