

O DESMONTE DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL E A LUTA (DES)ANTIMANICOMIAL

THE DISMANTLING OF DRUG POLICY IN BRAZIL AND THE ANTI-ASYLUM (DES) FIGHT

Vitor Higor Fernandes Ramos¹

Resumo

A elaboração desta pesquisa bibliográfica e documental tem o objetivo de relatar a desconstrução de políticas públicas que vem ocorrendo no cenário brasileiro desde o início do século XXI, afetando primordialmente o Sistema Único Saúde (SUS) e seus instrumentos de saúde mental, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que são atacados diariamente por Desgovernos autoritários e que mantêm um cuidado a saúde de forma ainda hospitalocêntrica. Destacar ainda, que mesmo após o surgimento da Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001 (que dispõe sobre os direitos de pessoas que possuem transtornos mentais e dá uma nova disposição para a assistência em saúde mental), não foi suficiente para a efetivação de uma defesa antimanicomial, efetivando uma desconstrução dos movimentos sociais desde a construção do SUS.

Palavras-chave: Política Nacional sobre Drogas. Luta antimanicomial. SUS. Reforma Psiquiátrica Brasileira. Desinstitucionalização.

Abstract

The elaboration of this bibliographic and documentary research aims to report the deconstruction of public policies that has been occurring in the Brazilian scenario since the beginning of the 21st century, primarily affecting the Unified Health System (SUS) and its mental health instruments, such as the Health Network Psychosocial Care (RAPS), National Policy on Drugs (PNAD) and the Brazilian Psychiatric Reform (RPB), which are attacked daily by authoritarian DESgovernments and who maintain health care in a hospital-centric way. It should also be noted that even after the emergence of Law No. 10.216 of April 6, 2001 (which

¹ Acadêmico do curso Bacharelado em Farmácia pela Universidade da Amazônia (UNAMA), no instituto Centro de Ciências Biológicas da Saúde (CCBS).

provides for the rights of people with mental disorders and provides a new provision for mental health care), it was not enough for the realization of an anti-asylum defense, effecting a deconstruction of social movements since the construction of SUS.

Keywords: National Drug Policy. Anti-asylum fight. SUS. Brazilian Psychiatric Reform. Deinstitutionalization.

O tempo
O espaço
A gravidade
Não nos prendem
A dúvida
O medo
São roupas
Que já não nos servem
Aquele ânsia de vencer
Se foi
Quando eu venci
A mim mesmo
A dor que eu carregava
Não sobreviveu
À luz
Do meu sorriso
(Sérgio Pererê)

Introdução

O atual artigo tem o princípio de mostrar as faces do desmonte de políticas públicas de saúde mental que vem ocorrendo no Brasil desde o início dos anos 2000, promovendo um descaso com pessoas que possuem transtornos mentais e necessitam de acolhimentos que promovam a humanização do tratamento, consolidando o conceito do ‘EU’, direcionando seus envolvimento de forma coletiva, junto a uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, seus familiares e seu retorno para a sociedade.

Com isso, a lei n.10.216, de 06 de abril de 2001, foi um grande marco para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), pois foi a partir dessa lei, que pessoas que eram vistas como ‘loucas e perigosas’, puderam ter seus direitos e deveres garantidos por uma legislação específica que abordava sobre pessoas que possuíam adoecimentos mentais. A referida lei

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, dispondo em seu artigo 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” (BRASIL, 2001, p.1).

Contudo, para o aparecimento e aprovação dessa lei, movimentos sociais tiveram que lutar grandiosamente para sua efetivação, que culminou com o surgimento da Constituição Federal de 1988 e, logo em seguida, para o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que, no artigo 194 da Carta Magna, aborda o conceito de Seguridade Social, compreendendo um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (DO BRASIL, 2010). Ainda na parte da Seguridade Social na Constituição Federal (CF), os artigos 196 a 200 da seção II, respectivamente, falam sobre os deveres do governo e do poder público em oferecer saúde gratuita para todos os cidadãos e cidadãs brasileiras, afirmando em seu artigo 196º:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (FEDERAL, 1988, p.101).

Porém, mesmo com a construção e efetivação da CF de 1988 e a atual Lei da Política de Saúde Mental (Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2001), não foram suficientes para interromper os ataques direcionados ao sistema de saúde brasileiro, desqualificando todas as lutas que os movimentos sociais tiveram no meio do século XX (um dos exemplos é o Decreto Nº 9.761 de 11 de abril de 2019, que dispõe sobre a nova Política Nacional sobre Drogas, utilizando o termo “abstinência”, como forma de tratamento possível para as pessoas que possuem transtornos mentais).

A RPB foi um movimento que surgiu no início da década de 1970, em que se buscava o acesso à saúde para aqueles que eram considerados a margem da sociedade, para os ditos “loucos”. Esse movimento buscava a extinção do termo hospitalocêntrico (em que o indivíduo que era diagnosticado com alguma patologia mental, era tratamento SOMENTE dentro de hospitais ou clínicas de saúde, não possibilitando a sua reinserção na sociedade), para um tratamento direcionado as queixas do indivíduo, possibilitando o seu contato com a sociedade e a consolidação dos vínculos familiares que poderiam estar perdidos. O autor e ativista pelos

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

direitos mentais, Paulo Amarante, define em sua obra *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, o que pode ser considerado RPB:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica, o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (Amarante, 1995, p. 91).

Destarte, a metodologia utilizada para a escritura desse artigo foi a qualitativa e documental, sendo discutidos a posteriori do texto, mudanças recorrentes na Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e seus impactos na saúde mental e, como a importância dos militantes da saúde são importantes para o atual desmonte que se vive, frente ao sucateamento dos gastos financeiros do SUS e a volta dos manicômios com outros sinônimos (Unidades de Acolhimento (U/A), Hospitais Psiquiátricos, Residências/Comunidades Terapêuticas, entre outras), que desconsideram o sujeito e focam somente na medicalização e abstinência, como único suporte e ‘tratamento’ para suas doenças.

Política Nacional Sobre Drogas e a desconstrução da Redução de Danos

A construção de uma política de drogas voltada especialmente a pessoas que utilizam dessas substâncias psicoativas começou a dar os primeiros passos a partir de 1998, quando o Brasil começou a dar início à construção de uma política nacional específica sobre o tema das drogas (DUARTE, 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de drogas se refere a “toda substância que, pela sua natureza química tem a propriedade de afetar a estrutura e produz alterações no funcionamento do organismo”.

A partir disso, o Brasil deu passos largos para a construção de uma política que se voltasse diretamente para pessoas que utilizavam drogas, como a construção do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), ambas criadas em 1998. Porém, somente em 2002 que será instaurado a primeira política brasileira direcionada a drogas, a partir do Decreto Nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, que institui a extinta Política Nacional Antidrogas (PNAD). Esse Decreto dispunha sobre:

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

estabelecer objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, *redução de danos* (grifo do autor) sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas (BRASIL, 2002, p.1).

Eu chamo atenção para o termo “redução de danos”, que é utilizado pela primeira vez em uma legislação brasileira, sendo o Brasil considerando o uso da Redução de Danos (RD), como uma ação eletiva direcionada a usuários ou dependentes que utilizam substâncias ou drogas que causam dependência, que por motivos internos e externos, não conseguem ou não querem parar de utilizar dessas substâncias psicoativas (em 2005, através da Portaria Nº 1.028 de 1 de julho de 2005, a RD virá a ser consolidada como política a ser seguida para determinar ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrente do uso de produtos, substâncias ou drogas que causam dependência).

Porém, a RD foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos, em São Paulo (SP), no ano de 1989, em que esse “método-clínico-político” (BRASIL, 2003, p.27), era aplicado quando apareciam altos índices de transmissão do vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida (HIV) que estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis (MESQUITA, 1991). É necessário destacar, que de 1989 a 2002, demorou 13 anos para a RD entrar na legislação brasileira, como medida estratégica que ocupa lugar central nas proposições de ações de prevenção e tratamento para o campo da atenção integral às pessoas que usam drogas (BRASIL, 2003, p.27).

Em 2004, o prefixo “anti”, da PNAD foi substituído pelo termo “sobre”, já de acordo com as tendências e estudos internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento da política (DUARTE, 2017). Adiante, foi criada a Lei Nº 11.343 de 3 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), sendo conhecida como Lei de Drogas, na qual define que “drogas são substâncias ou produtos capazes de causar dependência”, corroborando com o termo definido pela OMS.

E será a partir da Lei de drogas que irá acontecer o fortalecimento massivo da “guerra as drogas”, do sistema judiciário brasileiro com os usuários. Não é o objetivo de esse artigo revelar quais fatores levou e leva o sistema brasileiro a iniciar uma suposta guerra as drogas, porém, é necessário dizer que, ao longo do fim do século XX e início do século XXI (ainda dura até hoje), essas supostas guerras tem “pele alvo”.

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

Desde a promulgação da Lei de Drogas, a qual endurece as penas por tráfico de drogas e, conseqüentemente, aumenta o encarceramento. Antes dela, 13% dos presos cumpriam sentença por tráfico, enquanto, em 2017, no estado de São Paulo, esse contingente foi de 60% nas cadeias femininas (VARELLA, 2017). Por conseguinte, pode-se perceber que o aumento do encarceramento feminino se deu, principalmente, à maior delegação de poder a políticas de repressão às drogas no Brasil e à subalternização da mulher na hierarquia do tráfico. Isso acontece, pois, essa lei não define a quantidade que diferencia o usuário do traficante, sendo, portanto, uma lei discriminatória que encarcera qualquer pessoa que esteja, portanto drogas ilícitas no nosso território.

A partir disso, o então presidente do Brasil, Jair Messias (?). Bolsonaro implementa um verdadeiro endurecimento ainda maior das políticas de repressão ao uso de tráfico de drogas, com a aprovação da nova Política Nacional Sobre Drogas (PNAD), através do Decreto Nº 9.761 de 11 de abril de 2019, revogando por completo o antigo Decreto Nº 4.345, que falava sobre a extinta PNAD.

Esse novo decreto trouxe mudanças no modelo de cuidado. Entre as mudanças, destaca-se um estímulo a práticas que valorizam abstinência total e um aumento do financiamento público em Comunidades Terapêuticas. A exigência de abstinência no cuidado e as abordagens utilizadas em Comunidades Terapêuticas são características de um Modelo Proibicionista (que é um modelo que se fundamenta apenas na questão moral, considerando o consumo de qualquer droga como uma patologia biológica). Dessa forma, a nova Política Nacional sobre Drogas desencoraja, claramente, ações com base na Política de Redução de Danos (DIAS, 2020).

Ao desconsiderar toda a trajetória da política de RD no Brasil, essa nova política de drogas age em contramão de todas as lutas de classes e movimentos sociais, iniciadas no final do século XX, para garantir um olhar diferenciado a populações que utilizam drogas e que não conseguem interromper seu uso. Dias (2020), ressalta:

A nova Política Nacional sobre drogas prevê uma oferta de projetos terapêuticos ao usuário de álcool e outras drogas que visam à abstinência, desconsiderando a abordagem em redução de danos reconhecida pela antiga Política Nacional. Ao desconsiderar a Política de RD já implantada e fortalecida no Brasil, o governo age na contramão de outros países que têm fortalecido suas políticas pautadas na RD e cria com isso uma cisão entre redução de danos e abstinência, como se fossem duas metas antagônicas e não complementares. Quando nos restringimos à abstinência, anulamos a possibilidade de promoção de saúde para pessoas que não conseguem ou não desejam tal objetivo. Além disto, a ampliação do foco permite atender demandas para além dos problemas relacionados diretamente ao uso de drogas em si mesmo (DIAS, 2020, p.8).

Reforma Psiquiátrica Brasileira

Os princípios básicos que orientaram os movimentos de reconfiguração das práticas psiquiátricas em Saúde Mental (SM) no mundo ocidental se desenvolveram, inicialmente, como decorrências dos levantes e questionamentos às atrocidades que deram origem e acompanharam a Segunda Guerra Mundial, ancorando-se, portanto, na necessidade de uma reconstrução radical do valor dos direitos humanos (ALVES et al., 2020). A partir da fundação e construção da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945 e pela Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, um novo conceito voltado para os direitos humanos surgiu, em que, países e nações de todo mundo deveriam preservar para seus habitantes. Estudos de Piovesan (2008) transcrevem o significado de direitos humanos naquele tempo: “um complexo integral, único e indivisível”, no âmbito do qual os diferentes direitos – civis, políticos, sociais, econômicos, culturais, dentre outros “estão necessariamente inter-relacionados e interdependentes entre si””.

As primeiras influências dos ideais da Reforma Psiquiátrica ocorreram no Brasil em 1970, no âmbito da Reforma Sanitária (RS), inspirando-se nas propostas de psiquiatria comunitária americana e europeia e levando à criação de medidas que expandiam o escopo do atendimento à SM para além da medicina, passando a incluir outras áreas, como psicologia, serviço social, sociologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e outras áreas (ALVES et al., 2020). Fundamentadas nos direitos humanos e em forte movimento internacional, exigiram uma redefinição dos modelos assistenciais à saúde. Nessa conjuntura, iniciou-se a busca por um novo lugar social dos “loucos”, onde pudessem ser reconhecidos enquanto sujeitos de direitos (VIOLA et al., 2020).

E será a partir desse desconforto que atingia a maioria das pessoas, que os movimentos sociais em defesa da saúde mental surgem, com o intuito de lutar e conceituar por uma nova prática de saúde mental, que correspondia a um modelo voltado ligado diretamente ao usuário e ao seu dito transtorno mental, retirando o modelo hospitalocêntrico manicomial existente na época, na qual excluía todos os direitos que as pessoas de transtorno mental possuíam. Em 1978, surgirá o Movimento dos Trabalhadores em SM (MTSM), que reunirá profissionais da saúde e de outras áreas, familiares e pacientes, para lutar arduamente contra um novo modelo de saúde

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

voltado a pessoas que possuíam sofrimentos mentais, decorrentes do preconceito e discriminação existente naquele tempo.

A partir disso, Amarante (2003), descreve em seu livro *A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica* o conceito de RP:

articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade (AMARANTE, 2003, p.49).

Amarante adota quatro dimensões para análise do processo de RP: epistemológica ou teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. A partir da dimensão jurídico-política, irão se destacar dois marcos importantes da reforma no Brasil: 1) Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SNAS/MS) Nº 189/1991 e a 2) Portaria SNAS/MS n. 224/1992. Na primeira, o Ministério da Saúde alterou o financiamento da saúde mental e ampliou os serviços substitutivos. Na segunda, regulamentou os serviços e incorporou as diretrizes e os princípios do SUS, estabelecidos pela Constituição Federal de 1988(CF/88) e regulamentados pela Lei Federal Nº 8.080/1990. Um aspecto central da nova regulamentação foi à ênfase na desospitalização das pessoas portadoras de transtornos mentais e na qualificação da assistência a elas (VIOLA et al., 2020),

E com todas essas mudanças acontecendo na saúde mental do Brasil, que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a Lei Nº 10.216 de 2001 - ainda vigente até hoje-, será uma das maiores conquistas que os trabalhadores e trabalhadoras de saúde mental conquistaram desde suas lutas. Essa lei, como foi introduzida no início desse artigo, prevê e propõem a desinstitucionalização dos pacientes que possuem transtornos mentais, para outros instrumentos da saúde. Um dos exemplos que se segue, está no seu artigo 4º, na qual diz ‘a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes’ (BRASIL, 2001). Além de considerar a reinserção social do paciente em seu meio e, três tipos de internação psiquiátrica: a) Internação Voluntária; b) Internação Involuntária e c) Internação compulsória.

Paulo Amarante (1996) em sua obra *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*, define a desinstitucionalização como ‘um processo social complexo de desconstrução e construção de cidadania, e não meramente de desospitalização e reorganização de serviços’. A PNSM considera ainda, que é responsabilidade dos Estados, sociedade e familiares o cuidado das pessoas com transtornos mentais, desestruturando o

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

“indivíduo longamente institucionalizado” como característica específica do tratamento em hospitais, consolidando assim, o tratamento dessas pessoas em redes de saúde mental, e não mais na forma asilar.

Pepe (2002) descreve em sua tese de doutorado que o “indivíduo longamente institucionalizado” é “aquele que permaneceu ou permanece por período de tempo igual ou maior que um ano em uma instituição com características de instituições totais”. Essas instituições se consolidam por busca de poderes e controles, aos pacientes que estão internados e internadas, desvalorizando sua dignidade e se apoiando em cunhos religiosos e dogmáticos, em que o tratamento e a “cura”, terão medidas exclusivas de isolamentos sociais,

Considera-se então, que o trabalho em rede será um dos principais passos que o Brasil dará em continuidade ao tratamento e acolhimento de pessoas que sofrem de transtornos mentais, como a criação da futura Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seu atendimento descentralizado e transversal, garantindo autonomia, dignidade e respeito a pessoas que possuem sofrimento mental. Porém, mesmo com todos os esforços garantidos por lei para as pessoas de saúde mental, o Desgoverno ainda considera que o atendimento hospitalocêntrico é o único a ser seguido e, que medidas asilares deve ser retomadas, consolidando repasses financeiros para Comunidades/Residências Terapêuticas, que são instituições que utilizam a prática religiosa e a abstinência como únicos “tratamentos” possíveis, para usuários e pessoas que utilizam álcool, crack e outras drogas, além do aparecimento de doenças mentais.

Ao efetivar a nova prática do Desgoverno em andar em contramão frente às políticas de saúde mental, se faz necessário dizer e ressaltar a importância da Luta Antimanicomial no Brasil, que surgiu junto a RPB, sendo suas lutas existentes até hoje, frente ao desacato e a ignorância dos desgovernantes atuais.

Luta (DES?)antimanicomial

“Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz”
(Música Balada do Louco- Os Mutantes).

O Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) institui um espaço muito grande de resistência, luta e esforço conjunto de vários movimentos sociais envolvidos, para garantir a

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

descentralização do atendimento a pessoas que possuem transtornos mentais. Um dos marcos importante para esse movimento foi a referida Lei de Saúde Mental (já mencionada diversas vezes aqui, também conhecida como lei Paulo Delgado), e a união dos usuários e trabalhadores de saúde mental, que não aceitavam mais o modelo de psiquiatria antiga, como o modelo dos antigos e vigentes manicômios.

É importante ressaltar que o MLA é atrelado a RPB, que teve seu ápice na década de 1970, junto com a Ditadura Militar imposta no Brasil em 1964. Amarante (1995) destaca algumas ações que ganharam força para acontecer a *“revolução de saúde mental”* no Brasil, a se falar: 1) a campanha pelas Diretas Já (1983), 2) a eleição indireta de Tancredo Neves (Presidência da República) e de José Sarney (vice-presidência), 3) a morte de Tancredo (1984) e 4) a posse de Sarney, primeiro governante civil após duas décadas de regime militar, formaram um contexto político efervescente, que materializou avanços na área da saúde, se destacando a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), e, em sequência, a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Ainda na fala de Amarante (1995), o autor diz sobre o acontecimento do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental (1987), ocorrido em Bauru (São Paulo), na qual acompanhou tal efervescência, distinguindo-se de especial importância para a compreensão das manifestações públicas. Dentre os acontecimentos que fizeram do Congresso de Bauru um momento emblemático, ele cita *“a criação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e a inclusão, em suas discussões, dos usuários e suas famílias, destacando o dia de 18 de maio como dia Nacional da Luta Antimanicomial”*.

Em um trabalho que ainda está em andamento, Espírito Santo (2012) e colaboradores, destacam a importância do encontro em Bauru e a quebra de estereótipos sobre o *“doente mental”*:

O MTSM fez rupturas importantes no encontro de Bauru em 1987, a distinguir: seu alvo deixou de ser o aperfeiçoamento clínico, a reforma do hospício e a adequação do hospital psiquiátrico a uma função terapêutica, passando a uma sociedade sem manicômio. Uma ruptura, no entanto, não ocorre de uma só vez, ela é feita ao longo do tempo e pela convicção dos atores que participam do movimento. (...) Outra ruptura importante que ocorreu em Bauru envolve o protagonismo do movimento. A partir de Bauru, os protagonistas deixaram de ser só trabalhadores de saúde mental e outros atores ganharam destaque e compartilharam o movimento. A principal inclusão é a dos portadores de transtorno mental, que formam núcleos e conseguem destaque no movimento, além de suas famílias e da sociedade em geral (ESPIRITO SANTO, 2012, p.16).

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

A partir do importante Movimento de Bauru, veio em seguida o que ficou conhecido como o “Manifesto de Bauru” que é o documento da fundação do Movimento Antimanicomial, que marca a afirmação do laço social entre os profissionais e a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e de suas formas de tratamento, buscando a articulação nacional e pautando-se, enquanto movimento social e sindical, na defesa de uma reforma sanitária democrática e popular (GRADELHA JUNIOR, 2012).

Com isso, o MNLA tem o dever de garantir os direitos e princípios estabelecidos nas diretrizes do SUS, garantindo um atendimento extra-hospitalar de forma humanizada e baseada nos direitos humanos. Depois do encontro realizado em Bauru, ocorreram vários Encontros Nacionais da Luta Antimanicomial, estabelecendo lugares de fala para usuários, trabalhadores (as), gestoras (es) e familiares das pessoas com transtorno mentais, constituindo um espaço acolhedor para essas pessoas.

Porém, nos anos de 2019-2020, vivemos um retrocesso gigante em relação à saúde mental. Com a aprovação da nova PNAD, incluindo o termo abstinência como um tratamento duradouro para pessoas usuárias de álcool e outras drogas, retiramos todas as vitórias conquistadas durante o século XX na Reforma Psiquiátrica, voltando ao obscurantismo da saúde a ser tratada somente em modelos arcaicos e asilares.

Simoni e outros autores (2020) relatam em seu trabalho o conformismo que a atual cidadania estabelece oferece frente às diversidades do atendimento em saúde mental:

A maioria das atuais práticas de atenção em saúde ofertadas aos usuários confunde “cuidar das pessoas” com adaptá-las aos modos de viver reconhecidos pela sociedade como “mais adequados”. Essa intenção de promover a adaptação dos indivíduos cega e ensurdece os profissionais de saúde para as necessidades e possibilidades de cada usuário e de cada comunidade. A busca pela adaptação das pessoas ao que é ‘mais saudável’ afasta os serviços de saúde dos modos de andar a vida daqueles a quem se dirige o cuidado. O modelo de atenção em saúde mental centrado na doença tem produzido o que chamamos de *institucionalização do cuidado*. Quando nos referimos à institucionalização, não se trata de atentar, exclusivamente, para a proliferação de práticas segregadoras e isolacionistas pelas quais se recorre a instituições fechadas para a condução dos tratamentos. Referimo-nos também aos efeitos da tomada do sofrimento psíquico, exclusivamente, no campo da técnica, pelo qual o itinerário terapêutico do usuário é um interminável ciclo de submissão às prescrições de normalidade, sem a constituição de vínculos terapêuticos que garantam o cuidado integral (SIMONI, 2020, p.185-186).

O escritor Goffman (2001) irá chamar isso de “*manutenção dos manicômios mentais*” cuja face se presentifica, por exemplo, nas práticas atuais de medicalização do sofrimento, reiterando tratamentos burocratizados e excluindo a experiência popular de usuários de saúde

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

mental. Diante disso, estamos retrocedendo anos de lutas e derramamento de sangue que os movimentos sociais conquistaram no século XX.

O Movimento da Luta Antimanicomial não é o único movimento social existente na luta do ideário da Reforma Psiquiátrica, mas “é certamente o mais importante e abrangente ator social no processo” (AMARANTE, 2008, p.742). Em outra obra, o mesmo autor destaca que é necessário “*mudar mentalidades*” para fazer a sociedade refletir sobre o tema da loucura, ressaltando: “é necessário mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais, pois não se “determina que as pessoas sejam cidadãos e sujeitos de direito por decreto” (AMARANTE, 2007, p.71-72)”.

Por isso coloco no início do título o prefixo de negação “*DES*”, para salientar o pensamento crítico sobre as diversas lutas que ocorreram no século passado para a transformação de política públicas de saúde mental que conhecemos hoje e, se essas lutas, foram necessárias para chegar ao desmonte que hoje vivemos. Os desafios que o MNLA e voluntários a favor dessa luta encontram hoje são de não resistir a tempos sombrios que vivemos hoje. Não devemos nos acostumar ao retrocesso sempre persistir em lutas, indignações e revoltas. No próximo título, será ressaltado a importância da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que estão ligados diretamente as RAPS, possibilitando um grande espaço de acolhimento e local de desinstitucionalização, sendo um grande instrumento de saúde mental que será destinado a pessoas que sofrem de transtornos psiquiátricos e problemas de cunho social e estado mental.

Instrumentos da rede de saúde mental

Ao iniciar este capítulo, destaco o termo “*instrumento da rede de saúde mental*”, que são locais que propiciam o acolhimento e atendimento humanizado para pessoas que possuem transtornos mentais ou estão em uso de crack, álcool e outras drogas, sendo locais de referência para um atendimento desospitalizado, em que estabelece a “volta” do sujeito com transtornos mentais para a sociedade, resgatando sua autonomia que sempre esteve ali, porém, devido a preconceitos e discriminações de uma sociedade machista, capitalista e neoliberalista, fica guardada.

É valioso destacar que ao incidir o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) e seus encontros anuais, o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na década de 1990

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

e, logo em seguida, a formalização da Lei de Saúde Mental e a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cultivava um grande avanço na estrutura do atendimento e olhar para a saúde mental brasileira.

Os CAPS surgem a partir da Portaria S/NAS Nº 224 de 29 de janeiro de 1992, na qual normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Nas suas diretrizes, destacam-se os princípios do SUS, como o atendimento baseado na universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações (BRASIL, 1990). Os CAPS eram vinculados aos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), na qual as suas atividades eram baseadas em atendimentos individuais e grupais, operando entre psicoterapia, atividades socioterápicas, atividades comunitárias e entre outras. Salienta-se o que a Portaria diz em seu artigo 3º:

O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma *retaguarda hospitalar* para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipes multiprofissionais (BRASIL, 1990, p.3).

O grifo meu em “retaguarda hospitalar” foi para mostrar que o Brasil já caminhava a largos passos para a qualificação da Lei de Saúde Mental e, não aceitaria mais os atendimentos serem destinados somente a hospícios/manicômios. Desde então, a antiga portaria foi atualizada para a Portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que divide os CAPS em suas diversas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, na qual todas essas modalidades de serviço irão cumprir a mesma função no atendimento público em saúde mental e deverá ser capacitada para realizar o atendimento a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em toda a sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2002, p.1).

Com isso, a Lei de Saúde Mental se junta a atualização da Portaria para serem os ordenadores da rede de uma nova construção do cuidado, garantindo um novo entendimento e atendimento a atenção psicossocial, objetivando desconstruir a imagem do sujeito vinculado a loucura. Para tanto, o cuidado deve ser ofertado através de estratégias de Acolhimento (BRASIL, 2010A) e Clínica Ampliada (BRASIL, 2009a), gerando Projetos Terapêuticos Singulares (BRASIL, 2010A), compartilhados com a rede intersetorial e construindo políticas transversais aos vários setores.

Sendo assim, as ações em saúde mental devem acontecer em rede na lógica da integralidade, contemplando todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

políticas sociais, valorizando os setores da cultura, educação, trabalho, assistência social e entre outros (CLEMENTE et al., 2013). Quando falamos em “redes de saúde mental”, destacamos todos os espaços de atendimento que são vinculados a pessoas que possuem transtornos psíquicos, como os Centros de Convivência, Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), Centros de Atenção Psicossocial 24 horas, vinculados a uma rede ampliada e distribuída, que deve ser em seu contexto, ações que visam a transversalidade e desinstitucionalização, permitindo a integridade do sujeito e sua subjetividade como modo de vida, alocando esses serviços em níveis intersetoriais, abrangendo todos os órgãos do poder público, dividindo responsabilidades e obrigações.

No entanto, mesmo com os avanços conseguidos através das redes de acolhimento durante os anos e, com a Lei da PNSM, o Ministério da Saúde (MS) ainda não reconhecia que o uso de drogas deveria ser ampliado e considerado com um grande problema de saúde pública. E será somente em 2003, com a criação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas assume que as drogas devem ser colocadas em pauta para se buscar medidas efetivas de controle e reinserção social. Em um dos seus parágrafos, a política diz:

A ausência de cuidados que atinge, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de exclusão desigual pelos serviços de saúde, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma população, o que implica em disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada pelo planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas (Brasil, 2003, p.5).

Ao falar sobre “a ausência de cuidados para pessoas que utilizam de drogas”, essa política se aproxima ainda mais da estratégia de Redução de Danos, ao “reconhecer cada usuário com suas singularidades, traça com ele estratégias que são voltadas não para abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (BRASIL, 2003, p. 10). Em 2010, o MS lançou um documento que falava sobre os Consultórios Móveis na Rua, em que deixa claro a importância de se falar sobre as drogas:

O cenário epidemiológico atual do consumo prejudicial de substâncias psicoativas, especialmente álcool, cocaína (na forma de cloridrato ou pó, crack, merla e pasta base) e inalantes, e as graves consequências sanitárias e sociais para os usuários e a comunidade, têm convocado diferentes setores do governo e da sociedade civil para a criação de estratégias e intervenções com vistas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução de danos sociais e à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010B, p.4).

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

Entretanto, se ressalva algumas iniciativas do Governo Federal em relação ao discurso massivo de ‘‘guerras as drogas’’. Em 2009, é lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas do Sistema Único de Saúde, o PEAD (BRASIL, 2009b) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o PIEC (BRASIL, 2010C). O PEAD em conjunto com o PIEC, financiavam leitos em Comunidades Terapêuticas, indo em contramão aos movimentos sociais e do MLA, sobre a RPB. Outro exemplo de contramão na saúde mental ocorreu em 2011, quando foi lançado o programa ‘‘saúde mental, crack e outras drogas’’, que eram compostas por unidades de acolhimento, utilização de leitos em comunidades terapêuticas, enfermarias especializadas e Consultório na Rua (CnaR), excluindo os CAPS da rede de saúde mental e priorizando as residências terapêuticas, que tinham em sua trajetória de cuidado, a abstinência e o caráter religioso como ‘‘tratamentos’’ a ser seguidos (CLEMENTE et al., 2013).

Assim, em 2011, o conceito de ‘‘redes de saúde mental’’ foi promovido através da criação da Rede de Atenção Psicossocial, através da Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, na qual estabelece que a RAPS é voltado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas no SUS (BRASIL, 2011). O cuidado em saúde mental preconizado por uma Rede Atenção Psicossocial voltada para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes de álcool e drogas, caracteriza-se por uma tentativa de que estes dispositivos se instalem de acordo com a legislação vigente em saúde mental no país, passando pela capacidade das redes locais de saúde a expandirem efetivamente sua capacidade de cuidado e produzirem Projetos Terapêuticos Singulares potentes, juntamente com seus usuários, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira (CLEMENTE et al., 2013).

Porém, com o nova PNAD publicada e a abstinência sendo considerada como uma ‘‘estratégia a ser implantada nos serviços de saúde mental’’, observamos uma crescente desvalorização das conquistas estabelecidas desde a RPB, no início da década de 1970, juntamente com um caráter implantado pelo atual DESgoverno, que se apoia em uma política ultraneoliberalista, ultracapitalista e preconceituosa, não se importando com a opinião pública e com o objetivo claramente de tornar os loucos ‘‘como os alvos novamente’’.

Considerações finais

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

Durante o artigo escrito, o objetivo foi de demonstrar a importância dos diversos e diversos movimentos sociais que contribuíram massivamente para uma nova estrutura e personificação de saúde mental brasileira. O quanto a RPB foi e ainda é importante, desconsiderando o modelo antigo de manicômios e asilos, para tratamento de pessoas com transtornos mentais. Para considerar que o modelo que deve ser direcionado a pessoas que sofrem de dependência psicológica ou abusiva de drogas, deve ser reorientado ao sujeito e sua comunidade, possibilitando o seu protagonismo e criação de vínculos emocionais, pessoais, culturais e sociais.

Perante ao desmonte incansável do DESgoverno no SUS e na nova PNAD, se objetiva que o trabalho feito por profissionais da saúde, trabalhadores de outras áreas, voluntários e militantes, nunca deve parar. Que continuemos trabalhando juntos, como um coletivo, pois é somente assim, que alcançaremos nossos objetivos finais, para levar a saúde universal a todos e todas, sem distinção de raça, preconceitos, identificação cultural e sexual, entre outros. É através da militância na saúde que adquiriremos a maturidade de estar todos unidos pelos *instrumentos da rede de saúde mental*, envolvendo os usuários de álcool, crack e outras drogas, que não conseguem se desvincular do uso abusivo dessas substâncias psicoativas, colocando sempre em prática, a Política de Redução de Danos.

Em suma, no final eu escrevo uma crítica elaborada por mim, a todos que se dizem profissionais da saúde. Que repensem nosso trabalho e nosso dever ao atuar na área da saúde e, que todos os dias, levemos uma atenção humanizada a pessoas que necessitam ser escutadas e ouvidas, reverenciando seu protagonismo.

Aqui, eu direciono minha fala aos profissionais da saúde. Seja de qual atuação na saúde você seja (estudantes, pós-graduandos/as, doutores (as), voluntários/as, gestores (as) e coordenadores/as). Se vocês não conhecem a história do SUS. E por isso e outros motivos não defendem ele... Pode ter certeza que a sua área nunca foi a saúde (Vitor Igor).

Referências

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

Amarante, Paulo (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP. 1995.

AMARANTE, P. D. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.735-759.

ALVES, Cândida Helena Lopes; DE FREITAS, Marta Helena. Reforma psiquiátrica e suas decorrências: percepções de profissionais da saúde mental portugueses e brasileiros. **Interfaces da saúde mental: parâmetros e desafios**, s.d, p. 23.

BRASIL. **A política do ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS; 2003.

BRASIL, Constituição. 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. **Diário Oficial da União**, n. s2001, 2001.

Brasil. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD). *Diário Oficial da União* 2002; 27 ago.

BRASIL. **Decreto Nº 9.761, de 11 de Abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas.

_____. **Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, (PIEC), cria o seu comitê gestor, e dá outras providências.2010c.

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

_____. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. (2 ed., 5 reimp.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.2010^a.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde.2009 a.

_____. **Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no sistema único de saúde - SUS (PEAD 2009-2010)**, instituído pela portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009. Brasília: Ministério da Saúde. 2009 b.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL PORTARIA, S. N. A. S. No. 224 de 29 de janeiro de 1992. **Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental**, v. 2004, p. 17-20, 1990.

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

_____. Presidência da República/Gabinete de Segurança Institucional/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Ministério da Saúde/Comitê Gestor do Plano Integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. **Edital nº 003/2010/gsipr/senad/ms**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010 b.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Recuperado de <http://www.ritmodeestudos.com.br>, 2010.

CLEMENTE, Anselmo; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; RAMANHOLI, Andrea Campos. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Revista Polis e Psique**. v. 3, n. 1, p. 80, 2013.

DIAS, Maria Antonieta Soares; LOPES, Luciana Oliveira; MARANGONI, Vívian Silva Lima. A política de redução de danos e a aplicabilidade do cuidado em uma unidade de saúde especializada a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas/The damage reduction policy and the applicability of care in a specialized health unit to people that make use of alcohol and other drugs. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 1943-1952, 2020.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; DALBOSCO, Carla. A política e a legislação brasileira sobre drogas. **Curso EAD SUPERA**. Brasília, DF: MJC, 2017. Modulo 1, Capítulo 6, p. 113-126, 2017.

ESPIRITO SANTO, Wanda Luiza Peregrino et al. **Movimentos sociais e novas tecnologias: o Youtube e a luta antimanicomial**. 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GRADELHA JUNIOR, O. GRADELHA JUNIOR, O. **Políticas públicas em saúde mental, familiares e usuários como atores principais**. Disponível em:

O desmonte da política de drogas no Brasil e a luta (des)antimanicomial

http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/295.%20pol%CDticas%20p%DAblicas%20em%20sa%DAde%20mental.pdf. Acesso: 31 mai 2020.

MESQUITA, Fábio. **Aids e drogas injetáv. Eis.** In A. Lancetti (Org.). Saúde Loucura 3 (pp. 46-53). São Paulo: Ed. Hucitec, 1991.

PEPE, Vera Lúcia Edais. **Internações e reinternações psiquiátricas no Estado do Rio de Janeiro.** 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PIOVESAN, F. Constituição Brasileira de 1988 e os tratados internacionais de proteção dos direitos humanos. EOS Revista Jurídica da Faculdade de Direito, n.2, v.1, p. 20-33, 2002.

SIMONI, Ana Carolina Rios et al. Desinstitucionalização do Cuidado nos Dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica. **Atenção Básica em Produção.** p. 183.

VIOLA, Ana Clara; PEPE, Vera Lúcia Edais; VENTURA, Miriam. Longo caminho a percorrer na volta para a sociedade: o Ministério público e a desinstitucionalização em saúde mental. **Revista De Direito Sanitário**, v. 20, n. 2, p. 05-29, 2020.