

Propostas da ABRASCO para a política de saúde mental do governo Lula

Pensar a saúde mental no governo Lula é esperar, o que exige subir alguns degraus na reflexão e na construção do projeto. Como já aventado em alguns espaços de discussão, não se trata simplesmente de reconstruir o país, devastado nas suas políticas públicas mais fundamentais, mas de refundar o país. Essa defesa parte do pressuposto de que determinadas políticas ou pactos sociais, determinantes para se alcançar um avanço ético-político cruciais, não chegaram a ser construídos (ou o foram de forma incipiente). Dentre os mais importantes, destacam-se os pactos sociais que pudessem ser convertidos em medidas e práticas concretas de superar o racismo estrutural, o patriarcado, o colonialismo contemporâneo e o capitalismo financeiro. Nessa perspectiva, é preciso não somente retomar políticas progressistas e populares, mas aprofundá-las. Na saúde mental, esses aspectos reverberam no fato de que necessitamos **radicalizar a reforma psiquiátrica brasileira - RPB**, o que é diferente de ir além dela. Isto porque a RPB representa um formidável processo cuja implantação obteve reconhecimento internacional, inclusive pela Organização Mundial de Saúde - OMS, pela sua pujança em um país continental e com imensas desigualdades sociais e complexidade cultural.

No entanto, constatamos a insuficiência, desenvolvimento desigual pelo território nacional, ou destruição nos últimos seis anos de governo de elementos fundamentais para produzir uma **reforma psiquiátrica antimanicomial antirracista, antipatriarcal, antiproibicionista, decolonial, socialmente justa e emancipatória**. Dentre esses elementos, destacamos a necessidade de: 1) fechar os manicômios (instituições totais, tais como hospitais psiquiátricos monovalentes, comunidades terapêuticas, hospitais de custódia), substituindo-os pela oferta de uma rede de atenção psicossocial extensa, territorializada e densa em tecnologias de cuidado culturalmente sensíveis, pautados em uma clínica do sujeito e ampliada na consideração dos determinantes sociais da produção do sofrimento psíquico; 2) criar condições para desinstitucionalizar as pessoas, e não apenas desospitalizá-las, garantindo-lhes um lugar digno de inclusão social, por meio de estratégias de geração de renda e economia solidária, da garantia da possibilidade de transitarem e ocuparem a cidade, assegurando-lhes espaços de moradia, acesso ao transporte público, ao lazer e aos esportes, à arte e à cultura; 3) produzir estratégias de

desestigmatização; 4) inovar na atenção à crise em uma perspectiva não biomédica, mas biopsicossocial, fortalecendo a atuação de cuidado e promoção da saúde em redes sociais significativas e redes de apoio mútuo; 5) ampliar e fortalecer o cuidado em saúde mental para além da atenção especializada, capilarizando-o pela atenção primária à saúde, recriando os NASFs e revalorizando os ACS, e evitando, ao mesmo tempo, a medicalização da vida e o tratamento “baseado em patologias”; 6) identificar tipos de sofrimento psíquico e sofrimento social mais prevalentes ou em crescimento entre segmentos sociais distintos, tais como crianças, jovens, homens, mulheres, pessoas LGBTQIA+, povos indígenas, população negra, grupos de trabalhadores e trabalhadoras, bem como modalidades emergentes de expressão de sofrimento de modo a analisar o que os produz em uma perspectiva de interseccionalidade, de compreensão da sua dinâmica psicodinâmica e sociohistórica de modo a buscar estratégias para seu enfrentamento, garantindo, entre essas estratégias, cuidado individual ou em grupo às pessoas que os sofrem; 7) construir uma política de drogas antiproibicionista, cujo cuidado seja realizado em serviços comunitários e abertos (CAPSad e CAPSadIII, unidades de acolhimento, consultórios de rua e consultórios na rua, UPA, enfermarias clínicas de hospitais gerais, entre outros) orientados pela estratégia de redução de danos e de oferta de cuidado aos familiares e pessoas significativas, em caso de demanda, 8) fechar quaisquer serviços de caráter asilar como instituições de longa permanência "terapêutica" (ILPTs), residenciais de idosos e determinadas casas de “acolhimento” de crianças que funcionam de modo manicomial, substituindo-os por casas humanizadas, adequadas na produção de sociabilidade, afeto e produção de vida de acordo com as necessidades geracionais e, sobretudo, não indutoras de sofrimento psíquico; 9) produzir uma cultura de despatologização e desmedicalização da vida de pessoas em sofrimento psíquico, desenvolvendo uma perspectiva crítica que busque saídas criativas e recursos ecoetnopsicológicos, ao invés de reduzir-se fundamentalmente a recursos biomédicos ou psicologizantes; 10) Retomar, com maior organicidade e saber prático, um processo de educação permanente e formação de estudantes e trabalhadores, envolvendo, inclusive, usuário(a)s como formadores, em uma articulação entre universidades, escolas de governo, especialistas populares e especialistas em PICs e serviços da RAPS e do SUS; 11) Promover a integração da Rede de Atenção Psicossocial às outras Redes do SUS, da SUAS e de outros setores com vistas a responder, de modo eficiente e ágil, às necessidades sociais e de saúde da população em sofrimento mental.

Para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, é necessário apoiar as propostas de um conjunto de movimentos sociais, dentre os quais nos incluímos, que já circulam nas redes e que defendem a revogação de 25 normativas - portarias, leis, resoluções e decretos (como as que listaremos abaixo), cujo documento se intitula “REVOGAÇÕES necessárias para uma Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas antimanicomial”:

- NORMATIVA PRC-3: Consolidação, Portaria Normativa, Regulamentação, Rede De Atenção À Saúde, Rede De Serviço De Saúde, Redes Estaduais, Redes Regionais, Redes Temáticas De Atenção À Saúde. (DOU – página 192);
- Ministério da Saúde PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017;
- Ministério da Saúde PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012;
- 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;
- 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 67/2021;
- PORTARIA CONJUNTA Nº 4, DE 22 DE OUTUBRO DE 2020;
- Ministério da Saúde, PORTARIA 596 de 22 de março de 2022;
- Lei Complementar nº 187/2021;
- SISNAD - Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020;
- Ministério da Cidadania - PORTARIA MC Nº 690, DE 25 DE OUTUBRO DE 2021;
- Ministério da Cidadania – PORTARIA Nº 700, DE 25 DE OUTUBRO DE 2021;
- Lei nº 12318/2010;
- Lei nº 14340/2022;
- Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001: Art 3º, inciso III; Art 7º, inciso I. Art. 9º;
- Portaria 544/2018;
- Portaria 2.434/2018;
- Portaria 375/22;
- Decreto n. 9.761/2019;
- Decreto n. 9.926/2019;
- Decreto n. 9.759 de 11 de abril de 2019;

- Lei n. 13.840/2019;
- Resolução CIT n. 35/2018;
- Resolução CIT nº 36 – 2018;
- Resolução CONAD n. 01/2018;
- Decreto 10.087 de 05 de novembro de 2019.

Estas portarias levaram ao desvio de recursos essenciais para o financiamento de ações antimanicomias e, mais ainda, retomaram, fomentaram e induziram ações anteriormente superadas, entre as quais destacamos a recolocação do hospital psiquiátrico na rede de atenção psicossocial, a ênfase na internação compulsória de pessoas em uso problemático de drogas, inclusive de adolescentes, o estímulo a uma atenção baseada em especialidades psiquiátricas, a financeirização da atenção em saúde mental e o abusivo incremento pelo financiamento vultoso das comunidades terapêuticas, entre outras.

Evidentemente, as revogações serão um passo crucial, embora insuficiente, para garantirmos o fortalecimento e consolidação da RPB antimanicomial e, agora, avançarmos para os objetivos de incluir o racismo, o machismo, a LGBTQIA+fobia, o capacitismo, a desigualdade social e a segregação de classes como analisadores chave para compreender com vistas a superar o sofrimento por eles engendrado e para gerar novas formas de enfrentamento deste sofrimento.

Ainda que a construção de um novo governo, a partir de 01 de janeiro de 2023, e de políticas públicas mais radicais, do ponto de vista social, político, ético e cultural, sejam palco de disputas de diferentes projetos de governo inscritos em uma frente ampla que o sustenta, acreditamos que é necessário pautar e defender uma agenda democrática de amplos debates e de participação popular expressiva na direção dessa construção e dessa conquista. Nesse sentido, criar meios para fortalecer, inclusive com financiamentos específicos para formação política e autosustentação, os movimentos sociais que interatuam no interesse e na construção desta **reforma psiquiátrica antimanicomial antirracista, antipatriarcal, antiproibicionista, decolonial, socialmente justa e emancipatória** é indispensável, garantindo e aprofundando espaços de participação como os conselhos e as conferências de saúde, além dos múltiplos espaços de atuação da sociedade organizada na luta por seus direitos, por mais democracia e pela vida em liberdade.

Radicalizar na Reforma Psiquiátrica Brasileira é querer de volta o que nos foi retirado (a comida, o sustento, a dignidade, a paz, o diálogo...) e é desejar o que ainda formularemos através dos nossos sonhos, da nossa arte, do nosso “imaginário social radical”, comprometido com o devir do tempo de mudanças.

A gente não quer só comida,
A gente quer comida, diversão e arte.
A gente não quer só comida,
A gente quer saída para qualquer parte.

Titãs

Salvador, 8 de dezembro de 2022