



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GEUCILENE VIEIRA LOPES DA SILVA

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL: UM BALANÇO À
LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA VISÃO ANTIMANICOMIAL

BRASÍLIA, DF
2021



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GEUCILENE VIEIRA LOPES DA SILVA

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL: UM BALANÇO À
LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA VISÃO ANTIMANICOMIAL

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Saúde Coletiva
da Universidade de Brasília como
requisito para obtenção do grau de
mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Ximena Pamela
Díaz Bermúdez.

BRASÍLIA-DF
2021

GEUCILENE VIEIRA LOPES DA SILVA

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL: UM BALANÇO À
LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA VISÃO ANTIMANICOMIAL

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Saúde Coletiva
da Universidade de Brasília como
requisito para obtenção do grau de
mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Ximena Pamela
Díaz Bermúdez.

Aprovada em 31 de janeiro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez – (presidente)

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Cláudia Mara Pedrosa

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria da Glória Lima

Universidade de Brasília

Dra. Jamila Zgiet - Suplente

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

*Aos meus queridos,
padrinho Francisco Coelho e madrinha Maria Francisca Coelho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Divino, criador e mantenedor da vida.

Aos meus pais, Antônio Francisco e Deuzelina, por serem canal para a minha existência.

A todas as pessoas que vieram antes de mim. Eu tomo a força e sigo a minha jornada.

Ao Aderígio, meu amigo e amor, além de suporte em tecnologia, rs.

À Ximena Pamela, minha orientadora, que com sua serenidade me conduziu durante esses anos na Saúde Coletiva.

E não poderia deixar de agradecer à Rosana Ribeiro, minha apoiadora na jornada de cura e desenvolvimento pessoal. Sem você não teria chegado aqui.

Enfim, gratidão a todos que me apoiaram e incentivaram no caminho do conhecimento.

RESUMO

Introdução

Os agravos em saúde mental são considerados problemas de saúde pública mundial e afetam homens e mulheres em diversas sociedades. Do ponto de vista político-programático, existem avanços na implementação das políticas de saúde mental no Brasil e em outros países. Porém, persistem desafios no acesso e nas modalidades de atenção disponíveis.

Objetivo

Analisar o desenvolvimento da política de saúde mental do Distrito Federal entre o período de 2010 a 2020, à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica e a Luta antimanicomial.

Método

Pesquisa documental que identificou 73 documentos programáticos tendo sido analisados um total de 26 que abarcam os Planos Diretores de Saúde Mental (PDSM), os Planos Distritais de Saúde (PDS) e os relatórios anuais de gestão em saúde do Distrito Federal. Os PDSM foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin e sistematizados por meio do *software* livre de análise textual, IRAMUTEQ.

Resultados

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos documentos analisados identificou palavras basilares sobre a pauta de saúde mental no Distrito Federal. O termo “cobertura de Centros de Atenção Psicossociais” (CAPS) foi uma das classes principais que refletiu o assunto central tratado nos planos. Os serviços substitutivos considerados estratégicos no processo de transição do modelo assistencial ainda são insuficientes. Constatou-se que transcorridos mais de 20 anos da Lei 10.216 de 2001 o Distrito Federal não avançou o suficiente, comparado com experiências de outras Unidades Federativas, na formação de uma rede com atenção integral para os usuários dos diversos serviços de saúde mental. Um dos fatores observados é a instabilidade e fragmentação da implementação a partir das mudanças de orientação político-ideológica dos governos, o que corrobora para as fragilidades na concepção da política de saúde mental como política de Estado no Distrito Federal.

Conclusão

Este estudo sistematizou aspectos da gestão e do planejamento que ordenam a implementação da política de saúde mental no Distrito Federal. Contribuiu para a formulação de uma abordagem teórica-metodológica no campo da construção de conhecimentos acerca da experiência da política de saúde mental, situando o fenômeno da loucura como uma perspectiva conceitual que precisa ser estimulada nos estudos sobre saúde mental no âmbito do Distrito Federal.

Palavras chave: saúde mental, modelo psicossocial, Caps, serviços substitutivos, desinstitucionalização, loucura.

ABSTRACT

Introduction

Mental health problems are considered global public health problems and affect men and women in different societies. From a political-programmatic point of view, there are advances in the implementation of mental health policies in Brazil and in other countries. However, challenges persist in terms of access and available care modalities.

Objective

To analyze the development of mental health policy in the Federal District between 2010 and 2020, in the light of the principles of the Psychiatric Reform and the anti-asylum struggle.

Method

Documentary research that identified 73 program documents and a total of 26 were analyzed covering the Mental Health Master Plans (PDSM), the District Health Plans (PDS) and the annual health management reports of the Federal District. The PDSM were submitted to Bardin's content analysis and systematized using the free software for textual analysis, IRAMUTEQ.

Results

The Descending Hierarchical Classification (CHD) of the analyzed documents identified basic words about the mental health agenda in the Federal District. The term "coverage of Psychosocial Care Centers" (CAPS) was one of the main classes that reflected the central issue addressed in the plans. The substitutive services considered strategic in the care model transition process are still insufficient. It was found that after more than 20 years of Law 10,216 of 2001, the Federal District did not make enough progress, compared to the experiences of other Federative Units, in the formation of a network with comprehensive care for users of the various mental health services. One of the factors observed is the instability and fragmentation of the implementation from the changes in the political-ideological orientation of the governments, which corroborates the weaknesses in the conception of the mental health policy as a State policy in the Federal District.

Conclusion

This study systematized aspects of management and planning that order the implementation of mental health policy in the Federal District. It contributed to the formulation of a theoretical-methodological approach in the field of knowledge construction about the experience of mental health policy, placing the phenomenon of madness as a conceptual perspective that needs to be stimulated in studies on mental health in the Federal District.

Keywords: mental health, psychosocial model, Caps, substitutive services, deinstitutionalization, madness.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Fluxograma da amostragem da revisão documental 2010-2020....	44
Figura 02 - Infraestrutura dos Caps.....	55
Figura 03 - Relação de Caps 2017 e pendências respectivas.....	59
Figura 04 - Composição das Macrorregiões 2020.....	66
Figura 05 - Dendograma das classes fornecidas pelo IRAMUTEQ.....	82
Figura 06 - Representação fatorial gerada pelo software IRAMUTEQ.....	83
Figura 07 - Linha do tempo: o avanço da saúde mental no DF 2000-2009.....	90
Figura 08 - Linha do tempo: o avanço da saúde mental no DF 2010-2020.....	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Componentes e pontos de atenção da Raps 2021.....	36
Quadro 02 - Quantitativo de Componentes da Raps 2021.....	37
Quadro 03 - Documentos selecionados para análise.....	47
Quadro 04 - Organização da Raps no DF 2011-2015.....	51
Quadro 05 - Organização da Raps no DF 2016-2020.....	60
Quadro 06 - Relação das classes e categorias atribuídas.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Álcool e outras drogas
APS	Atenção Primária de Saúde
ATS	Atenção Terciária de Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CASIS	Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços
CEP/FS	Comitê de Ética em Pesquisa/ Faculdade de Ciências da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSAM	Coordenadoria de Saúde Mental
CGMAD	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CS	Centro de Saúde
DF	Distrito Federal
DISAM	Diretoria de Saúde Mental
DISSAM	Diretoria de Serviços de Saúde Mental
EAPS	Estratégia de Atenção Psicossocial
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GDF	Governo do Distrito Federal
GSM	Gerência de Saúde Mental
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HPAP	Hospital de Pronto Atendimento em Saúde Mental
ISM	Instituto de Saúde Mental
IBRE	Instituto Brasileiro de Economia
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
FGV	Fundação Getúlio Vargas
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MPCDF	Ministério Público de Contas do Distrito Federal
NASF	Núcleo de Atendimento de Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio
PNA	Programação Anual de Saúde
PSM	Política de Saúde Mental
PDSM	Plano de Diretor de Saúde Mental
PDS	Plano Diretor de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RA	Região Administrativa
RP	Reforma Psiquiátrica
RIDE	Região de Integrada de Desenvolvimento do Entorno
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
TCDF	Tribunal de Contas do Distrito Federal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade Contextual Elementar
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. AGENDA E DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	19
3.1 APONTAMENTOS SOBRE A LOUCURA	19
3.2 APONTAMENTOS SOBRE A CONCEPÇÃO DE DOENÇA E O ESTIGMA	23
3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL	26
3.4 MARCOS LEGAIS DO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	28
3.5 A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ...	32
3.6 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: A REALIDADE BRASILEIRA	34
3.7 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO DF	38
4 PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1 PRIMEIRA ETAPA- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL	42
4.2 SEGUNDA ETAPA- ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL	45
4.3 TERCEIRA ETAPA- ANÁLISE DE DOS DADOS	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 ORGANIZAÇÃO DA RAPS NO DF	47
5.1.1 Período de 2010-2015	47
5.1.2 Período de 2016 a 2020	57
5.2 CONTEÚDO DA PROGRAMÁTICA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DF	68
5.2.1 Período de 2010 a 2015	68
5.2.2 Período de 2016 a 2020	72
5.3 INCLUSÃO SOCIAL	77
5.3.1 Período de 2010 a 2015	77
5.3.2 Período de 2016 a 2020	79

5.4 TECENDO UM DEBATE A PARTIR DOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS	81
5.4.1 Plano Diretor de Saúde mental: o que as palavras e os termos têm a dizer.81	
5.4.2 Processo de desinstitucionalização.....	87
5.4.3 Descentralização da atenção hospitalar para a comunitária.....	89
5.4.4 Diversificação da Raps.....	92
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS	97

1. INTRODUÇÃO

1.1. AGENDA E DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL

Os agravos em saúde mental são considerados problemas de saúde mundial e afetam homens e mulheres em diversas sociedades, manifestando-se por meio de múltiplos tipos de transtornos mentais. As pessoas acometidas por estes agravos enfrentam estigma, discriminação, abusos de direitos humanos e outras formas de violência, além barreiras de acesso aos serviços de saúde.

A saúde mental é reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), como um componente fundamental para a saúde e bem-estar das pessoas, para o exercício da vida com as plenas capacidades humanas e para o cumprimento dos objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especificamente o número três que indica “Garantia de acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todas, todas as idades” (WHO, 2021, p. 108).

Nas últimas duas décadas a pauta da saúde mental movimentou as nações por meio das agendas estimuladas pela ONU, o que deu lugar a uma discussão global sobre os problemas de saúde mental no mundo e a criação de um conjunto de instrumentos que congregam evidências sobre a situação da saúde mental, assim como uma série de princípios que organizam as respostas que os países precisam criar para fortalecer as políticas públicas de atenção à saúde mental.

Dentre estes dispositivos destacam-se o *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023)*, que é uma estratégia da OMS que busca alcançar a universalização do acesso a saúde mental de qualidade, priorizando os investimentos em 12 países (WHO, 2017)

O *Action Plan Mental Health 2013-2030* é a iniciativa mais recente da OMS para a área de saúde mental (WHO, 2013). Este Plano representa o reconhecimento oficial da importância da saúde mental global. Dentre outros componentes desse documento, destacam-se: liderança e governança mais eficazes para a saúde mental; a provisão de serviços de saúde mental e Assistência Social abrangentes e integrados em ambientes comunitários; implementação de estratégias de promoção e prevenção; e fortalecimento dos sistemas de informação, evidências e pesquisas.

Apesar de todo o esforço dessas ações o *Mental Health Atlas* de 2020 detectou que os governos não têm aplicado recursos nessa área, nem sequer após a Pandemia de covid-19 ter evidenciado a importância da política de saúde mental.

O *Mental Health Atlas* (WHO, 2021), tem o objetivo de fornecer informações atualizadas sobre os serviços disponibilizados pelos países para atender as questões de saúde mental. Os dados apresentados no *Mental Health Atlas* assinalam que os objetivos do *Action Plan Mental Health 2013-2030* ainda não foram atendidos (WHO, 2021).

Essa edição do Atlas (WHO, 2021) revelou que apesar de pequenos avanços na política de saúde mental mundial, esses progressos são insuficientes para atender ao conjunto de necessidades da população usuária dos serviços considerando as barreiras existentes no cumprimento dos princípios diretrizes mundiais no que tange aos direitos humanos, universalmente. O documento informa que dos 194 Estados Membros da OMS somente 51% estavam em consonância com os instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos, muito aquém da meta de 80% pretendidos.

O mesmo documento chama a atenção para os diversos pontos de fragilidades quanto à execução da política de saúde mental nos países membros. A média global de gasto dos governos com saúde mental, por exemplo, ficou em torno de 2,1%. Considerando o total do orçamento para saúde, predomina a desigualdade na disponibilização de recursos para saúde mental e na utilização desses entre países pobres e ricos. E quanto a implementação e monitoramento destes recursos não são correspondentes às legislações, planos e políticas relacionadas (WHO, 2021).

Ainda com relação aos gastos nota-se que em países com renda alta 35% foram alocados em hospitais psiquiátricos enquanto nos países de renda baixa esse índice chega a 70%. Isso dá indicação de um cuidado em saúde mental ainda centrado numa visão biomédica e na institucionalização, além disso, evidencia a relação direta entre o desenvolvimento do país e o desenvolvimento das políticas de saúde, especialmente a mental.

Outras fragilidades que permanecem como desafios são a integração da saúde mental na Atenção Primária de Saúde (APS), que segundo o levantamento, aconteceu de forma muito incipiente. Ademais, a produção de dados pelos países, pois somente 31% dos 194 Estados Membros da OMS compilam regularmente dados específicos

sobre saúde mental. Essa ausência de dados e da produção de indicadores dificulta o planejamento de uma política que atenda às necessidades reais daquela população (WHO, 2021).

Segundo Steel (2014) estima-se que 30% dos adultos no mundo tenham critério de diagnóstico para algum tipo de transtorno mental. Acrescenta que 80% desses adultos habitam em países com renda baixa ou média.

Esse complexo cenário sobre os pontos fracos das políticas e de serviços de saúde mental disponíveis em nível global mostra que é necessário reconhecer a relevância dos mesmos e criar mecanismos que permitam que os cidadãos afetados possam ter acesso aos cuidados especializados.

Considerando esse contexto global, o Brasil não está isento aos problemas descritos acima, pelo contrário, sendo um país em desenvolvimento, complicações referidas a implementação de políticas específicas, gastos públicos, acesso a serviços de qualidade, dentre outros, são ainda mais visíveis.

Essas dificuldades perpassam pelas questões sociais latentes no Brasil e no mundo. No entanto, no Brasil, país com alto índice de desigualdade e injustiça social, essas dificuldades têm impacto catastrófico na qualidade de vida das pessoas. Isso é retrato de como a fragilidade desses determinantes sociais sinaliza maior propensão ao desenvolvimento de transtornos mentais.

Por outro lado, é importante destacar que o acesso a serviços de saúde é um direito previsto na Constituição Federal do Brasil e ter acesso a um atendimento e de qualidade é um direito humano de todo cidadão. Nesse sentido, é urgente a ampliação e qualificação da rede de assistência em saúde mental em conformidade com o estatuto legal das políticas de saúde do Brasil.

Na esteira do desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para a reflexão crítica e ampliada sobre a temática de forma a abrir caminhos para soluções fundamentadas, este estudo delimitado a Brasília, busca analisar a política de saúde mental no Distrito Federal tendo como referência os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Luta antimanicomial entre os anos de 2010 e 2020.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o desenvolvimento da Política de Saúde Mental do Distrito Federal entre o período de 2010 a 2020, no que tange à incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da visão antimanicomial.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as características de gestão e conteúdos programáticos da Política de Saúde Mental no período de 2010 a 2020 no DF;
- b) Caracterizar as transformações ocorridas no modelo assistencial proposto pelo Distrito Federal, na perspectiva das diretrizes das políticas nacionais e locais de saúde mental.

3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

3.1 APONTAMENTOS SOBRE A LOUCURA

Foucault em seu livro “A história da loucura na idade clássica” destrinchou sobre as estruturas da exclusão dos corpos numa linha histórica no ocidente, em especial, a França. Este autor destacou as diversas formas de exclusão, desde tecnologias como os leprosários da idade média até os hospitais psiquiátricos da modernidade (FOUCAULT, 1972).

Tendo como fio condutor uma das expressões da exclusão social e suas manifestações na sociedade Foucault (1972) elegeu a loucura como objeto de análise. Para essa discussão é importante saber que a premissa adotada pelo autor acerca da loucura é de que esta é uma produção sociocultural, ou seja, a loucura não é uma questão precisamente biológica, mas uma produção social. Portanto, a loucura era estudada pelo autor a partir dos discursos e saberes dos sujeitos nas diversas épocas, o que pressupõe que as produções e narrativas sobre loucura mudam conforme o tempo e as sociedades. A seguir, são apontadas de forma sucinta as concepções estudadas por Foucault sobre a loucura no decorrer da idade média, renascença, no classicismo até a modernidade permeado pelo paradoxo entre razão e desrazão.

Na alta idade média, por volta do século VI, predominavam os leprosários, instituições que recebiam os leprosos, isolando-os do restante da população, foram ícones dessas formas institucionalizadas de exclusão social, adotadas também para

os casos de doenças mentais. Apreende-se da fala de Foucault que as representações sociais sobre a lepra daquele período, estavam associadas à questão religiosa, tratavam-na como punição divina. Os leprosos, eram, portanto, as principais vítimas do processo de segregação social daquele contexto. Somente no final da idade média, século XV, a lepra desaparece do mundo ocidental, proferiu Foucault (1972).

Quanto aos loucos, tidos como insanos, também tiveram um momento no qual eram vistos a partir de um filtro religioso ou metafísico. Lhes atribuíam uma sabedoria advinda do sagrado, o que Foucault considerava ser o caráter *Auven*, um estado que se encontra entre a eternidade de Deus e a temporalidade dos homens.

Já no período que envolveu o classicismo e a renascença, a loucura beirou um “saber, difícil, fechado e esotérico” disse Foucault (1972, p.26), mas no final do século XVI, com a descoberta da “Verdade” pelo filósofo Descartes, a loucura passou a ser notada como uma avaria da razão; com a “Verdade”, tem-se a separação entre a racionalidade que seria sinônimo de verdadeiro do que é falso e errôneo, ou seja, irracional, devendo, portanto, o louco ser banido, separado.

Para Foucault a era do classicismo foi a precursora do que ele chamou de internamento para lidar com a lepra e a pobreza. E, num momento, essas eram produtos de um carma, em outro, objeto do julgamento da moral e religiosidade, que culpabilizavam as pessoas e, em todos os casos, inspiravam medo social.

Na modernidade, por volta do século XVII, a racionalidade é estabelecida como parâmetro e o louco passa a ser uma ameaça a esta racionalidade, disse Foucault, (1972). A era moderna estabeleceu uma escolha diferente: o amor racional e o desatino (FOUCAULT, 1972).

Surgiu nesse contexto uma tecnologia que lidava com a loucura e com o louco de forma a controlá-los, bem como a todos aqueles que divergiram do padrão de comportamento estabelecido naquela sociedade. Essa tecnologia é a disciplina ou o poder disciplinar, muito bem discutido por Foucault em seu livro “Vigiar e punir: história da violência nas prisões” de 1975.

O poder disciplinar é como uma ferramenta de regulação e controle da vida dos indivíduos e, para tal, utilizava-se a vigilância, a hierarquia e a normatização para governar os sujeitos. “...mais rápida e mais segura que uma casa de força para ali fechá-los e fazê-los viver sob uma disciplina proporcional a seus sexos, idades e

faltas” (FOUCAULT, 1972, p. 102). Outra tecnologia utilizada para a expulsão desses loucos do convívio no meio social, foi a “nau dos loucos” por meio da qual o louco era deixado à própria sorte para onde o navio atracasse (FOUCAULT, 1972, p. 152).

Mas, para o referido autor, foi no classicismo que se iniciou a ideia de internamento, ao contrário do que se imagina, não com a loucura, mas com a pobreza, os desvalidos, aqueles improdutivos para o sistema, os loucos eram inseridos nesse grupo. Não é de se estranhar que para este autor, a medicina era parente da moral, por isso, segundo sua perspectiva, a atuação do médico dependia menos do seu conhecimento sobre medicina do que de sua cultura.

No século XX, a loucura apareceu como “doença mental”, o louco então passa a ser tratado como um doente; foi nesse período que a loucura foi fisgada pelo saber-poder médico e ao se tornar objeto de estudo e intervenção da medicina, a loucura é patologizada, já dizia Filho e Lemos (2012). A loucura foi institucionalizada, quando os manicômios se tornaram tecnologias para a exclusão social com o pretexto de tratamento, o louco é entregue ao rio de mil braços, à incerteza (FOUCAULT, 1972).

Em outra perspectiva teórica que abona conhecimentos ao campo da conceituação e abordagem da loucura, é marcante a forma com qual Basaglia, psiquiatra italiano que teve relevante influência na mudança do pensamento acerca da loucura, descreveu o tratamento ofertado ao louco pela sociedade e pela ciência na idade moderna. O doente mental era aquele a quem se pode privar a sua liberdade pessoal, de seus pertences, de suas relações humanas. (BASAGLIA, 1985). A partir dessa conceituação de Basaglia é possível inferir como a pessoa em sofrimento mental era vista pela sociedade e qual tratamento lhe era ofertado. O louco era desumanizado, tendo os seus sentimentos e emoções anulados. É quase a impossibilidade de ser humano.

Por isso Basaglia propôs que a loucura fosse tratada no contexto da vida social e não com a penalização da privação da liberdade e a exclusão das pessoas (BASAGLIA, 1985). E esse é um princípio fundamental para o processo de desinstitucionalização. Um conceito importante concebido por ele a partir de um movimento protagonizado por este na década de 1960 na Itália, que deu início a uma transformação na metodologia e epistemologia da prática da psiquiatria.

Nessa linha, a “mortificação do eu”, conceito cunhado por Goffman (1974), referiu a um dos piores prejuízos para quem vive em instituições manicomiais. Trata-

se da aniquilação da identidade e da autonomia dos indivíduos. Goffman (1974) deixou claro que atitudes assumidas dentro das instituições implicam em mutilações corporais da psique.

Com diversas reflexões críticas sobre a institucionalização das pessoas em sofrimento mental começou um processo de desinstitucionalização da psiquiatria, que rompeu com o paradigma da racionalidade e a díade saúde-doença. Foi uma nova maneira de analisar o fenômeno da doença mental e da loucura, assumindo que ela é parte da condição humana e que, portanto, está para além do domínio da psiquiatria. Passa a ser chave no percurso infindo da Reforma Psiquiátrica.

A desinstitucionalização no sentido mais amplo, é um processo social, que pretende a desconstrução de práticas que caracterizam a disciplinarização dos corpos e o segregacionismo resultante do estigma, reconfigurando as relações de poder entre os usuários e as instituições, tornando aqueles sujeitos ativos da sua própria história (ROTELLI, 1990).

Com a influência de Basaglia, outros movimentos importantes emergiram na década de 60, tais como o movimento da psiquiatria comunitária nos Estados Unidos e o da Antipsiquiatria na Inglaterra (Alves, 2009).

Pensando num movimento dialético da história, muitos acontecimentos foram determinantes para o rompimento do pensamento manicomial. Desde o pós-guerra com a mudança dos ideais que sustentavam a sociedade, argumentou Alves (2009) e a busca por uma nova ordem social, política e cultural que desse conta dos traumas da guerra, até a atualidade.

Tais mudanças foram combustível para a Reforma Psiquiátrica no mundo, inspirada, como mencionado acima, pela experiência da Itália com Basaglia. No Brasil a Reforma iniciou-se por volta da década de 1970, também influenciadas por estas concepções e práticas ao redor da loucura.

Dentre outras apreciações importantes relativas ao movimento da Reforma Psiquiátrica, na próxima serão abordados aspectos acerca dos determinantes da exclusão social e estigma produzidos ao redor da pessoa em sofrimento mental. Sendo o transtorno mental considerado uma patologia na perspectiva racionalista, desse modo, ver-se-á que a doença ao longo da história esteve associada a algo aversivo e negativo, que deveria ser evitada e ou curada.

3.2 APONTAMENTOS SOBRE A CONCEPÇÃO DE DOENÇA E O ESTIGMA

Neste tópico são abordadas reflexões sobre o processo de saúde-doença e como a doença, configurada como sinônimo de anomalia, passou a ser associada a algo negativo e quais relações foram implicadas com a denominação do estigma e a repulsão associadas a tudo que fosse diverso. Sendo, portanto, a diversidade tratada como uma patologia. Mas como bem aponta Canguilhem (2009), a diversidade não é uma doença, assim como a anomalia, necessariamente, não é uma patologia.

Scliar (2007) ao discorrer acerca do conceito de saúde num contexto sócio-histórico, sugere que este tem um caráter dinâmico e moldável segundo a sociedade e suas concepções e valores. A depender da época, alguns comportamentos podem ser taxados como doença. No século XIX, por exemplo, um médico dos Estados Unidos fez um diagnóstico que denominou de drapetomania, segundo ele, o instinto de fuga dos escravos era uma patologia (SCLIAR, 2007). Um exemplo também de como a sociedade produz justificativas para legitimar suas práticas segracionistas.

Ou seja, o pensamento acerca da doença perpassou por diversos entendimentos ao longo da história. Na antiguidade, por exemplo, a doença tinha um cunho espiritual, em que a cura era obtida por meios transcendentais e ou metafísicos.

Não obstante, na Grécia antiga, a doença passou a ser associada também a fatores naturais e ambientais. Até chegar na medicina moderna, pragmática, racional e tecnicista assinalando a primazia do modelo biomédico. Nesse período a medicina se afasta de uma concepção holística, centrando-se na doença e na cura e apropriando-se do corpo humano com o seu saber-poder.

A doença então passou a ser concebida como desvio da norma e essa ideia criou a dicotomia entre o normal e anormal, saúde e doença em que a doença foi associada a algo ruim e negativo. A associação da doença com o diferente, fez a diversidade ser interpretada como algo negativo, provocando, o estigma, preconceito e discriminação manifestados através de comportamentos segregacionistas.

Porém, em consonância com a teoria de Canguilhem (2009), o normal e o patológico são fenômenos idênticos, que se diferenciavam somente pelas variações quantitativas.

Explicando melhor, o autor entendia que a doença consistia no: “esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio.” (CANGUILHEM, 2009,

p.11). Sendo a doença, via pela qual um organismo se “cura”, se regenera. A esse processo, chama-se de funções normativas, similar ao que ocorre com as mutações e anomalias, as quais não são consideradas patologia pela ciência, da mesma forma que os tipos ideias de vida não podem coincidir com o normal.

A normalidade para Canguilhem (2009) é essa disposição de um organismo de se recuperar, conforme relatado acima. A normalidade presume a relação de flexibilidade entre organismo e o meio ambiente, este último formado por construções e valores sociais.

É incoerente, portanto, analisar o “normal” e o “patológico” pensando no organismo ou no corpo, isolados; é preciso ampliar o olhar e entender que o meio social é determinante no processo de saúde-doença, bem como o caráter das relações constituídas.

De outro ponto de vista, surge a reflexão sobre como as relações dos organismos e o meio ambiente ou sujeitos e meio social, podem questionar a visão positivista do modelo biomédico que, ao centrar no corpo, restringe as causas do adoecimento e as formas de cuidado. Mas, também reforça o estigma criado sobre os sujeitos, tal como acontece com as pessoas que tem algum transtorno mental.

No contexto das relações sociais estudadas por Goffman (1993), a sociedade classificava as pessoas de acordo com atributos pré-estabelecidos considerados comuns entre seus membros, com isso buscava-se a uniformização por meio de uma padronagem, excluindo os demais que difeririam disso reforçando o estigma sobre as pessoas que não se encaixam em padrões de “normalidade”.

O estigma segundo Goffman (1988, p.6) está relacionado a características dos sujeitos que os diferenciam dos demais, no entanto ele é sustentado pelo comportamento categorizante da sociedade que classifica os sujeitos, conforme:

Evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande.

O estigma deve ser admitido como uma construção social atrelado ao conceito de identidade social, de acordo à compreensão dada por Goffman, que diz respeito aquilo que as pessoas pensam acerca dos outros, especificamente quando há uma desqualificação e diminuição da pessoa, por meio de rótulos que a aproximam a conotações socialmente negativas. Para o referido autor existem três tipos diferentes

de estigma: estigma relacionado a deformidades físicas; as culpas de caráter individual (crenças, desejos, desonestidade, etc); e, por último, os estigmas tribais que tratam de questões raciais, religiosas, nacionalidades. Mas a base de todos, é a desqualificação do outro.

O estigma construído sobre as pessoas com transtorno mental, de que trata este trabalho, produz o que Goffman (1974) considerou como “mortificação do eu”, ou seja, a aniquilação do sujeito. O autor se referiu a este termo no contexto das internações asilares, produto da maneira como o louco era “tratado” nos manicômios, onde a pessoa não tinha mais identidade muito menos autonomia. A segregação social é prática antiga e persiste até hoje, como foi visto no capítulo 3. Iniciou-se com a estigmatização da pobreza e não com a loucura, como Foucault buscou desvincular.

As pessoas acometidas por transtornos mentais carregam um pesado estigma, esse se intensifica quando se trata de pessoas que fazem uso problemático de Substâncias Psicoativas (SPA). Todos pois, carregam o estigma de serem “marginais”, “perigosos”, “violentos”, de pessoas incapazes”. Esse pensamento é fruto de relações sociais, de dominação e de valorações morais acerca do outro e da diferença como argumentado por Goffman (1974). Uma prova disso é que o estigma ainda existe e atinge diversos grupos sociais, o que mudou são as práticas e comportamentos segregacionistas e as formas de nomeá-los. Não é por menos que um dos eixos da Reforma Psiquiátrica é a inclusão social.

E não há como fazer esse movimento de inclusão sem mudar a visão da sociedade acerca das pessoas que sofrem com transtornos psiquiátricos, inclusive em decorrência do uso de SPA.

Na dimensão sociocultural da Reforma, Hernandez (2019) atribui a importância de se entender qual a percepção da sociedade acerca da loucura e do louco. Concebendo como ponto de partida que o estigma sobre essas pessoas é um problema social e não individual. Amarante (1995), corrobora essa ideia, sendo a saúde mental antes de tudo, uma questão de base ética refletida na forma como a sociedade lida com a diversidade e com as minorias.

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial desenvolvidas no Brasil são acontecimentos essenciais para a compreensão do pensamento sobre a loucura e para o processo de transformação no paradigma da assistência à pessoa em sofrimento mental. Se antes vigorava o tratamento asilar, baseado na internação, isolamento e exclusão social, a partir da Reforma Psiquiátrica, a eficiência dessa forma de cuidado é questionada e emerge a pretensão de uma psiquiatria comunitária e preventiva.

O foco do cuidado, antes voltado para a doença, se reverte para o doente. E com ampliação da perspectiva sobre o tratamento, surgem novas estratégias e tecnologias que visam a promoção da cidadania, da convivência familiar e comunitária, bem como o respeito às diferenças e a produção da autonomia dos sujeitos em tratamento (BRASIL, 2015a).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou no final da década de 1970, por meio do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental- MTSM. O país estava imerso no processo de redemocratização. Amarante (1995) considera que o MTSM introduziu um pensamento crítico sobre o campo da saúde mental, pondo em tela de juízo o modelo psiquiátrico clássico e vislumbrando a desinstitucionalização que, na visão desse autor, não deveria significar somente o fechamento de leitos hospitalares, mas sim, a construção de novas possibilidades de sociabilidade e promoção de direitos e cidadania.

Hernandes (2019) apontou que a Reforma Psiquiátrica se deu em meio a outros movimentos sociais e influências, tais como o movimento sanitarista que propunha a democratização do acesso à saúde, o movimento também lutava em defesa da democracia, frente ao contexto que vivia o país.

Amarante (2007) concebe a Reforma Psiquiátrica em quatro dimensões, que organizam processualmente as conquistas e marcos da Reforma e do movimento da Luta Antimanicomial. Também permite a reflexão sobre os desafios que permanecem até a atualidade quanto ao processo de rompimento com o poder psiquiátrico e à amplitude do conceito de desinstitucionalização.

A primeira dimensão é a teórico-conceitual que apresenta redirecionamento da atenção para o sujeito ao invés da doença e por isso destacou-se os conceitos de doença mental e desinstitucionalização.

Admitir-se-á aqui o conceito ideado por Amarante (1995) acerca de desinstitucionalização como processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos, não se resumindo ao fechamento de leitos hospitalares, ação que vislumbrava, na verdade, a diminuição de custos, corroborando com o sistema neoliberalista.

A segunda dimensão denominada técnico-assistencial, acenou para o surgimento de novas tecnologias e formas de organização do cuidado. Nesse período emergiram outros dispositivos que refletem a psiquiatria preventiva. No Brasil, destacaram-se os serviços substitutivos às internações, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), sobre os quais este texto discorrerá mais à frente.

Quanto à terceira dimensão, jurídico-política, englobou os marcos legais que endossaram o movimento de ruptura com o modelo biomédico. Destaque aqui no Brasil para o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado em 1989, que originou a Lei 10.216 de abril de 2001. Todas essas ações desenham o novo modelo da atenção psicossocial.

A quarta dimensão, de caráter sociocultural, é peça-chave nessa trajetória da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, que se estende até os tempos atuais, porque equivale a entender o lugar do louco e da loucura na sociedade” Hernandes (2019, p. 05)”.

Kinoshita (2010) sugere que os sujeitos tidos como loucos, desprovidos de razão, na maioria das vezes não possuem nenhum poder de contratualidade, pois seus bens são suspeitos, seus afetos desnaturalizados e suas mensagens postas como incompreensíveis, já que para o autor o valor atribuído aos sujeitos está diretamente relacionado ao valor dado a essas três dimensões: bens, afetos e mensagens.

Amarante (1995) assinala que na dimensão sociocultural, a saúde mental tem como base a ética, o que evolve toda a sociedade e como está irá escolher lidar com suas minorias, com as diferenças e com a desigualdade social.

E nesse meandro, Filho e Lemos (2012) ressaltam que os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial são produzidos por um campo de

forças e enfrentamentos acerca da questão da loucura no Brasil. Nesse campo, portanto, há disputas de interesses e poder entre diversas forças, que incluem os governos, instituições hospitalares, os usuários, familiares, o terceiro setor e o poder psiquiátrico dentre outras. Para os autores acima, até hoje, este último detém hegemonia na construção da política de saúde mental.

Essa arena de poderes foi considerada o palco da Luta Antimanicomial que surgiu a partir do MTSM no final da década de 80 e teve como premissa o rompimento radical com a lógica dos manicômios e com o poder psiquiátrico, coisa que não aconteceu com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, segundo a visão crítica de Filho e Lemos (2012).

As bases que fundamentam a Luta Antimanicomial estão na psiquiatria democrática italiana, que se opunha às instituições totais e buscava a desinstitucionalização de fato (MOREIRA; NETO, 2017). O modelo da psiquiatria democrática teve papel importante na formação da política de saúde mental brasileira.

E a Reforma Psiquiátrica foi propulsora desse processo no Brasil, pois resultou na promulgação da Lei 10.216 de 2001, que regulamentou os serviços substitutivos à internação, os Caps, que são um símbolo do novo modelo de assistência que surge o modelo psicossocial.

3.4 MARCOS LEGAIS DO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Lei 10.216 de 2001 foi um marco legal para a estruturação desse novo modelo assistencial e reafirmou o direito de reinserção social das pessoas em sofrimento. A lei dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento mental, destaque para os seguintes incisos do art. 2º

- “II- Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
 - VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 - VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 - IX – Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.”
- “Art. 3º- É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001, p. 02)

Tais artigos corroboram com o exposto até o momento sobre o modelo assistencial pós-Reforma Psiquiátrica, que prega sobre a construção de um plano de cuidado baseado nas necessidades dos usuários dentro do seu território e tomando como base serviços comunitários. Cabe igualmente destacar os artigos 3º e 4º parágrafo §1º deste. Eles explicitam o seguinte:

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

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

§ 1º O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001, p. 02).

É sabido que a Lei 10.216 de 2001 ainda guarda resquícios de tempos passados, não rompendo totalmente com as estruturas manicomiais. Como bem disse Yasui (2010), essa lei esteve longe da radicalidade do seu projeto original, pois manteve a estrutura hospitalar. Apesar disso, Filho e Lemos (2012) consideraram que essa lei foi determinante para fundação dos Caps, que por sua vez, contribuíram para o início do fechamento de hospitais psiquiátricos, fato fundamental para a implementação do modelo psicossocial no país.

Os Caps são serviços psicossociais estabelecidos pela portaria GM/MS 336 de 2002. No seu artigo 1º define que:

Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: Caps I, Caps II e Caps III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria BRASIL, 2002, p. 01).

Quanto ao perfil de usuário os Caps podem ser Caps i, infanto-juvenil, Caps geral que atendem somente a demandas de transtorno mental e os Caps AD, Álcool e outras Drogas, aqueles atendem pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SPA).

Pensando no processo de desospitalização e reabilitação dos egressos de internações prolongadas, em 2003 foi criado por meio da Lei 10.708, o Programa nacional de “Volta para Casa”. A lei instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, o Programa é executado até a atualidade.

Ainda nessa perspectiva, a portaria do GM/MS 106 de 2000 pretende a Criação dos “Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema

Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais” (Art. 1º). Essa portaria foi alterada pela portaria GM/MS 3.090 de 2011 e dispõe sobre o repasse de recursos para implementação e implantação de SRT.

Em 2011 foi instituída a portaria 3.088 do Ministério da Saúde para estruturação da rede de atendimento aos usuários da política de saúde mental. Essa portaria estabelece a Rede de Atenção Psicossocial, a Raps, que pretende criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para atender as pessoas em sofrimento mental, inclusive aquelas com necessidades decorrentes do uso problemático de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A referida portaria foi um marco para a organização da atenção e o início da criação de uma linha de cuidado em saúde mental. Nela está descrita a composição da Raps à época, segundo o Artigo 5º:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I-atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II -atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III -atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV -atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V -atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI -estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII – reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011, p. 04).

A “Carta de Pinhais” de 2013 foi um acontecimento importante no período. A carta é produto do I Encontro Nacional da Raps. Movimento dos usuários,

profissionais e gestores preocupados quanto ao retrocesso na Reforma Psiquiátrica e princípios do SUS (ENCONTRO NACIONAL DAS RAPS, 2013).

Cabe destacar as transformações do Estado entre 2011 e 2015, que mudaram o destino e as políticas públicas no país. As negociações políticas no governo de Dilma Rousseff na tentativa de salvar o seu Governo, culminou em alianças com a ala da direita conservadora. E esse processo de retração e retrocessos se aprofunda nos anos seguintes. E na arena política, insurge uma ameaça ao sistema democrático brasileiro com o movimento político do impeachment de Dilma Rousseff no ano de 2016, que modificou ainda mais os rumos das políticas públicas no Brasil. Michel Temer assumiu a presidência e, desde então, o Brasil vivencia uma sucessão de desmontes nas políticas públicas.

O contexto foi de supervalorização dos interesses do capital em detrimento do investimento social, pelo contrário, pois a ordem era neutralizar os movimentos e lutas sociais em favor de Políticas Sociais. Michel Temer ainda extinguiu as Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SENPM) e a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (SEPIR), o Ministério do Desenvolvimento Agrário e o da Cultura, além de reduzir os recursos para as Universidade e hospitais inviabilizando o funcionamento destes.

No atual governo, a gestão também é marcada por um pensamento conservador e por um perfil neoliberal das políticas públicas emanadas do Estado. E já no início do atual governo, em dezembro de 2018, a Política Nacional de Saúde Mental tem diretrizes alteradas, por meio da Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.

Essa Nota Técnica vinculou novamente os hospitais psiquiátricos à Raps e as comunidades terapêuticas passam a receber financiamento do Ministério da Saúde (MS), bem como os leitos hospitalares obtiveram novas formas de financiamentos que contrastam ao da Portaria 2.644 de 2009 do GM/MS. Porém esse movimento foi iniciado com a Portaria GS/MS 3.058 de 2017, que altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017.

Trata-se de um marco legal atual muito importante e com grande impacto na execução da política de saúde mental no Brasil. Nela destaca-se a valorização de investimentos em leitos hospitalares em detrimento dos psicossociais e ainda propõe

o Caps IV, que reduz a assistência praticamente a nível ambulatorial, questões também já pontuadas acima.

Os princípios da redução de danos não seriam mais os norteadores da política de álcool e outras drogas, mas sim a abstinência, institucionalizando a aliança com as comunidades terapêuticas, conhecidas pela disciplinarização dos corpos por meio de um discurso religioso.

3.5 A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Mas em que consiste esse modelo de atenção psicossocial? De acordo com (BARROS& EGRY, 2001), no modelo psicossocial, a atenção está centrada nos indivíduos, nas suas histórias e na produção de subjetividades. O modelo de atenção psicossocial vem para romper com o paradigma da atenção asilar e hospitalocêntrica, que compreendia o processo de saúde-doença de maneira unicamente biológica. (YASUI; ROSA, 2008).

Essas transformações implicam em nova Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS) que demonstram as mudanças no modelo teórico e assistencial de atendimento às pessoas em sofrimento mental. A EAPS então, emergente a partir da Reforma Psiquiátrica, localiza a loucura no campo da exclusão social e as práticas profissionais, deste modo, são voltadas para a inclusão social e produção da cidadania conforme Moreira e Neto (2017).

Reabilitação social para Saraceno (1999) é um processo de reconstrução do pleno exercício da cidadania com o objetivo de romper com esse paradigma do modelo manicomial, apesar de não ser possível a supressão de um modelo pelo outro de forma imediata, nesse processo persistem muitas contradições e conflitos. Portanto, em decorrência da herança do paradigma hospitalocêntrico, o contraponto feito ao modelo antigo, preventivo-comunitário, marcado pela criação de serviços ambulatoriais, se revela como uma das principais tensões.

Para Alves (2001), os Centros de Atenção Psicossocial são os equipamentos mais eficientes na superação do modelo manicomial, já que esses serviços são de base comunitária. Estão localizados no território do usuário, onde acontecem suas vivências, onde também estão os problemas e as potencialidades. Por isso os Caps são chamados a serem serviços articuladores das redes. A portaria 336 de 2002

descreve no Art. 1º, § 2º que: “Os Caps deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” BRASIL, 2002).

Os Caps insurgem contra a lógica da hierarquização, proporcionam atendimento especializado, agregando os níveis de atenção para um atendimento integralizado. Como serviço especializado, os Caps são estratégicos para o suporte aos demais serviços e níveis de atenção (GUIMARAES; NUNES; SAMPAIO, 2016).

Estes serviços funcionam num sistema de “portas abertas” E dentre outras atividades, os Caps realizam: atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e institucionais, atendimento familiar, atividades comunitárias (Art. 4º, PORTARIA 336, 2002). Existem ainda os Caps especializados no atendimento à adolescentes/jovens e adultos com transtornos mentais e os Caps ad destinados às pessoas com problemas derivados do uso nocivo de substâncias psicoativas (SPA).

Outro conceito que surge com o novo modelo de atenção em saúde mental, é o que Saraceno (2010) denominou de reabilitação psicossocial. O autor discute acerca das relações de poderes e a importância das trocas sociais. A reabilitação psicossocial tornou-se um referencial teórico que sugere estratégias de atuação que visam romper com o modelo manicomial. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno pode ser entendida como um processo de reconstrução do pleno exercício da cidadania e da plena contratualidade nos três grandes contextos: o hábitat, a rede social e trabalho com valor social (JUNIOR; LUSSI; PEREIRA, 2006). A Reabilitação psicossocial seria o objetivo a que se presta o modelo de atenção psicossocial. Saraceno (2010) explica que a reabilitação psicossocial deve ser capaz de produzir autonomia para que os sujeitos possam participar das trocas sociais. Tal proposta tem sido referência importante na área de saúde mental no Brasil.

Por outro lado, Yasui e Rosa (2008) fazem importantes considerações sobre o impacto da ausência de preparação dos profissionais para mudança desse modelo de atenção. E isso comprometeu a quebra de paradigma, já que o olhar dos profissionais sobre a realidade ainda permanece fragmentada tendendo ao desenvolvimento de uma prática que reflete o modelo médico centrado (YASUI; ROSA, 2008).

É o que Haeser; Buchele; Brzozowski (2012) aludem no sentido que na construção das ações de promoção à saúde, que garante estratégias condizentes com a realidade daquele sujeito, ou seja, deve-se considerar seus hábitos, cultura e

escolhas para não incorrer em ações de hipervigilância, que fere a liberdade dessas pessoas e, portanto, os princípios desse novo modelo assistencial.

Contudo Hernandez (2019) reforça que permanece o desafio de romper com o modelo medicalocêntrico e hegemônico pautado no poder médico, e aponta que é preciso alcançar outras dimensões clínicas e políticas na atualidade afim de produzir um modelo que se afasta da lógica manicomial.

Entretanto, para Filho e Lemos (2012) à medida que não houve um enfrentamento ao poder psiquiátrico, esse ainda dita as formas de anormalidade e os fundamentos do tratamento ofertado e sendo a Reforma Psiquiátrica marcada por interesses difusos e por um jogo de poder, a psiquiatria ainda ganha sendo fortemente organizada e influente na arena política brasileira. Mediante essa conjunção de fatores, é possível visualizar os desafios atuais do novo modelo de assistência, o modelo psicossocial, que não escapa da “psiquiatralização”, comentam Filho e Lemos (2012), um sinal disso, são os retrocessos na política e na organização dos serviços dos Caps em que a figura do médico retoma um lugar central nas intervenções.

3.6 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: A REALIDADE BRASILEIRA

A seguir se apresenta uma contextualização da política de saúde mental no Brasil com os acontecimentos que marcaram a política nos últimos 10 anos. Dados atualizados permitem visualizar o desenho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) neste momento no país.

O Brasil recebeu reconhecimento internacional importante quanto aos avanços na implantação de uma política nacional de saúde mental, sendo considerado precursor, inclusive entre países desenvolvidos. Essa mudança iniciada na década de 1970 com a Reforma Psiquiátrica, impulsionou o processo de desinstitucionalização quando se inicia a substituição progressiva de hospitais psiquiátricos por serviços comunitários.

Nesse período as lutas dos movimentos sociais em prol da Reforma Psiquiátrica se somavam às lutas em favor da redemocratização no país. Na década de 90 avançaram as discussões da Reforma Psiquiátrica, resultando na promulgação da Lei 10.216 de 2001. Desde então, foram criados os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que juntamente com outros serviços compõem a Raps.

Dados compilados em 2015 pelo governo, assinalaram que entre 1998 e 2014 houve uma ampliação consistente no número de Caps, de 148 para 2.209 serviços. Concomitante a isso, houve uma diminuição potencial dos gastos do programa de saúde mental com leitos hospitalares de 75,24% para 20,61% entre 2002 e 2013 (BRASIL, 2015b).

Segundo o Plano Nacional de Saúde de 2020-2023, em 2019 o Brasil contava com 2.591 Caps habilitados, um crescimento de +5,8% em relação a 2016. Nesse mesmo período o número de leitos em hospitais gerais subia +40,4%, ou seja, de 1.072 para 1.505 leitos.

Apesar desses progressos indiscutíveis, persistem os desafios de base, muitos deles relatados no início desse trabalho, ou seja, o subfinanciamento, a ampliação do acesso, a integração da saúde mental com a atenção primária, sistema de avaliação bem como o desenvolvimento dos recursos humanos.

Houve ainda uma estagnação no desenvolvimento da política de saúde mental desde 2011, que gradualmente impôs um retrocesso nos princípios e diretrizes da política; a destinação de maiores recursos para a atenção hospitalar, conforme acima, demonstra isso. E cabe mencionar que muito dos avanços nesse período derivou dos investimentos do campo de álcool e outras drogas relativos ao Programa “Crack é possível vencer”, que teve grande repercussão midiática.

Um estudo sobre governança e mecanismos de avaliação referente ao período de 2009 a 2014, dentre outros, reafirmou essa ênfase do financiamento no campo das políticas de álcool e outras drogas. Por meio desse estudo se confirmou o subfinanciamento da saúde mental no Brasil e que os mecanismos de avaliação existentes não condiziam com a área da saúde mental. Outra constatação importante desse estudo diz respeito ao foco atual da política, que se mostrou anacrônica ao do modelo psicossocial, o que reflete a perpetuação de uma visão biomédica e hospitalocêntrica acerca do tratamento (CAMPO; TRAPÉ, 2017).

Posteriormente ao movimento de ruptura da institucionalidade democrática em 2016, a Portaria GS/MS 3. 588 de 2017, a Raps foi alterada, conforme o quadro abaixo, quando se viu o distanciamento paulatino dos princípios da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

Atualmente a Raps é formada pelos seguintes componentes e pontos de atenção respectivamente conforme Portaria GS/MS 3.088 de 2011 e atualização da Portaria GS/MS 3.588 de 2017:

Quadro 01- Componentes e pontos de atenção da Raps 2021.

	Componentes	Pontos de Atenção
1	Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica em Saúde: - Equipes de Atenção Básica - Consultório na Rua - Apoio aos Serviços do Componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório - Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Centros de Convivência e Cultura
2	Atenção Psicossocial Especializada	- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas
3	Atenção de Urgência e Emergência	- SAMU 192 - Sala de Estabilização - UPA 24 horas - Portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto Socorro em Hospital Geral - Unidades Básicas de Saúde
4	Atenção Residencial de Caráter Provisório	- Unidade de Acolhimento - Serviço de Atenção em Regime Residencial
5	Atenção Hospitalar	- Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral - Hospital Psiquiátrico Especializado - Hospital dia
6	Estratégias de Desinstitucionalização	-Serviços Residenciais Terapêuticos -Programa de Volta pra Casa
7	Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Elaborado pela autora.

As equipes multidisciplinares foram acrescentadas após a portaria supramencionada, o que significou o retorno da abordagem ambulatorial que fragmenta e desarticula o processo de cuidado.

Identificou-se também o retorno do Hospital dia, que de forma geral valoriza as intervenções biomédicas, perceptível também com a alteração dos valores da internação hospitalar a partir da sua capacidade de atendimento.

É nesse cenário de retrocessos e desmantelamento dos serviços de saúde mental, que a pandemia de covid-19 revelou a necessidade de investimento e promoção do acesso a serviços de saúde mental especializados. E dados da pesquisa do instituto IPSOS apontaram que 53% dos brasileiros declararam que sua saúde mental piorou após a covid-19 e 30% das pessoas acometidas pela doença desenvolverão sintomas psiquiátricos.

Para lidar com esse problema eminente o governo informou que reforçou os serviços de saúde mental do país com a liberação de 1,1 milhões, somente durante a pandemia, para ampliação e abertura de novos Caps, leitos hospitalares, SRT e outros. No total o governo diz ter repassado 65 milhões de reais para ampliação da rede de saúde mental, Ministério da Saúde (2020b), como ilustrado no Quadro abaixo.

Em outubro de 2020 o Ministério da Saúde (MS) liberou no site oficial dados atualizados sobre a Raps no país e estes são os números:

Quadro 02- Quantitativo de Componentes da Raps 2021.

Componentes	Quantitativo
Unidades Básicas de Saúde	42 mil
Consultórios na Rua	144
Centros de Atenção Psicossocial	2.730
Serviços de Residências Terapêuticas	791
Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-juvenil)	68
Serviço Hospitalar de Referência (Leitos em Hospitais Gerais)	1.785
Leitos em Hospitais Psiquiátricos	13.877
Equipes multiprofissionais de atenção especializada em Saúde Mental.	50

Fonte: Ministério da Saúde, 2020b.

3.7 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO DF

A história da saúde mental no DF segundo Lima (2002), tem reproduzido a trajetória da saúde no que tange aos interesses políticos, econômicos e profissionais. O fato dessa política não ser tratada como política de Estado, a sujeita à vontade política partidária e outras como dito anteriormente, ocasionando uma descontinuidade no desenvolvimento destas.

Antes da inauguração de Brasília e mesmo antes da sua implementação legal, a capital do país já possuía um Plano de Saúde concebido pelo médico Henrique Bandeira em 1959. Este plano médico-hospitalar, previu a regionalização, descentralização e comando único, que seria coordenado pela FHDF, criada em 1960. O plano anteviu hospitais para atenderem aos “doentes psiquiátricos” e “mentais”.

E o primeiro hospital público a prestar assistência psiquiátrica em Brasília foi o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), inaugurado em 1960. Uma unidade no Hospital de Sobradinho também atendia a pessoas com transtornos mentais. Em 1969 foi criado o Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP), que atenderia a crianças e adolescentes.

Nesse contexto, as instituições para internação psiquiátrica conveniadas à FHDF, já atuavam em Brasília e no entorno. Elas eram denominadas de Clínicas de repouso e atendiam aos contribuintes do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); aqueles que não contribuía eram encaminhados para uma clínica espírita em Anápolis, lembrando que naquele período a assistência na saúde era contributiva.

O primeiro hospital público psiquiátrico de Brasília foi inaugurado em 1976, chamado de Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP). O pleito de profissionais da saúde era pela abertura de leitos nos hospitais gerais, contudo não foi o que aconteceu. O HPAP realizava a triagem em saúde mental, tinha o serviço de observação entre 24 e 72 horas, após isso, o fluxo era encaminhar para as instituições psiquiátricas conveniadas.

No ano de 1987 o HPAP passaria a ser chamado Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), como parte do processo de transformação do atendimento prestado com intuito de promover um atendimento mais humanizado e diminuir o estigma.

Quanto a atenção primária de saúde começa sua expansão em 1979 com a criação dos Centros de Saúde (CS), que eram insuficientes para atender a população de Brasília e do entorno, que já demandava muito dos serviços de assistência do DF.

Nesse mesmo ano foi criada Comissão de Assessora de Psiquiatria e Saúde Mental que pretendeu revisar a assistência psiquiátrica do DF e iniciou a descentralização da assistência em saúde mental, envolvendo os CS, mas a ausência de orçamento interrompeu esse processo de expansão dos CS.

Em 1983 a saúde mental passou por outra mudança por meio de uma iniciativa nacional para reorientação da psiquiatria previdenciária por meio da criação de Grupos de Trabalhos. Contudo, apesar de incipiente essa iniciativa já previa a ampliação dos CS e a priorização de tratamento extra-hospitalar.

Em 1985 o DF vivia a Reforma Sanitária e os reflexos da Reforma Psiquiátrica no país. Dois anos depois o Instituto de Saúde Mental (ISM) é criado, o mesmo foi um marco para história de Brasília, pois representaria o primeiro serviço substitutivo à internação. O ISM seria o primeiro serviço que adotaria as diretrizes da Reforma Psiquiátrica tendo como norte princípios antimanicomiais. Brasília então enfrentaria os desafios de um “novo fazer” em saúde mental.

A Lei Orgânica do DF promulgada em 1990, pode ser considerada um marco legal, pois dispõe no seu artigo 211 que é dever do Poder Público promover e restaurar a saúde mental do indivíduo, baseado nos direitos humanos, além de prever a substituição gradativa dos leitos psiquiátricos.

Entre 1994 e 1995 foi construído o primeiro Plano Diretor de Saúde Mental do DF (PDMSM), após discussões do primeiro Fórum de Saúde Mental. No mesmo período foi criada a Coordenadoria de Saúde Mental (COSAM) do DF, algumas clínicas de internação foram fechadas e houve diminuição de leitos hospitalares. Esse foi um dos períodos de maior avanço na política de saúde mental no DF.

Em 1999, com a transição do governo de Cristovam Buarque para o de Joaquim Roriz, percebeu-se uma mudança na orientação político-ideológica que interferiu no processo de Reforma Psiquiátrica no DF. No ano seguinte a FHDF foi extinta e substituída pela atual SES.

Somente em 2003, seria fechada a última clínica de internação psiquiátrica de Brasília, a Clínica Planalto e em 2004 e seria implantado na Regional Administrativa (RA) do Guará o primeiro Caps do DF.

Diante do exposto é possível inferir que são visíveis os avanços da política de saúde mental no DF, mas que como no resto do país, a sua programática é diretamente afetada pela vontade política e orientação político-ideológica do governo.

Quanto à dimensão da assistência, como no país, no DF também iniciou fundamentada num modelo asilar, biomédico e hospitalocêntrico, centrando os investimentos nesse campo. As Comunidades Terapêuticas (CT) são exemplos disso, ocuparam o lugar das denominadas “clínicas de repouso”, o que significou um retrocesso na perspectiva da saúde mental e no tratamento a ser ofertado às pessoas que fazem uso problemático de Substâncias Psicoativas (SPA). Essas instituições possuem uma abordagem moralista que utiliza a orientação religiosa, e a laborterapia como formas de tratamento, indicando a conservação do julgamento moral sobre as pessoas que fazem uso nocivo de SPA. Segundo dados da CODEPLAN (2013), por volta de 2011 haviam 25 CT no DF, em 2019, 13 delas eram conveniadas, ou seja, eram financiadas ou pelo Fundo Antidrogas do DF e ou Fundo de Saúde.

Segundo dados da Secretaria de Justiça e Cidadania (SEJUS), em 2018 o termo de colaboração firmado com as 13 CT, custaria mais de 24 milhões de reais oriundos do Fundo Antidrogas. Enquanto segundo relatório do Ministério Público de Contas do DF entre 2011-2013, 100% do orçamento que deveria ser investido para ampliação dos Caps não foi executado. Outro problema que persiste na capital como no país, é sobre a integração da atenção primária com os demais serviços especializados, se antes o desafio era a implantação e expansão, hoje é integração do nível de atenção primária com esses serviços especializados da saúde mental

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta dissertação constitui uma pesquisa documental, que utiliza fontes primárias e métodos qualitativos para compreensão e apreciação de documentos de diversos tipos, escritos, iconográficos, audiovisuais conforme Bonotto; Kripka; Scheller (2015).

Cellard (2008), considera que o documento é uma importante ferramenta para o pesquisador nas ciências sociais, pois os documentos são fundamentais na reconstituição de um passado recente e ainda carrega vestígios das atividades humanas no decorrer da história e suas concepções.

De caráter descritivo e abordagem qualitativa, este estudo analisou a Política de Saúde Mental e Drogas no Distrito Federal no período de 2010-2020 à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

A perspectiva qualitativa permite olhar para os fenômenos sociais a partir de significados produzidos pelos atores envolvidos nas relações sociais observadas em diversos espaços e tempos, além do registro de concepções e percepções sobre os acontecimentos da vida social (MINAYO,2008; CRESWELL,2007). Sendo essa uma das intenções pretendidas, compreender os sentidos cunhados nos documentos analisados.

Nessa linha de pensamento Goffman (1985) aponta que o comportamento humano é um movimento dialético, no qual os sujeitos são agentes sociais ativos que refletem e agem a partir do sentido que as coisas e pessoas se apresentam no mundo, incluindo ideias, pensamentos e instituições, por exemplo. Assim, os sujeitos são ativos e influenciados uns pelos outros e pelo meio social.

O sentido dado as coisas, é produzido e transformado a partir da interação social, designada por Goffman (1985) como a influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros. A interação social por sua vez, constrói uma ordem simbólica e está direciona o comportamento humano.

A perspectiva interacionista de Goffman teve papel importante para a construção de conceitos, ideias e discussões com o intuito sistematizar os processos que orientaram a gestão da política de Saúde Mental- SM no DF.

No que concerne ao processo metodológico, transcorreu inspirado nos três polos cronológicos de Bardin (1977), quais sejam:

- 1) a pré-análise;
- 2) a exploração do material;
- 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

É possível dizer que cada uma das etapas desta pesquisa teve correspondência com os polos acima. Deste modo, este estudo se guiou pelo conjunto de procedimentos da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977).

A primeira etapa integrou a revisão bibliográfica e documental, foi o momento da escolha do corpus da pesquisa. Na segunda etapa, os documentos selecionados foram organizados codificados e categorizados, numa preparação para a próxima etapa, a da análise dos dados. Os itens que seguem apresentarão de forma mais detalhada as três etapas e procedimentos realizados.

4.1 PRIMEIRA ETAPA- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL

A revisão bibliográfica permitiu uma aproximação com o campo de estudo, viabilizou uma visita no tempo quanto aos aspectos da Reforma Psiquiátrica no DF por meio de artigos científicos e de outras produções acadêmicas relacionadas ao tema, além de tudo, ampliou as discussões e reflexões sobre o tema.

Esta etapa representou a “pré-análise”, que em Bardin (1977) consiste na organização dos dados, observadas as regras da representatividade, da exaustividade, da homogeneidade e da pertinência, executando a escolha do corpus e a leitura flutuante para a seleção apurada dos documentos que foram levantados.

Para a autora, *corpus* “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 1977, p. 96).

O procedimento da coleta de dados para Gil (2008) requer um plano de pesquisa bem elaborado e clareza quanto à natureza dos dados.

Com isso, foram consideradas as seguintes fontes: a) registros estatísticos; b) documentos institucionais; d) comunicação em massa; e) relatórios.

A relação de documentos buscados considerou o período entre 2010 e 2020. Os canais de coleta envolveram sites oficiais da SES/DF e outros de produção de dados, como plataforma de busca Google que como numa “bola de neve” indicou outras fontes e prováveis documentos eletivos para a pesquisa.

Seguindo as indicações acima foram localizados 73 documentos, dentre esses, continha relatórios de gestão, protocolos, portarias da SES/DF, planos de gestão

orçamentária, relatórios de pesquisa e outros. Os 73 foram triados por meio de leitura do sumário, apresentação e ou introdução, com isso, exclui-se 30 documentos os quais destoavam do período escolhido para análise e ou fugiam ao tema central e aos objetivos da pesquisa.

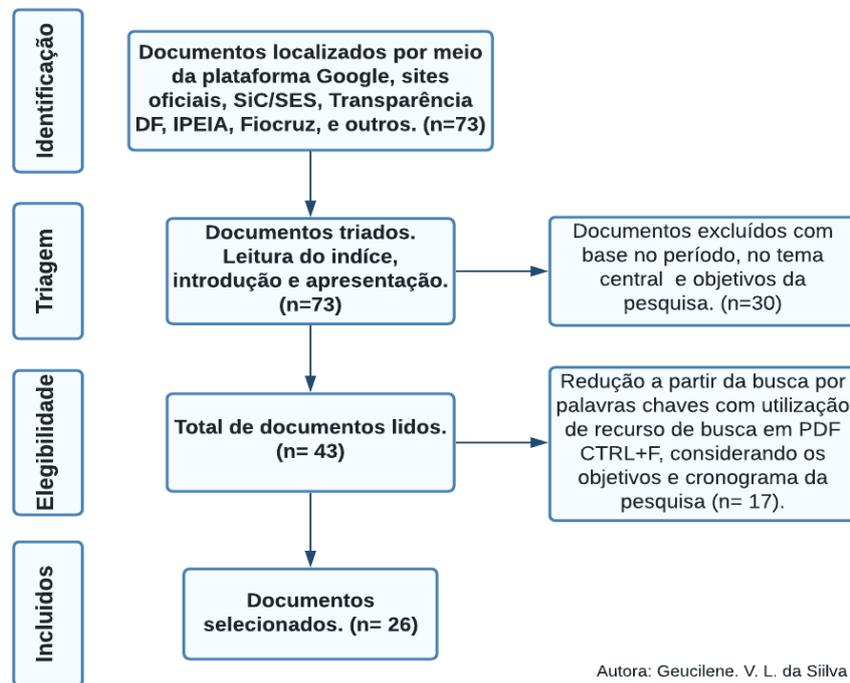
Restando 43 documentos, estes foram lidos na integralidade e tendo em vista o volume de páginas de alguns deles, foi utilizado recurso de localização de palavras disponível em documentos “PDF” (atalho: “CTRL+F”), isso pôde facilitar a busca por conteúdos estratégicos para a pesquisa, além de facilitar a circulação pelas páginas. As palavras chaves utilizadas foram: Caps, Raps, álcool e outras drogas, saúde mental, transtorno mental, doente mental e variações, política de saúde mental, programática, Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial.

Após esse percurso foram incluídos para análise no estudo 26 documentos dentre eles:

- a) 03 Planos Diretores de Saúde Mental (PDSM), competem informar que solicitar este plano relativo a 2010, a Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM) da SES informou após buscas internas não localizaram e que nesse período a gestão era realizada pela Gerência de Saúde Mental e não havia o Sistema Eletrônico de Informações.;
- b) 04 Planos Distritais de Saúde (PDS);
- c) 01 relatório de auditoria do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF);
- d) 02 relatórios da Controladoria do DF;
- e) 01 parecer do Ministério Público de Contas do Distrito Federal (MPCDF);
- f) 15 relatórios de gestão da SES/DF entre 2009 e 2020, três desses possuem duas partes. Um total de 26 documentos selecionados e analisados. A descrição dos mesmos poderá ser vista na Quadro 03 no capítulo dos resultados, bem como os critérios para seleção desses.

A figura 01 abaixo expõe o fluxograma da revisão documental, inspirado na representação do fluxo da pesquisa integrativa.

Figura 01 Fluxograma da amostragem da revisão documental 2010-2020.



Fonte: elaboradora pela autora.

O PDSM é um instrumento de planejamento específico para a área de Saúde Mental no DF, possui a programática da política de saúde mental do DF dentro do período abarcado. De forma geral, o plano apresentou diagnóstico Raps no DF, além das prioridades para estruturação e a organização dessa. Tendo como tripé expansão-consolidação-qualificação.

Os PDS não são específicos sobre a área saúde mental, mas sim, tratam de toda a organização da saúde no DF. Tais planos são meios para planejamento quadrienal da SES; explicitam as principais ações planejadas, os objetivos e metas. É a base da organização e funcionamento do sistema de saúde local.

O relatório de gestão anual da SES é um instrumento do sistema de planejamento para acompanhamento, nele é possível acessar os objetivos estratégicos e metas e verificar se foram ou não executadas por meio dos indicadores. E tanto o parecer, quanto os dois relatórios são relativos às auditorias que envolveram os serviços de saúde mental.

4.2 SEGUNDA ETAPA- ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL

Com um volume considerável de documentos em mãos é imprescindível a organização desses para viabilizar a fase que segue. Nesta fase aconteceu a exploração do material correspondente à codificação, que pode ser entendida como um processo de transformação dos dados brutos por meio de regras precisas, utilizando o recorte, agregação e enumeração. Este processo produz unidades que descrevem e representam o conteúdo.

Dentro desta etapa foi realizada diversa leitura dos vinte seis documentos selecionados para proceder com a codificação, momento em que os dados foram transformados até ao ponto de representarem o conteúdo estudado. A partir da leitura direcionada para os objetivos do estudo realizou-se um recorte com destaque para os segmentos mais importantes dos textos.

Para organização dos dados a pesquisadora elaborou fichas documentais para reunir as informações importantes nas quais constavam, nome do documento, descrição das unidades de registros, período a que correspondia, governo vigente do DF e observações, oportunidade de registro das referências teóricas pertinente aquela unidade de registro ou contextual.

Para a análise documental optou-se por definir a priori três categorias temáticas de análise, quais sejam: organização da Raps, características da programática da PSM; e Inclusão Social.

4.3 TERCEIRA ETAPA- ANÁLISE DE DOS DADOS

Com os documentos catalogados, realizada a codificação e categorização das unidades de registros, é o instante para prosseguir com a análise e interpretação dos dados.

Para a análise dos dados, foi utilizada técnica da análise de conteúdo de Bardin (1977), já que esta trabalha com palavras e é possível fazer inferências sobre o conteúdo da comunicação condizente à investigação (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Com a intenção de sistematizar alguns dos resultados das narrativas dos documentos analisados neste trabalho, foi utilizado o IRAMUTEQ, software livre de

análise de textos com acesso gratuito. Esta ferramenta foi criada por Pierre Ratinaud em 2009 e é utilizado no Brasil desde 2013 Souza (2018).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e a análise dos 26 documentos analisados. Para facilitar a visualização estão sintetizados no Quadro 3 abaixo com uma breve descrição sobre seu conteúdo.

É imprescindível retomar no transcorrer desse trabalho, sobre as três categorias predefinidas pela autora, tendo em vista uma leitura sistemática e sempre debruçada sobre os objetivos deste estudo:

- a) Organização da Raps
- b) Características da programática da PSM
- c) Reintegração Social

Os resultados foram dispostos tendo em conta as duas variantes analisadas, ou seja, categoria e período. As categorias estão apresentadas em subcapítulos, cada um com dois itens, já que o período foi dividido em dois momentos 2010 a 2015 e 2016 a 2020.

Quadro 03: Documentos selecionados para análise.

DOCUMENTO	ANO	DESCRIÇÃO
03 PDSM	2011-2015 2016-2019 2020-2023	É um instrumento de sistematização de ações em Saúde Mental no DF e concernente à programática da política de saúde mental do DF
04 PDS	2008-2011 2011-2015 2016-2019 2020-2023	Tratam das principais ações planejadas e a base da organização e funcionamento do sistema de saúde local
15 Relatórios de Gestão Anuais da SES DF	2010-2020	Instrumento básico do Sistema de Planejamento, que trata da aplicação dos recursos (MS) e dos resultados alcançados. Precisa ser aprovada pela Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF)
01 Relatório de auditoria do TCDF	2011-2014	Relata resultado da auditoria realizada na RAPS da SES/DF para avaliar qualidade dos serviços
01 Parecer do MPCDF	2011-2015	Parecer do MPCDF sobre da Auditoria Operacional o examinar a qualidade dos serviços da RAPS da SES/DF
02 Relatórios de auditoria da CGDF	2013-2013	Relatório de Auditoria, que dentre outras, buscou examinar a eficiência, eficácia e capacidade de gestão da SES/DF.

Fonte: Elaborado pela autora

5.1 ORGANIZAÇÃO DA RAPS NO DF

5.1.1 Período de 2010-2015

Este item e o que se segue abordam a organização da Raps no DF. A intenção é refletir acerca da estruturação das redes no território do DF e identificar os componentes e pontos de atenção tendo como referência as normativas oficiais.

Como este trabalho percorrerá diversos períodos histórico-programáticos em que se desenvolve a política de saúde mental no DF, pareceu importante apresentar, mesmo que de forma panorâmica, a conjuntura sociodemográfica e política da época. Segundo os relatórios de gestão anual da SES de 2010 e 2015 nesse período a capital teve uma variação populacional de 2.0570.160 milhões de habitantes em 2010 a 2.914.830 milhões de habitantes em 2015. O censo do IBGE de 2010 verificou que

com relação a cor/raça 42,20% se considerava branca e 55,95% se consideravam preta ou parda. Quanto ao gênero, mais de 52% era composta por mulheres, conforme legenda do IBGE.

O contexto político era de crise, devido a caso de corrupção envolvendo o governador da época, José Roberto Arruda, que foi preso, ocasião em que Rogério Rosso assumiu o governo por meio de eleição indireta permanecendo até 2011, que coincide com o ano em que o PDSM foi desenvolvido. Brasília vivia uma crise político-econômica sem precedentes, o que se refletia nas políticas e serviços públicos.

É perceptível pela análise desses documentos relativos ao período entre 2011-2015, que os investimentos nos serviços psicossociais estavam focados no campo do álcool e outras drogas devido o Programa Nacional “Crack e possível vencer”, que mobilizou recursos federais para expansão dos serviços.

Para iniciar a análise cabe rememorar acerca do conceito de Raps que que tinha como foco criar, ampliar e articular os pontos de atenção para atendimento às pessoas com demandas em saúde mental

Essa rede foi construída ao longo dos anos juntamente com o avanço da Reforma Psiquiátrica, que gestou a Lei 10.216 de 2001. Esta situou a política de saúde mental no país, destaque também para Portaria GS/MS 3.088 de 2011, que instituiu as redes de atenção psicossocial para atender a pessoas em sofrimento mental, com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso problemático de crack, álcool e outras drogas.

Conforme a Portaria de 2011 a Raps é constituída dos seguintes componentes e pontos de atenção:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermagem especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2011, p. 04)

Em 2017 essa formação foi alterada pela Portaria 3.058 do mesmo ano e significou um retrocesso, conforme será abordado.

Entretanto o teor do PDSM transparece o movimento no sentido da ampliação e qualificação do acesso aos serviços substitutivos à internação: “Os serviços constituintes dessa rede devem ser de base comunitária e funcionarem de acordo com a lógica territorial” (SES, 2010a, p. 05) e pretendia a ampliação do acesso à rede de serviços de Saúde Mental; a qualificação do cuidado; a promoção da reinserção social dos pacientes; e a reorganização e gestão da rede de serviços

Inclusive o plano faz associação com as determinações da III Conferência Nacional de Saúde Mental que apontou a necessidade de reorientação do modelo de assistência e expansão da rede de atenção comunitária (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001).

No ano de 2009 foi inaugurado o hospital-dia em Brasília, mas no Brasil essa modalidade de atenção foi regulamentada pela Portaria nº 224 em 1992. Ela preceitua que o Hospital-dia é um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório e que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional (BRASIL, 1992). A proposta técnica deve abranger uma diversidade de atividades, tais como oficinas terapêuticas e atendimentos à familiares, visitas domiciliares etc.

Porém, esses serviços funcionam dentro de uma instituição hospitalar, um ambiente asilar, regido por práticas biomédicas, considerando inclusive que a atenção hospitalar ainda é centrada no médico e no saber biomédico. Jurena e Weber (2018) explicam que o hospital dia foi implementado dentro dos hospitais porque os Caps, devido suas prerrogativas, não podiam funcionar dentro de hospitais, com isso, não faz sentido manter esse ponto de atenção hospitalar. Os autores também acreditam que os serviços extra-hospitalares da Raps podem aumentar a efetividade da

assistência, à medida que são potencializados pelas redes de apoio social da comunidade, como os grupos de autoajuda, grupos sociais de associações de bairros, comunidades religiosas e outras.

Ainda falando no ano de 2009, viu-se que não havia Caps III e a cobertura dos demais serviços era insuficiente, essa proposta, portanto, de certa maneira seria importante pois buscava evitar as internações e o prolongamento destas. O secretário de saúde da época Augusto Carvalho, já anunciava: "Estamos na linha da política de desospitalização. é uma tendência cada vez maior desse tipo de tratamento" [...] (CALCAGNO, 2009). O então governador José Roberto Arruda declara ainda na ocasião da inauguração desse serviço dentro do HSVP:

A unidade representa um avanço nessa área, porque os pacientes com transtornos receberão atendimento humanitário. Além disso, é um custo a menos para o estado, já que não há pernoite", disse o governador do DF, José Roberto Arruda (CALCAGNO, 2009).

O Hospital-dia naquele contexto era considerado um avanço ao pensar o cuidado para além da internação em si, ampliando o olhar sobre as necessidades das pessoas em sofrimento mental, que alcançava a convivência comunitária, familiar, outras estratégias terapêuticas para acessar aquele sujeito.

Sabe-se que estes e outros serviços incluídos no hospital-dia, deveriam ser ofertados dentro da comunidade por meio de centros de convivência, como previsto na política, mas o DF desde lá não dispunha desses dispositivos.

Em 2010 havia 11 Caps no DF, sendo que 06 desses não tinham cadastro no MS, o que significa que não atendem a todos os critérios para funcionamento, desde questões estruturais à recursos humanos insuficientes. De acordo com dados de 2010 do Ministério da Saúde, o Distrito Federal ocupava a mais baixa colocação entre os 27 estados no Brasil no que diz respeito à cobertura de atenção à saúde mental. A cobertura de Caps no DF era de 0,21, sendo que a meta nacional estabelecida pelo MS é de 0,77 Caps/100 mil habitantes. Nos anos que seguiriam, 2012, 2013 e 2014 os índices foram "0,29", "0,45", "0,46" respectivamente, em que o maior aumento aconteceu entre 2012 e 2013 (SES, 2010b).

Mas o que se observa, é que no DF esse índice tem decrescido. Um dos motivos apresentados pela SES, segundo o PDS, é a ausência de uma planta padrão para estrutura física dos Caps, todavia as recomendações relativas estão descritas

nas Portarias GS/MS 3.088/2011, 251/202 e 336/2002. Mas a questão se arrasta anos após anos.

Esse PDSM não traz explicitamente a organização dos componentes e pontos de atenção, mas cita a Atenção Domiciliar ações da saúde mental na Atenção Básica, Consultório na Rua, a inclusão social pelo trabalho, a extinta escola de redutores de danos, ambulatório em SM, leitos hospitalares, constam os serviços que atendem demandas de saúde mental.

Quadro 04: Organização da Raps no DF entre 2010-2015.

ORGANIZAÇÃO DA RAPS NO DF- 2010-2015		
Pontos de Atenção	2010	2015
Caps I	• ISM- Riacho Fundo	• ISM- Riacho Fundo
Caps II	• Taguatinga • Planaltina • Paranoá • Gama • Samambaia • Ceilândia (precariedade instalado, DF, 2009)	• Taguatinga • Planaltina (não habilitado) • Paranoá • Caps do “Gama” é fechado • Samambaia • Ceilândia •
Caps ad	• Guará • Sobradinho • Santa Maria	• Itapoã • Ceilândia • Santa Maria (Não habilitado)
Caps ad III	Não existia	• Plano Piloto • Samambaia
Caps i crianças	• COMPP- Todo o DF	• COMPP- Todo o DF • Sobradinho • Recanto das Emas (Não habilitado) • Plano Piloto (não habilitado)
Adolescento Álcool e outras drogas (AD)	Todo o DF	Adolescento
Hospitais Gerais	• Ceilândia • Gama • Sobradinho • Paranoá • HRAN- Asa Norte • HUB- Asa Norte	• Ceilândia • Gama • Sobradinho • Paranoá • HRAN- Asa Norte • HUB- Asa Norte

		<ul style="list-style-type: none"> • Guará • HMIB • Brazndia
Hospitais psiquiátricos	Taguatinga	HSVP: <ul style="list-style-type: none"> • 56 leitos no Hospital-dia e enfermaria • 11 leitos no Pronto Socorro (PS)
Hospitais psiquiátricos	Plano Piloto	HBDF: <ul style="list-style-type: none"> • 11 leitos P.S • 24 leitos em enfermaria
Estratégia de desospitalizao: Programa "De volta para Casa"	Todo DF	410 pessoas Atendidas
SRT	Não existia	Não existia
UA	Não existia	Samambaia
Centros de Convivência	Não existia	Não existia
Consultório na Rua Ateno Primária de Saúde - APS	-	Taguatinga Ceilândia Plano Piloto

Fonte: Elaborado pela autora

O Caps II do Gama funcionou por pouco tempo num galpão, mas foi fechado devido as condioes precárias e improvisadas de funcionamento. Numa auditoria dos órgãos de controle sobre a locao de imóveis pela SES do exercício entre 2011 a 2014, constatou-se que a unidade do Gama, como a do Caps ad e Unidade de Acolhimento- UA do Plano Piloto, possuíam irregularidades quanto as condioes estruturais, na realidade não se tratava de uma UA, mas sim o Acolhimento Integral, enfermaria prevista para desintoxicao e proteo social. No caso do Caps do Gama, o local foi alugado sem efetivo funcionamento, gerando nus ao erário.

Verificou-se que as características do imóvel locado (galpão) não permitiram a implantao dos serviços objeto do contrato. Por isso, o imóvel não foi utilizado, não houve a implantao do Caps, mais um serviço de saúde deixou de ser prestado  populao e, também, causou prejuízo ao erário por pagar aluguel, sem a devida ocupao e utilizao do imóvel locado no valor de R\$ 77.501,66. (CGDF, 2015, p.8)

O PDSM previu uma meta para 2015, que não condizia com a realidade, propondo então implantar 46 Caps e 15 SRT, contudo ainda havia 06 Caps não habilitados pelo MS em 2011, aliás o DF não possuía um SRT, UA ou serviços de

convivência social, que tais equipamentos públicos são fundamentais para o processo de reintegração social e desinstitucionalização. No ano de 2011 seria credenciado somente o Caps II de Planaltina e inaugurado o Caps ad III Rodoviária localizado no Plano Piloto.

A questão da estrutura física e meios para efetivo funcionamento desses serviços foi tema latente na auditoria do TCDF, que avaliou exatamente a Raps e execução do PDSM de 2011-2015, considerado desatualizado e parcialmente executado. A auditoria se propôs a responder as seguintes questões:

- 1) A Rede de Atenção Psicossocial está satisfatoriamente organizada?
- 2) A infraestrutura disponível na Rede de Atenção Psicossocial é suficiente para o adequado atendimento dos usuários?
- 3) A Rede de Atenção Psicossocial promove a reinserção social dos usuários?

A seguir se descrevem os critérios optados para proceder com a auditoria (TCDF, 2014, fls. 249 e 250):

1.8 Critérios de Auditoria

33. Os critérios de auditoria deste trabalho são:

- elaboração e implantação satisfatória do Plano Diretor de Saúde Mental do DF;
- organização dos componentes da Raps de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (Portarias GM/MS nºs 3088/2011 e 336/2012. Lei Federal nº 10.216/01 e Lei Distrital nº 975/1995).
- compatibilidade entre a distribuição da Raps e o perfil epidemiológico e demográfico distrital, incluindo a disponibilidade de atendimento na Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno – RIDE (Portarias GM/MS nºs 3088/2011, 121/2012 e 336/2012 e Lei Distrital nº 975/1995)
- compatibilidade do Plano Diretor de Saúde Mental do DF com a programação orçamentária e financeira e os repasses do Ministério da Saúde;
- execução satisfatória dos programas orçamentários (> 50%, LOAs, PPAs e decretos de programação financeira de 2011/2014).
- padrão nacional de estrutura física dos Caps e unidades de acolhimento (Manual de Estrutura Física dos Caps e Unidades de Acolhimento, Portarias GM/MS nºs 3088/2011, 251/2002 e 336/2002).
- compatibilidade entre demanda e a capacidade de atendimento da Raps, incluindo a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (Manual de estrutura física dos Caps e UA e Portarias GM/MS nºs 336/2002 e 3088/2011).
- compatibilidade entre o quantitativo de pessoal por especialidade e lotação existentes com as diretrizes do Ministério da Saúde; existência e implementação satisfatória de programas de capacitação (Manual de Estrutura Física dos Caps e UA e Portaria GM/MS n.º 336/2002 e 3.088/2011).
- adequado acolhimento, referenciamento e contrareferenciamento dos pacientes da Raps nas Redes de Atenção a Urgência e Emergência e Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 10.216/2001 e Lei Distrital nº 975/1995).
- implantação satisfatória do Plano Diretor de Saúde Mental do DF, em relação à reinserção social (Decreto nº 10.216/01).

- existência de ações articuladas entre a Raps e a Rede de Assistência Social (PNAS/2004 e Decreto nº 33164/2011)

Quanto as conclusões levantadas a partir da realização da auditoria são essas:

3.0 Conclusão

288. A presente auditoria visou avaliar a qualidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, havendo o trabalho se desdobrado em três questões de auditoria.

289. Na primeira, entendeu-se que a organização da Rede de Atenção Psicossocial não atende às determinações do Ministério da Saúde, que há insuficiência de recursos orçamentários, bem como que o Plano Diretor de Saúde Mental do DF, insuficientemente implementado, encontra-se desatualizado.

290. Em relação à segunda, os exames concluíram pela inadequação das instalações físicas dos Caps, insuficiência de unidades na rede de atendimento e a escassez de profissionais e cursos de capacitação.

291. Por fim, na terceira constatou-se que as ações de reinserção social são insuficientes em função da ausência de planejamento e execução adequados.

292. Conclui-se, portanto, pela existência de falhas na implementação assim como na operacionalização dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Federal que prejudicam o atendimento à população TCDF, 2014, fls. 249 e 250.

As conclusões apresentadas acima referem que, embora o texto do PDSM aponte conhecimento por parte dos gestores sobre as diretrizes básicas, a realidade posta insiste em mostrar que há muitos obstáculos para a implantação da Raps.

Arriscaria dizer que a disposição política é determinante e o que se vê pelas leituras é que a política de saúde mental também é vítima da descontinuidade das políticas e ações após a troca de governo, que fragmenta o desenvolvimento da política.

É possível inferir também que a ausência de especialistas nos cargos de gestão, é fato dificultador para o seguimento da programática de uma política. No DF observa-se uma grande rotatividade na gestão, muito vinculada a questões político partidárias; o fator planejamento ou ausência deste, também atrasa e desperdiça tempo e recursos.

Dito isso, ainda cabe colocar que o resultado demonstra como a Raps tem sido construída, de forma improvisada e por isso precária, tanto no quesito estrutura física, quanto no cumprimento das diretrizes da lei. Dentre os resultados descritos da autoria supracitada, citou-se a manutenção e conservação precária. O texto abaixo pode admitir isso.

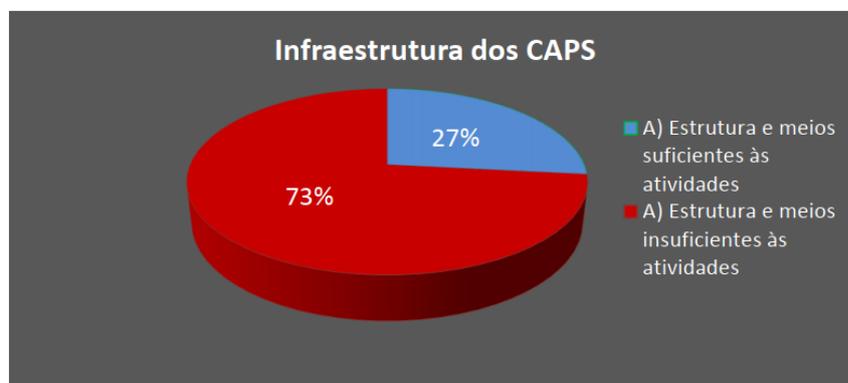
A produção apresentada acima é referente aos registros dos seguintes serviços de saúde mental: Caps Paranoá, Caps Taguatinga, COMPP, ISM e HSVP. Os Caps Guará e Sobradinho não tiveram seus procedimentos registrados. Também não foram registrados os procedimentos realizados

pelo Caps Ceilândia, precariamente instalado em 2009 e Planaltina, que estava em fase de implantação. Os outros três Caps (Santa Maria, Gama e Samambaia) começaram a funcionar em 2010. (SES, 2010, p. 32)

Sem consistência acerca da política de saúde mental e internalização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, é impossível estruturar ações que prezem pela reintegração social.

A figura abaixo representa por meio do gráfico a dimensão do problema encontrado nos Caps (TCDF, 2014)

Figura 02: Infraestrutura dos Caps



Fonte: TCDF, 2014.

Esse percentual pode demonstrar que grande parte do problema que atravança a ampliação dos serviços psicossociais é totalmente solucionável, porém depende da capacidade de planejamento, ponto de fragilidade do Governo do Distrito Federal (GDF), de acordo com as conclusões do relatório da auditoria mencionada acima.

Sugere-se ao egrégio Plenário, determinar à SES que:
a) aprimore os mecanismos de planejamento, elaboração e execução da programação orçamentária anual [...] (TCDF, 2014).

O relatório de gestão da SES de 2011 informou que de um orçamento de R\$ 1.693.831,00 (Um milhão, seiscentos e noventa e três mil e oitocentos e trinta e um reais) programado somente R\$ R\$ 79.793,21 (Setenta e nove mil e setecentos e noventa e três e vinte um reais) foram executados, compreende-se a partir do que foi dito até o então, que há recurso, entretanto não há gestão adequada do mesmo.

Para além disso, precisa ser considerada a falta vontade política e empenho na promoção dessa política, contrariando a Lei da Reforma Psiquiátrica, 10.216 de 2001 e as demais diretrizes nacionais. As respostas do MCDF às três questões da auditoria podem admitir essa constatação conforme segue:

a) Rede de Atenção Psicossocial está satisfatoriamente organizada?

b) a infraestrutura disponível na Rede de Atenção Psicossocial suficiente para o adequado atendimento dos usuários?

c) Rede de Atenção Psicossocial promove a reinserção social dos usuários? A zelosa Unidade Técnica respondeu à **Primeira Questão** aduzindo que a organização da Rede não está de acordo com preceitos da Portaria GM/MS n.º 3.088/2011 e que o Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011-2015, tendo sido apenas parcialmente executado, está desatualizado, sem iniciativa de revisão e com recursos orçamentários insuficientes para implementar e operar, de forma adequada, as unidades da Raps.

Segunda Questão de Auditoria, o Corpo Técnico constatou a inadequação das instalações físicas dos Centros de Atenção Psicossocial, quanto à estrutura, à manutenção e à sua localização. Registrou, ainda, que a rede de atendimento não suporta a demanda de serviços de atenção psicossocial e que a escassez de profissionais e a insuficiência de cursos de capacitação continuada comprometem o funcionamento da Rede. Quanto à **Terceira Questão**, constatou que as ações de reinserção social na Raps são insuficientes em função da ausência de planejamento e da execução de programas e ações que a promovam.” (MPDFT, 2016, fl 473).

No ano seguinte a situação não mudou muito e a saúde mental foi identificada como a área mais deficiente do sistema de gestão pública do DF, reconhecendo que não tem efetivado o que é preconizado pelo MS, executando somente 18% do orçamento programado no valor de R\$ 1.538.002,83 para esse campo (SES, 2012a). No que diz respeito ao indicador da expansão dos serviços extra-hospitalares, teve um pequeno aumento devido o credenciamento do Caps II de Samambaia, no ano de 2012.

Três novos Caps foram inaugurados em 2013. O Caps II AD em Ceilândia e Taguatinga, e o Caps ad em Samambaia. Nesse ano houve um aumento nas consultas psiquiátricas e no índice de cobertura de Caps, 65, 5% em relação a 2012, um índice de 0,45. A meta acerca da construção de cinco Unidades de Acolhimento (UA) não foi cumprida totalmente, somente Samambaia teria a sua UA. Cabe ainda ressaltar que neste ano houve uma priorização do campo de álcool e outras drogas como é possível observar nos Caps inaugurados no ano (SES, 2013).

Em 2014 as metas relativas às UA, bem como a da construção de SRT, não foram executadas. A cobertura de Caps foi para 0,50, ainda considerada insatisfatória, demonstrando a necessidade de mais ações articuladas, inclusive com outros setores e políticas públicas. Dos 16 Caps existentes em 2014, apenas 13 Caps eram credenciados, ou seja, 03 Caps desses estavam funcionando em discordância com as prerrogativas do MS (SES, 2015a).

Para 2015 foi previsto o credenciamento dos três serviços inabilitados, mas não aconteceu devido pendências, dessa forma, em 2015 não houve inauguração ou credenciamento de Caps. Apesar de nesse ano a saúde mental ter R\$ 6.487.548,00

(seis milhões, quatrocentos e oitenta e sete mil quinhentos e quarenta e oito reais) autorizados, uma subutilização de 49,46% desse recurso foi liquidada, que acreditava-se ter sido utilizado para pagamento de aluguéis de imóveis.

No Relatório de gestão anual da SES de 2015 consta que o principal produto desse ano são as mais de 77 mil consultas psiquiátricas realizadas, demonstrando a perpetuação do foco biomédico do cuidado e reducionista do processo saúde-doença conforme Yasui e Rosa (2008). Ampliar essa visão é uma das propostas da Reforma Psiquiátrica.

A auditoria do TCDF advertiu sobre os seguintes problemas descobertos, sendo a SES orientada a revisar e cumprir as metas estabelecidas de ampliação da Raps do PDSM 2011-2015. Esses problemas serão focos de monitoramento dos órgãos de controle.

- Achado 1 – Reduzida implementação e desatualização do Plano Diretor de Saúde Mental do DF;
- Achado 2 – Baixa destinação de recursos para operacionalização das Unidades de Saúde Mental;
- Achado 3 – Inadequada organização institucional;
- Achado 4 – Inadequada circulação de pacientes e informações;
- Achado 5 – Insuficiência nos quantitativos de unidade voltadas para o atendimento;
- Achado 6 – Inadequação das unidades para o pleno atendimento;
- Achado 7 – Manutenção e conservação precárias;
- Achado 8 – Deficiências na gestão de pessoas;
- Achado 9 – Baixa implementação de programas de reinserção social; Achado 10 – Custeio centralizado das oficinas terapêuticas (TCDF, 2014).

5.1.2 Período de 2016 a 2020

A população do DF em 2016 estava estimada em 2.977.216 (dois milhões, novecentos e setenta e sete e mil e duzentos e dezesseis habitantes). Incluindo a população habitante na Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno do DF (RIDE-DF) esse número ultrapassa 04 milhões. A integração da região do entorno envolve o consumo de serviços privados e públicos do DF e a saúde é uma das áreas setoriais mais utilizadas pelos moradores do entorno.

No que diz respeito ao perfil étnico racial, 57,92% da população era de pretos ou pardos, enquanto a população branca era 41,71%. Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio do Distrito Federal (PDAD-DF) de 2015, 47,87% da população era composto por pessoas do sexo masculino e 53,13% por pessoas do sexo feminino. A faixa etária predominante, 25,66%, tinha entre 40 e 59 anos de idade.

Referente ao governo do DF, depois de Rogério Rosso em 2011, o candidato do Partido dos Trabalhadores, Agnelo Queiroz assumiu o governo do DF entre 2011-2015. É possível visualizar avanços na pauta da saúde mental, ao mesmo tempo que depois daí, gradualmente foi decaindo.

Agnelo Queiroz foi sucedido por Rodrigo Rollemberg do Partido Socialista Brasileiro, quem foi eleito como uma terceira via e permaneceu no governo entre 2015-2018. No seu mandato encarou a transformação do modelo de atenção primária para estratégia da família, em contrapartida, iniciou o processo de terceirização da saúde no DF, efetivada no próximo governo.

Lembrar que o Brasil se arrastava numa crise político-econômica que culminou no impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016, processo questionável que atacou o sistema democrático do país. Resultado de um movimento da elite dominante que tecia alianças e há tempos já neutralizava as lutas sociais. O governo que assumiu reafirmou a agenda conservadora e neoliberalista que incorreu numa sucessão de cortes, enfraquecendo as políticas públicas, como consequência, viu-se o aumento do desemprego e diminuição da qualidade de vida do brasileiro (DELGADO, 2019).

Em 2017 foi promulgada a Portaria GS/MS 3.058 de 2017. Ela representou a continuação do retrocesso da Reforma Psiquiátrica, num governo que privilegiava e privilegia o capital. O Hospital-dia ressurgiu como parte da Raps, assim como os hospitais psiquiátricos e as equipes multiprofissionais ambulatoriais. Tal portaria ainda recomendou a transformação dos Caps ad III em Caps ad IV, que compromete a integralidade do cuidado e o respeito à diversidade de público e demandas, pois essa modalidade é generalista e atende a todas as idades e demandas em saúde mental, inclusive ad. Um movimento de inserir a todos num mesmo espaço para centralizar o cuidado em um único serviço. É nesse pano de fundo que o aludido período transcorreu.

Retomando a análise dos documentos, observou-se com a leitura do PDSM (2016-2019) que a rede de saúde sofreu transformações na sua estrutura no sentido conceitual-programático e organizacional. Reflexo da reestruturação da administração da SES em 2015? Pode ser. Esse processo de mudanças, abrangeu a conversão da Atenção Primária no modelo de estratégia da família e a regionalização do sistema de saúde do DF, que foi dividido em sete regiões compreendendo as 31 Regiões Administrativas (RA). Nos anos seguintes aconteceram outras reestruturações.

- Região de Saúde Centro-Sul: Brasília (Asa Sul), Guará, Lago Sul, Cidade Estrutural, SIA, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II e Park Way.
- Região de Saúde Central-Norte: Brasília (Asa Norte), Cruzeiro, Lago Norte, Varjão, Sudoeste/Octogonal
- Região de Saúde Norte: Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal
- Região de Saúde Sul: Gama e Santa Maria
- Região de Saúde Leste: Paranoá, São Sebastião, Itapo, Jardim Botânico
- Região de Saúde Oeste: Ceilândia e Brazlândia
- Região de Saúde Sudoeste: Taguatinga, Samambaia, guas Claras, Vicente Pires e Recanto das Emas.

No que diz respeito a composição da Raps no ano de 2016, compreendia 17 Caps, sendo três não habilitados devido questões estruturais, distribuídos pelo DF. O ndice de cobertura chegou a 0,53, conforme descrito na figura abaixo:

Figura 03: relação de Caps 2017 e pendências respectivas.

Região de Saúde	Região Administrativa	Estabelecimento	Tipo Habilitado no CNES	Tipo de Serviço Ofertado
Norte	RA VI. Planaltina	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL CAPS II DE PLANALTINA		CAPS II
	RA V. Sobradinho (RA XXVI. Sobradinho II)	CAPS AD II SOBRADINHO	CAPS AD	CAPS AD
		CAPSI SOBRADINHO	CAPS INFANTO/JUVENIL	CAPS INFANTO/JUVENIL
Sul	RA XIII. Santa Maria	CAPS AD FLOR DE LOTUS	CAPS AD	CAPS AD
Leste	RA VII. Paranoá (RA XXVIII. Itapoã)	CAPS II PARANOÁ	CAPS II	CAPS II
		CAPS AD ITAPOÃ	CAPS AD	CAPS AD
Oeste	RA IX. Ceilândia	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL ADII CEILANDIA	CAPS AD III	CAPS AD III
Sudoeste	RA XV. Recanto das Emas	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL RECANTO DAS EMAS		CAPS INFANTO/JUVENIL
		CAPS II SAMAMBAIA	CAPS II	CAPS III
	RA XII. Samambaia	CAPS AD III SAMAMBAIA	CAPS AD III	CAPS AD III
		RA III. Taguatinga	CAPS II DE TAGUATINGA	CAPS II
		CAPS AD III DE TAGUATINGA	CAPS AD III	CAPS INFANTO/JUVENIL
Centro-Norte	RA I. Brasília - Asa Norte	CAPS AD INFANTO JUVENIL III BSB		CAPS II
		CAPSI PLANO PILOTO	CAPS INFANTO/JUVENIL	CAPS INFANTO/JUVENIL
		CAPS AD III CANDANGO	CAPS AD III	CAPS AD III
Centro-Sul	RA X. Guará	CAPS AD II GUARA	CAPS AD	CAPS AD
	RA XVII. Riacho Fundo	ISM	CAPS I	CAPS II

Fonte: DISAM, 2017.

Observou-se que a relação de Caps por região e o status do credenciamento junto ao MS e o tipo de serviço ofertado. Além disso, foi possível verificar que o ISM, o Caps II Samambaia e o Caps ad III de Taguatinga necessitavam atualizar o seu tipo para CAPS II, Caps III e Caps I respectivamente. Os Caps desabilitados são os Caps I do Plano Piloto, o Caps II de Planaltina e o Caps I do Recanto das Emas. Mais abaixo contataremos que ate o presente momento, as alterações não foram realizadas.

O relatório de gestão de 2016, parte II, trouxe autos de um processo para aquisição de imóvel para SRT, como para construção e adequações de Caps, no entanto, ao verificar o status dos processos dentre os quatro informados, somente um deles apareceu como “em andamento” os demais, aparecia “sem informação”. O PDSM (2016-2019) estabeleceu como meta a construção de dois SRT.

No quadro 05 estão listados os componentes e pontos de atenção, como disposto no referido PDSM, tais como os pontos da atenção primária, hospitalar, especializada e residencial.

Na atenção de caráter residencial, por exemplo, prossegue a ausência de serviços. Somente Samambaia possui uma UA que oferece acolhimento transitório para até 15 usuários por até seis meses, tal acolhimento é sempre voluntário. A situação é a mesma quando se tratava do SRT, a meta a ser cumprida até 2019 foi inaugurar 02 dispositivos. Também não foi encontrado serviços e ações consistentes para promoção da reabilitação social.

Quadro 05: Organização da Raps no DF 2016-2020.

ORGANIZAÇÃO DA RAPS NO DF 2019-2020		
Pontos de Atenção	RA	OBS
Caps I	ISM- Riacho Fundo Brazlândia	- ISM atualizará para Caps II Caps de Brazlândia foi inaugurado em 2018.
Caps II	Taguatinga Paranoá Planaltina Samambaia	- Caps Taguatinga mudará para Caps i - Caps de Samambaia mudará para Caps III
Caps ad	Guará Sobradinho Santa Maria Itapoã	-
Caps ad III	Plano Piloto Ceilândia Samambaia	
Caps i crianças	COMPP- Todo o DF Sobradinho (2013) Recanto das Emas (Não habilitado) Plano Piloto (ADi) (não habilitado) Caps i Taguatinga	Até 09/2021 o Caps i Taguatinga está registrado como Caps ad III, apesar de funcionar como infantil.
Adolescentro	Todo o DF	Sem alteração

Hospitais Gerais	Ceilândia Gama Sobradinho Paranoá Guará Brazlândia Asa Norte HUB- Asa Norte HMIB	40 leitos
IHSVP	Taguatinga	119 leitos
HBDF enfermaria	Plano Piloto	36 leitos
Programa Vida em Casa”	Todo DF	167 beneficiários
SRT	Não existia	Não existia
Atenção Residencial de caráter transitório	UA - Samambaia	Até 15 pessoas
Centros de Convivência	Não existia	Não existia
Atenção Primária	- 03 Equipe do Consultório na Rua - 09 Equipes do NASF. Atuam em 172 UBS distribuídas pelas RA	-

Fonte: elaboradora pela autora.

No nível ambulatorial atendiam os seguintes serviços: HMIB, Adolescentro, COMPP, Hospitais Gerais os HSVP e HBDF, que após terceirização passou a ser Instituto Iges.

Na atenção hospitalar em 2016 havia 40 leitos em hospitais gerais e 119 nos hospitais psiquiátricos. O atendimento em farmácia implica dentre outros, a dispensação de remédios psiquiátricos e a rede disponível na atenção primária inclui 04 Unidades. Os Caps ad III dispõem de farmácia especializada.

Já os serviços de urgência contam com o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Bombeiros Hospitais Gerais, Hospitais especializados, Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e os Caps III, que funcionam 24 horas.

O objetivo estratégico de ampliar da Rede de Atenção em Saúde Mental, não foi atingido em 2017 quanto a cobertura, com um índice de 0,53, não atendeu a meta de 0,67.

Mais do que números, são pessoas, famílias que precisam de serviço especializado e de qualidade. É preciso muito mais do que colocar no papel, assim como, expresso no relatório de gestão de 2017:

Deve-se considerar que o cumprimento dos critérios de credenciamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) no Ministério da Saúde depende do esforço coletivo de vários setores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e do próprio GDF. Para o fortalecimento do Objetivo de Consolidar e ampliar a Rede de Atenção à Saúde Mental (transtornos mentais, autismo, álcool e outras Drogas) para atenção aos cidadãos e suas famílias em todas as Regiões de Saúde do DF é necessário criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (SES, 2018, p.107).

O índice de cobertura em 2018 para 0,51 com a instituição do Caps I de Brazlândia. A previsão de construção dos dois SRT no terreno do ISM não se cumpriu, segundo a SES, por embargo do Ministério Público do Distrito Federal e Território (MPDFT), provavelmente porque contrapõe as diretrizes básicas desses serviços que diz que as SRT devem ser implantadas dentro das cidades, onde o usuário poderá se inserir na comunidade e tecer sua rede afetiva. E o ISM, de fato, não atende a esse critério. No relatório de auditoria do TCDF fica claro essa informação, até mesmo citam a Portaria GM/MS nº 3.090/2011

Em relação às Residências Terapêuticas, nenhuma foi implementada no Distrito Federal. Na sua manifestação (fl. 57/58), a SES/DF refere-se à Casa de Passagem instalada no Instituto de Saúde Mental, como se fosse uma residência terapêutica. Todavia, nesta auditoria operacional o local não foi considerado como tal por desatender aos critérios principais da Portaria GM/MS nº 3.090/2011, que estabelece suas diretrizes de funcionamento..." (TCDF, 2014, fls. 254)

A Casa de Passagem do ISM está inserida em um ambiente distante de convívio social, os usuários não tem a possibilidade de "reinserção no espaço da cidade", sendo que a referida casa é um ambiente importante no tratamento de sofrimento psíquico, não podendo ser considerada uma residência terapêutica[...] (TCDF, 2014, fls 255).

A colocação sobre o "embargo" do MPDFT e o trecho a seguir retirado do PDSM (2017):

As Casas de Passagem, apesar não atenderem às prerrogativas ministeriais, funcionam como dispositivos de desinstitucionalização. Neste sentido, a DISAM, com apoio direto do ISM, desenvolverá medidas para transformação das Casas em Residências Terapêuticas. (SES, 2018, p.40)

Mesmo diante da avaliação do MPDFT, o ISM se tornou uma gerência com serviço residencial terapêutico. Faz pensar que a secretaria mais uma vez dá solução improvisada, nesse caso, serviços residenciais, tão importantes para população vulnerável socialmente e com vínculos familiares rompidos.

Não fosse o bastante, em 15 de dezembro de 2018 o GDF assinou termo de colaboração com 13 CT, ampliando de 300 para 400 vagas, com uma soma de 24 milhões de reais em 60 meses – recursos do Fundo antidrogas. É um contrassenso, visto que essas instituições não atendem as prerrogativas da política de saúde mental, em diversos aspectos. Apesar dessa fatia não fazer parte do orçamento da saúde, poderia ser melhor aplicado nos serviços públicos que atendem às pessoas com problemas decorrentes do uso problemático de SPA. Caberia uma abordagem interseccional e intersetorial.

Dentre outros motivos, é possível citar que essas entidades em sua maioria estão localizadas em lugares isolados, afastados das cidades, o que impossibilita a integração social dos usuários; seu funcionamento é baseado em critérios religiosos e moralistas, não dispendo de equipe técnica psicossocial; não há produção de autonomia desses sujeitos ou mesmo a preparação para reintegração social após desligamento; no cotidiano se percebe que essas instituições não possuem critérios equânimes para o atendimento, fazendo seleção do perfil de usuário que atendem, a exemplo da idade, algumas não atendem sujeitos maiores de 50 anos de idade ou que tenham alguma deficiência. Outro ponto é que as CT adotam na sua prática a lógica da abstinência, não respeitando a individualidade dos usuários.

O funcionamento das CT em muito se aproxima das instituições totais tratadas por Goffman (1987, p. 17-18):

[...] todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários [...]

Diante de tudo isso, não se pode considerar as CT como rede psicossocial, pois descumprem aos princípios ditados pela política de saúde mental e drogas. Apesar da fala do governador Rodrigo Rollemberg durante o evento de assinatura do termo mencionado acima: [...] Sabemos da gravidade do problema. E fico feliz que criamos a base dessa política pública. Para que ela possa acolher muito mais gente [...] (MENDES, 2018).

Os recursos gastos com estas instituições e a fala do governador somente admitem o desvio de recursos e investimentos, além do desconhecimento acerca da política de saúde mental e seus preceitos. É possível ver a dimensão do espaço ocupado por estas entidades religiosas e manicomiais, que angariam recursos

públicos com facilidade em detrimento dos equipamentos e serviços públicos, como os Caps e UA, sem falar nas SRT, que até a finalização desse estudo inexistia no DF.

O que se observa, é que decisões como essa, no cotidiano, reproduzem paradigma do modelo asilar e perpetuam a visão manicomial, que tende a excluir, afastar, distanciar e isolar as pessoas acometidas por transtornos mentais.

Não é demais lembrar que as casas de passagem abertas improvisadamente no ISM aconteceram em 2002 mediante o fechamento da clínica psiquiátrica Planalto, quando alguns usuários foram instalados lá.

Ainda sobre 2018 foi visto que a construção do Caps ad III no Guará e Taguatinga mais um Caps i em Ceilândia não aconteceu também. Um dos fatores exibidos como dificultadores para a ampliação da cobertura, é a falta de articulação entre os componentes da Raps e a atenção e cumprimento às normas para instalação de um serviço de saúde mental, conforme as legislações disponibilizadas.

No ano de 2019 houve um marco normativo importante de impacto negativo sobre a política nacional de saúde mental; a Nota Técnica 11/2019. Na verdade, desde 2017 as conquistas implementadas pela Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, vem sofrendo baques. Na continuidade desse anacronismo, no governo de Jair Messias Bolsonaro foi lançada essa Nota Técnica 11/2019 que tornou ainda mais concreto esse movimento, com alterações nas diretrizes antimanicomiais da política, institucionalizando e financiando os “novos” manicômios, como são chamadas as comunidades terapêuticas.

Além desses marcos há que se comentar sobre as novas mudanças na estrutura do sistema de saúde no quesito regionalização. Em 2019 o DF já possuía 33 RA, foram acrescidas Arniqueiras e Pôr do Sol originadas de Águas Claras e Sol Nascente respectivamente. Com a atualização as RA ficam assim delimitadas:

- Região de Saúde Centro-Sul: Guará, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II e Park Way e SIA
- Região de Saúde Central Brasília (Asa Norte e Asa Sul), Cruzeiro, Lago Norte, e Lago Sul, Varjão, Sudoeste/Octogonal
- Região de Saúde Norte: Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal
- Região de Saúde Sul: Gama e Santa Maria
- Região de Saúde Leste: Paranoá, São Sebastião, Itapoã, Jardim Botânico
- Região de Saúde Oeste: Ceilândia e Brazlândia

- Região de Saúde Sudoeste: Taguatinga, Samambaia, Águas Claras, Cidade Estrutural/SCIA, Recantos das Emas, Vicente Pires

Nesse ano o DF alcançou o número de 3.012.718 (Três milhões, doze mil e setecentos e dezoito habitantes). E 69% da população tinha faixa etária entre 15 e 59 anos, o que representou uma queda na média da idade, que era entre 40 e 59 anos de idade.

Um dado epidemiológico interessante na atenção primária é que depois do diabetes com 110.000 (cento e dez mil) atendimentos individuais, a saúde mental foi a quinta maior razão pela busca dos atendimentos, com 90.028 (Noventa mil e vinte oito) pessoas atendidas. Fato importante quando se trata da Raps, pois não só diretrizes nacionais, mas também da OMS recomendam a integração da APS à saúde mental, para que este nível de atenção seja porta de entrada para essas demandas.

Os objetivos para ampliação e qualificação da rede de saúde mental do DF, foram parcialmente alcançados, o índice ficou em 0,51. As entregas condizentes à rede, não apresentaram avanços, o primeiro edital licitatório para contratação do SRT ainda está em ajuste do projeto, serviço fundamental para o processo de desinstitucionalização.

A licitação para construção dos Caps na Ceilândia, Taguatinga e Guará ainda aguardavam a NOVACAP realizar projetos complementares. Caps I II do Plano ainda continua funcionando em local improvisado, consta que está em processo a locação de imóvel, entretanto nada de concreto foi apresentado. As recomendações são as que se segue:

[...] recomenda-se elaborar a Linha de Cuidado em Saúde Mental do DF que também abrange os demais componentes dessa rede, melhorar as ações de matriciamento com as equipes de atenção primária com o objetivo de qualificar e ampliar o registro desse procedimento pelos Caps. Na atenção de urgência e emergência recomendar-se revisar a Portaria das Normas e Fluxos Assistenciais para Urgências e Emergências em Saúde Mental e realizar eventos científicos em Saúde Mental (TEA e Prevenção ao Suicídio), para a reabilitação psicossocial recomenda-se estabelecer parcerias intersetoriais para a promoção e prevenção de transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas em Centros de Convivências (SES, 2020, p. 100).

Não basta estar escrito nas legislações e normativas, é realmente preciso um compromisso conjunto do governo e seus órgãos, em garantir a execução desses pleitos, pois no cotidiano se estabelecem “prioridades” muitas baseadas na compensação financeira e ou visibilidade que o investimento trará.

Por oportuno, é válido informar que em 2019 assumiu novo governador de Brasília, o advogado e empresário, Ibaneis Rocha do Movimento Democrático

Brasileiro. Uma das suas primeiras ações foi decretar situação de emergência na saúde pública, estratégia muito conhecida para a flexibilização em processos de contratação de pessoal e desobrigação do processo licitatório para aquisição de matérias e serviços, não demorou muito e o governo teve contratos de limpeza na saúde suspensos por suspeita de ilegalidade.

Não obstante, ainda em 2019 foi promulgada a lei nº 6.270 que criou o Instituto Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGES DF), que terceirizou a gestão das Upas, Hospital de Santa Maria e do HBDF. Com um argumento de agilização das contratações e compras, angariaram a gestão do maior hospital público do DF e de outras unidades da alta complexidade.

Fazendo uma análise dessa situação é possível apontar que essas instituições apresentam um discurso de eficiência e eficácia em gestão, contudo o que se constatou foi a continuidade de problemas estruturais e de funcionamento e como é comum entre essas entidades, o Iges foi investigado pelo MPDFT e Polícia cível do DF devido superfaturamento na contratação de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Descobriu-se também sobre a dívida milionária do instituto, que na verdade tomou o governo como um financiador das suas dívidas (ALENCAR, 2021).

Mediante o contexto apresentado acima, parte-se para o ano de 2020, com uma população de 3.052.546 (Três milhões, cinquenta e dois mil e quinhentos e quarenta e seis) habitantes, o DF segue com a reestruturação territorial, segundo o GDF, para maior governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ser de fato uma base do planejamento ascendente. Foi aprovado em 2020 a criação de três macrorregiões que englobam as sete regiões de saúde já existentes, conforme a figura 04:

Figura 04: Composição das Macrorregiões 2020.

MACRORREGIÃO 1	REGIÕES OESTE E SUDOESTE
MACRORREGIÃO 2	REGIÕES SUL, CENTRO-SUL E CENTRAL
MACRORREGIÃO 3	REGIÕES LESTE E NORTE

Fonte: Elaborado pela autora.

As macrorregiões oferecem uma outra perspectiva do ponto de vista do território para estudos e para sugestão de propostas sobre perfil epidemiológico e avaliação dos determinantes sociais e de saúde.

Desde 2020 o DF, o Brasil e o mundo vêm enfrentando uma das crises de saúde global mais importantes, de covid-19. As consequências desse evento repercutem sobre a saúde e em todos os aspectos da vida da população até hoje.

Em Brasília, a SES precisou adequar seu planejamento e metas, precisando acelerar alvos como o matricialmento e a construção da linha de cuidado em saúde mental, que dariam sustentação para a assistência em saúde mental tendo em vista o crescente aumento das demandas, isso num cenário de saturação da rede em especial na Atenção Primária de Saúde (APS) e Atenção Terciária de Saúde (ATS)

Não houve nesse período, como se imagina, ampliação da cobertura na Raps, que permaneceu em 0,51, são 18 Caps funcionando, contudo, 04 deles não estão habilitados, são eles: Caps II de Planaltina, Caps I Brazlândia e Caps I do Recanto das Emas.

Ainda se aguarda a adequação dos projetos para construção de Caps e o ISM, o Caps II de Samambaia e o Caps I de Taguatinga não tiveram seus perfis atualizados junto ao MS, segundo informado no relatório de gestão da SES de 2020, o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) do Ministério da Saúde suspendeu novas habilitações.

Quanto às estratégias para desinstitucionalização não houve novidades e a atenção residencial não recebeu um dispositivo de residência terapêutica, apesar do lançamento do edital.

Em 2020 a Raps recebeu um incentivo financeiro de 770.943,75 (Setecentos e setenta mil novecentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos) para ações no contexto de covid-19. Como uma profissional que atuou num Caps ad III no DF, é possível inferir que não há clareza sobre esses gastos, considerando que não aparece no cotidiano desses serviços a aplicação desses recursos para o desenvolvimento de projetos e atividades terapêuticas que são apoio para o processo de reabilitação psicossocial. Ao contrário, os profissionais rotineiramente pagam para realizar atividades comunitárias e ou os insumos para suas oficinas.

O trecho a seguir retirado do relatório de gestão de 2019 demonstrou que os gastos em saúde mental estavam centrados nas instituições asilares e hospitalares.

No escopo da Rede de Atenção Psicossocial, a execução de recursos destinados ao custeio das internações especializadas de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, além da realização de consultas psiquiátricas em unidade de saúde da SES que, em 2020, ultrapassaram o total de 50 mil (SES, 2020, p. 100).

Os gastos públicos são indicadores acerca das normas programáticas e princípios de uma política, bem como podem definir o acesso da população aos serviços ofertados, por isso é de fundamental importância esse fator dentro da organização da Raps.

Vinte anos se passaram desde a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, no entanto, parece que não foi prazo suficiente para atendimento as necessidades de ampliação da Raps.

5.2 CONTEÚDO DA PROGRAMÁTICA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DF

5.2.1 Período de 2010 a 2015

Nesta seção serão apresentados aspectos programáticos da política de saúde mental no DF entre 2010 e 2015. Antes de começar é salutar rememorar as principais normativas programáticas e diretrizes que abraçam os princípios da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

A Constituição Federal determina que a Saúde é um direito social e dever do Estado.

Art. 196. 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.

Da mesma forma determina a Lei do 8.080 de 1990, que organizou o Sistema Único de Saúde (SUS), destaque para os princípios da universalidade, integralidade, equidade e para a preservação da autonomia das pessoas e defesa da sua integridade física e moral o Art. 7º, inciso, I e III.

Outra norma basal para essa análise é a Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216 de 2001 que delineou direitos muito importantes quando se trata de pessoa em sofrimento mental, ênfase para: Art. 1º

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A própria Lei Orgânica do DF de junho de 1993, estabeleceu que é dever do Poder Público promover e restaurar a saúde psíquica dos indivíduos, dentre outros, mediante serviços extra-hospitalares.

A saúde é direito de todos, mas dentre esses “todos” existe uma diversidade de público. No grupo da população vulnerável, a pessoa com deficiência tem assegurado, no Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei 13.146 de 2015, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais, em condições iguais, visando a inclusão social.

A lei 3.088 de 2011 também firmou fundamentos para construção da saúde mental renovada.

- Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção
- I Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.
- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares (BRASIL, 200, p. 01).

Diante do exposto concluiu-se que o norte a ser seguido para a implantação de um modelo de assistência saúde mental, é aquele que define a saúde como um direito, provisionado pelo Estado, considerando princípios indispensáveis como a liberdade, a autonomia, a inclusão social, individualidade, além de tudo, a premissa é o desenvolvimento de estratégias de cuidados de base territorial.

O ano de 2011 a saúde mental no DF era administrada por uma Gerência de Saúde Mental (Gesam). Esta por sua vez estava subordinada à Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços (CASIS) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Os procedimentos adotados para construção do PDSM obedeceram às normas que primam pela participação social.

O Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM) do Distrito Federal (DF) foi desenvolvido utilizando-se a metodologia de planejamento estratégico - problematizadora da realidade e promotora da participação dos segmentos de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços - por meio de um conjunto de Oficinas de Trabalho em três etapas, com ênfase na “ação comunicativa” e na busca de um “entendimento” entre os atores. (SES, 2010b, p.4)

É perceptível o acesso ao conteúdo da Lei 10.216 de abril de 2001, que está dispõe sobre os direitos das pessoas que possuem transtornos mentais e determina o redirecionamento do modelo de assistência.

O diagnóstico situacional do PDSM de 2011-2015 inclusive, menciona a Declaração de Caracas (1990), documento que é um marco para atenção em saúde mental nas Américas, sugerem Reforma Psiquiátrica como norteadora das ações.

O referido plano construiu as seguintes diretrizes estratégicas, que são resultado da discussão entre os atores – usuários, gestores e profissionais –:

No Distrito Federal, como em todo o país, a Reforma Psiquiátrica obriga a compatibilizar as exigências de uma multiplicidade de atores com diferentes desejos, visões de mundo e interesses. (SES, 2010b, p. 4).

- 1) Ampliação do acesso à rede de serviços de saúde mental;
- 2) Qualificação do cuidado em saúde mental;
- 3) Promoção da reinserção social dos pacientes; e
- 4) Reorganização e gestão da rede de serviços.

A diretrizes acima foram lançadas como objetivos que derivariam em ações, como a construção de 40 Caps, 15 SRT, mas também a implantação do matriciamento e do programa de educação permanente para os trabalhadores. Apreende-se a partir da estruturação do plano e pelo texto, o planejamento na saúde e especialmente na saúde mental, era uma prática recente.

Segundo consta no plano a rede do DF estava em construção, num reconhecimento de que faltava muito para se alcançar a proposta de modelo assistencial aditado na Lei 10.2016 de 2001 e demais normativas.

Em 2010 começou a estratégia do colegiado gestor no sentido de pensar essa nova forma de fazer, foi um período de transição de um modelo totalmente centrado no hospital e na internação, para uma proposta de modelo que tem o cuidado comunitário e a reinserção social como forma de tratamento, por meio da ampliação e diversificação a rede.

O PDSM pôde nos apontar sobre isso ao exibir dados de atendimentos realizados em 2010: 23.670 (vinte e três mil e seiscentos e setenta) atendimentos individuais, em detrimento dos 6.039 (seis mil e trinta e nove) atendimentos em grupo e 15.529 (quinze mil e quinhentos e vinte nove) oficinas terapêuticas.

Num contexto de Caps é importante observar isso, pois os serviços substitutivos têm por base os trabalhos coletivos - de preferência no território - que

valorizam a convivência comunitária, a criação de vínculos e os processos de vivências, uma preparação para a vida cotidiana.

Encontrou-se no relatório de auditoria do exercício de 2011 a 2015:

2. Resultados da Auditoria

QA 1 – A Rede de Atenção Psicossocial está satisfatoriamente organizada? Não. A organização da Raps não atende à Portaria GM/MS nº 3.088/2011. O Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011-2015 foi parcialmente executado e está desatualizado, sem iniciativa de revisão. Constatou-se, ainda, a insuficiência de recursos orçamentários para implementar e operar adequadamente as unidades da Raps.

Pode-se concluir que a política de saúde mental estava contida no planejamento da SES, fundamentada nas normativas e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, mas de forma muito rudimentar. Não houve um planejamento para essa transição do modelo de assistência, tão pouco, foi executado o programa de educação permanente, ação que implica diretamente na reforma do modelo e no modo de pensar e fazer em saúde mental.

Mesmo com a abertura dos Caps estes pareciam funcionar numa lógica ambulatorial com foco em atendimento individual, como visto acima. Um dos motivos suscitados foi sobre a preparação devida dos profissionais para essa mudança, pois segundo Yasui e Rosa (2008), ficou comprometida a quebra de paradigma do modelo manicomial constituído por uma visão estritamente biologista sobre o processo saúde-doença. Deste modo, os serviços existentes e os novos também viram a necessidade de se readaptarem, se “desconstruírem” para se construírem novamente.

Testifica-se ainda essas considerações a partir dos resultados da pesquisa realizada por (FOREGAT; GUSSI; LIMA, 2018). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 126 profissionais de níveis médio e superior e em nove Caps no DF no período de 2011-2012. Uma das conclusões obtidas foi que apesar do comprometimento os profissionais no cotidiano para implementar o modelo psicossocial, lhes faltava preparo e formação em saúde mental e em ad, sendo esse um dos pleitos dos próprios profissionais, a promoção de política públicas para a formação dos profissionais, seja por pós-graduação ou por meio de residências multiprofissionais. A qualificação dos serviços perpassa pela educação permanente.

5.2.2 Período de 2016 a 2020

Em 2016 a saúde mental do DF era conduzida por uma Diretoria de Saúde Mental (DISAM), subordinada à CASIS e a SAS. Como uma diretoria, a saúde mental teria maior autonomia de gestão e técnica.

Ainda com vistas nas diretrizes levantadas acima, ver-se-á as características da programática nesse período.

O Planejamento para esse período iniciou no primeiro semestre de 2015, porém, devido duas mudanças de diretoria, somente retornaram em 2017. O PDSM referente pareceu mais elaborado e organizado textualmente, apresentou de forma clara os componentes e os respectivos pontos de atenção da Raps. Como o anterior fez referências aos marcos legais da nova mental reformada.

Segundo dados do InfoSaúde- DF, portal da sala de situação que pública os dados sobre atendimentos na SES, em 2017 foram realizados 40.092 (quarenta mil e noventa e dois) procedimentos, que englobavam atendimentos a usuários e familiares, intervenção em crise, promoção do protagonismo e outros. A internações hospitalares chegaram a 3.126 (três mil e cento e vinte seis) internações, mais de três mil foram de emergência e a maioria no HSVP. O número de internações ainda era bastante alto, uma média de nove internações por dia.

É necessário sinalizar que esses números constituíam uma aproximação mediante o subregistro existente, pois os registros da produtividade eram feitos manualmente em planilhas pelos profissionais, esses dados eram posteriormente lançados num sistema de dados, isso ainda ocorre até atualidade.

Isso acontece porque os serviços psicossociais, especialmente os Caps, não têm acesso ao prontuário eletrônico, denominado *Trackcare*, fato que compromete a integralidade do atendimento aos usuários, e a confiabilidade da produtividade dessa área, que com “baixos números de procedimentos” muitas vezes fica renegada. Cabe mencionar que isso não ocorria com os hospitais, que acessavam ao prontuário eletrônico.

Os dados podem inferir também que os investimentos nos serviços de atenção psicossocial contrapõem alguns dos ditames da Lei 10.2016, que pede a reorientação do modelo assistencial para que progressivamente haja o fechamento de leitos psiquiátricos, que deverão acolher somente os casos de crise aguda, o que significa que os Caps precisam estar em condições de atender a essas pessoas. Destarte, é

urgente o investimento de recursos financeiros e humanos nesses serviços substitutivos para dar conta desse fluxo, que arrasta consigo outras unidades de saúde como as UBS.

Esse assunto foi pautado na auditoria do TCDF realizada no exercício de 2011 a 2015, sendo uma das conclusões dessa, que a falta de acesso ao prontuário eletrônico afetou negativamente o acompanhamento dos usuários, assim como, inviabilizou a circulação de informações e a realização do matriciamento. Foi realizada a seguinte sugestão:

149. Outra evidência da ausência de articulação dentro da Raps é o fluxo de informações. Um paciente acompanhado em determinado Caps que eventualmente necessite de atendimento em outra unidade não será atendido por um profissional que conheça seu “histórico”. Não há prontuários eletrônicos, nem mesmo um sistema que indique a ocorrência de consultas ou exames realizados. Nenhuma das unidades visitadas possui o sistema utilizado por várias outras unidades da SES/DF para gestão dessas informações (Trakcare).” (TCDF, 2014, fls 281).

Sugere-se determinar à Secretaria de Estado de Saúde que: implante e utilize nas unidades da Rede de Atenção Psicossocial sistemas informatizados de gestão (Trakcare e prontuário eletrônico, entre outros que entender necessários), com objetivo de adequar o acompanhamento dos seus usuários (**Sugestão II.c**);” (TCDF, 2014, fls 284).

Na oportunidade de resposta a SES não referiu providência relevante sobre este problema, que vem se arrastando até a atualidade. Mas em meados deste ano alguns serviços começaram a utilizar o *Trackcare*, como por exemplo, o Caps II de Paranoá.

Retomando sobre o planejamento do período, sabe-se que as ações e metas foram elaboradas a partir de três eixos:

- a) Organização de serviços de saúde mental: monitoramento da produtividade, expansão da cobertura de Caps e matriciamento.
- b) Adequação dos serviços de saúde mental: habilitação de Caps, Regularização de contratos de internação compulsória e dos contratos de aluguéis, adequação de leitos em hospitais gerais e revitalização do HSVP, implantação de 02 SRT, reprogramação do ISM e do COMPP.
- c) Normatização da assistência em saúde mental: instituição do grupo condutor de saúde mental, definição da clientela assistida, organização de fluxos, formalização dos protocolos clínicos e assistenciais, ações educativas.

Dentre as 16 ações previstas, somente quatro delas tratavam da qualificação e ampliação da Raps, uma destas tratava de regularização do contrato de aluguel, as demais eram questões administrativas e internas. Ao contrário dos demais, este PDSM apresentou metas modestas ou seria displicente? Um dos argumentos foi a escassez de recursos, no entanto, mesmo com uma dotação orçamentária de 6.168.987,00 (Seis milhões, cento e sessenta e oito mil, novecentos e oitenta e sete), somente 39% desse orçamento foi liquidado.

No ano de 2020, a estrutura do organograma sofreu outra alteração, e a DISAM se transformou em Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM), subordinada à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) e não SAA e a CASIS. As equipes que compõem a DISSAM são essencialmente formadas por médicos e psicólogos. Rotelli vai dizer que:

O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos (1990, p.3).

Podendo representar uma visão reducionista e uma perspectiva medicalocêntrica e psicologizante sobre o sujeito este evento com certeza interfere nas decisões e rumos que toma a diretoria.

Dados atualizados aparecem no relatório do MS sobre a Raps com informações coletadas até setembro de 2021. O documento é sucinto e exibiu informações organizadas pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD). A partir da figura abaixo serão tecidas algumas ponderações.

Uma delas aponta que as informações referentes ao Caps no DF no estão desatualizadas; há uma inconformidade entre os dados apresentados no PDSM e o documento acima. Tais incongruências podem comprometer a consistência e lisura desses dados e de outros contidos no relatório, além de gerar problemas para desenvolvimento da política. Isso também é um sinal da morosidade resoluções de pendências.

As inconformidades encontradas partem da cobertura de Caps no DF e a modalidade em que funcionam e estão credenciados no MS. Pois segundo o relatório o DF conta com 13 Caps, habilitados o que corresponde a um índice de 0,43, que significa regular/baixo. Com esse índice o DF se tornou o pior em cobertura no país. A capital perde para Mato Grosso, que possui uma população aproximada a do DF, eles têm um índice de 1,22 (muito boa).

No PDSM 2016-2019, constou-se realmente o número de 13 Caps habilitados, contudo, o Caps Taguatinga que funciona na modalidade infantil ainda está cadastrado no MS como Caps ad III, esse fato compromete o planejamento da cobertura por modalidade dentro do território.

Dados dispostos em documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b) dão indicação de que somente há um Caps I no DF, mas em 2018 foi inaugurado o de Brazlândia que como visto anteriormente, este ainda não tem credenciamento junto ao MS, mas está funcionando. Na realidade então são dois Caps I, o ISM em Riacho Fundo e o de Brazlândia.

Os Caps infanto-juvenis, por exemplo, constam no MS que no DF existem 02 (Sobradinho e COMPP), porém há 04 funcionastes: Sobradinho (credenciado), Recanto das Emas (ainda descredenciado), Taguatinga (credenciado como AD III) e o do Plano Piloto, COMPP, (credenciado).

Quanto aos CAP II, consta que o DF tem 03, devido ao Caps de Samambaia que está credenciado como Caps II, entretanto este funciona como Caps III. Com isso, dos dois Caps que constam no MS, somente um deles funciona como Caps II, que é o do Paranoá. Tais incoerências se tornam pendências junto ao MS e se arrastam há mais de três anos.

Algumas informações provocaram preocupações acerca do aumento no número de leitos em hospitais gerais. Foi identificado no relatório nacional que em 2013 eram 729 (setecentos e vinte e nove) leitos, em 2021 subiu para 1884 (um mil, oitocentos e oitenta e quatro). Esse aumento abarca o objetivo de ampliação da rede de atendimento em saúde mental, mas a preocupação é se não está havendo somente substituição ao investirem na modalidade de hospital geral.

Tendo em vista que os números não refletem se os leitos estão sendo utilizados por pessoas que sofrem com transtorno psiquiátrico, outro aspecto condiz com a qualidade desse acesso. Porque o DF ainda vivencia uma a dificuldade de regulação adequada desses leitos. É muito recente a regulação por sistema, então as equipes e demais serviços, ainda estão se adaptando.

A outra problemática, muito relevante, está relacionada à resistência para recepção desses usuários nos hospitais gerais, justificada pela falta de estrutura física e preparo técnico das equipes. No cotidiano dos serviços, se vê uma resistência ao atendimento a esse público, em especial ao público de ad. Isso pode ser explicado

pela falta de conhecimento das normativas legais, pela falta de apropriação da equipe acerca da demanda de saúde mental, negando que estas sejam do hospital geral, mas também pode ser devido ao estigma e moralismo.

Outra conclusão importante acerca da desigualdade na distribuição dos serviços de saúde mental no país, mesmo levando em conta que nos demais estados deve acontecer essas incongruências também.

A partir do relatório foi possível visualizar ainda, que isso se repete quanto a outros dispositivos de saúde mental, como os SRT do tipo I e II,

Longe de insinuar que deve haver homogeneidade na distribuição dos serviços de saúde sejam quais forem, observa-se uma diferença clara na quantidade de serviços entre a região sudeste e nordeste e isso se repete em outros cenários, posto que a desigualdade além de tudo é territorial/geográfica. Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo possuem juntas 556 unidades de SRT, cinco vezes acima que a soma das unidades das demais regiões juntas (BRASIL, 2015b). É uma desigualdade escancarada, reflexo da injustiça social e mostra dentro do território brasileiro, onde estão os excluídos, já que isso se reproduz no acesso a outras políticas públicas.

Para finalizar a análise desse período é necessária a contextualização dos impactos na saúde e sociais decorrentes da pandemia de covid-19 no DF. A crise de saúde mundial em virtude da pandemia de covid-19 foi agravada em 2020, o desconhecido pairava e todos os processos foram estagnados e os recursos financeiros, materiais e humanos foram reordenados para o enfrentamento. Mais uma vez a saúde mental não teria as metas e objetivos alcançados, mas com o pretexto da pandemia.

Não obstante a este cenário, sabe-se que os usuários dessa política já são culturalmente excluídos e vivenciam no dia a dia as barreiras de acesso aos serviços e equipamentos públicos. O que aconteceu foi um adensamento dessa cultura de exclusão e abandono institucional, acrescido em decorrência do aumento da pobreza no DF.

Dados do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (DUQUE, 2020) apontaram que do primeiro trimestre de 2019 a janeiro de 2021 a pobreza aumentou de 12,9% para 20,8%, o maior índice do país. Esses dados caracterizam o DF como Unidade Federativa com maior índice de desigualdade.

Muitas famílias foram morar na rua porque perderam emprego, além disso, Brasília atrai pessoas em busca de oportunidades de renda, porém se somam aos milhares que vivem na capital sem conseguir uma inserção social, acesso a trabalho, bens e serviços. Os dados sobre o desemprego são alarmantes desde o ano passado quando chegou a 21,6%; em junho deste ano, alcançou 18,7%. Já a extrema pobreza, subiu de 3,2% para 7,3% dos habitantes. (DUQUE, 2020)

Tais informações merecem atenção dos organismos que cuidam da saúde mental no DF, porque nessa matemática o número de pessoas com transtornos e em sofrimento mental, bem como aquelas com necessidades decorrentes do uso problemático de SPA também só amplia. E se torna imprescindível um plano de atendimento que garanta a promoção social desses usuários, que mais do que nunca necessitavam de uma rede de atendimento psicossocial, inclusive essa foi uma orientação da OMS, a ampliação da cobertura, a integração da APS na Raps e a qualificação dos serviços. Não é sem motivo que a seguir a inclusão social será foco nessa conversa.

5.3 INCLUSÃO SOCIAL

5.3.1 Período de 2010 a 2015

A inclusão social é fator importante que compõe uma das diretrizes da lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216 de 2001. Sobre o processo de inclusão social construído nesse período.

Ficou implícito na leitura do respectivo PDSM que a percepção dos atores em saúde mental sobre inclusão social está focada no trabalho.

Inclusão Social pelo Trabalho

Os programas de inclusão social pelo trabalho compreendem ações que ampliem a autonomia e melhore as condições concretas de vida, buscando efetivo lugar para os portadores de transtornos mentais. (SES, 2010b, p. 10).

O desafio é não recair no princípio da igualdade material, que tem por finalidade igualar os sujeitos que são essencialmente desiguais, pois isso não tem vinculação com a realidade material, em que a sociedade é marcadamente diversa em muitos aspectos. Ou seja, é preciso cuidar para não impor a esses sujeitos uma condição de funcionalidade e produtividade.

Ademais, é fundamental o enfrentamento ao estigma e capacitismo, inclusive internamente, instruindo o sistema de saúde no tocante às especificidades da atenção psicossocial, pois o sistema de saúde demonstra estar centrado no hospital e seus processos de trabalho. Como é visto na folha 317 do relatório:

275. As dificuldades para a realização destas oficinas são em grande parte relacionadas com a falta de material. Como não há recursos disponíveis para cada unidade da Raps realizar diretamente a compra dos itens necessários, estes são solicitados à DISAM/SES/DF. Tal unidade, contudo, não consegue realizar a aquisição de todos os itens necessários em virtude da natureza destes materiais, não convencionais à área de saúde (como massa de modelar ou tinta guache).

31. Em complemento, assinala-se que alguns valores não estão incluídos na despesa fixada, como, por exemplo, pessoal, contratos correlatos, materiais e equipamentos usados na prestação do serviço, devido à inexistência de um sistema de custo que permita tal identificação e à falta de especificação desses valores nos QDDs examinados. Conclui-se, portanto, que o percentual apontado (0,32%) se mostra maior, em que pese não seja aferível com precisão (TCDF, 2014, fl 317).

Assinala-se que os sistemas não estão de acordo com o perfil dessas instituições psicossociais, tanto no aspecto técnico-assistencial, quanto no gerenciamento dos recursos financeiros.

Outras iniciativas foram ponderadas como produtoras de inclusão social, o Programa de Volta para Casa, que paga um auxílio-reabilitação para egressos de internações prolongadas, os dispositivos de atenção residencial e os SRT atenderiam essa demanda. Os dois últimos não foram implantados no DF ainda.

Na prática nem mesmo o Programa de Volta para Casa parecia estar ativo e funcionando. Isso, de acordo com os resultados da auditoria realizada pelo TCDF A inclusão social, citada no item 5.2.1 como um dos eixos de intervenção para esse período, também não teve cumprimento satisfatório, analisando-se:

2.3. QA 3 – A Rede de Atenção Psicossocial promove a reinserção social dos usuários?

Não. Na Raps as ações de reinserção social são insuficientes em função da ausência de planejamento e da execução de programas e ações que a promovam (DF, 2010, fls. 313).

Na folha 314 o TCDF apresentou o seguinte argumento da análise em que concluíram que estes serviços não estavam sendo disponibilizado para a população usuária.

1262. [...] outras ações e projetos são relevantes e não se encontram presentes na Raps. São eles:

- Participação no “Programa Vida em Casa”;
- Promoção de projetos de economia solidária associados a Saúde Mental;
- Promoção de ações de inclusão digital dos usuários;
- Promoção de ações e práticas que visem à desconstrução do preconceito com relação aos transtornos mentais e adicção.

Os contra-argumentos da SES não foram suficientes, tendo em vista que as iniciativas existentes eram isoladas, ou seja, aconteciam em alguns Caps e não tinham consistência, ao contrário do descrito no PDSM.

A reinserção social é finalidade permanente do tratamento da pessoa com transtorno mental – condizente à Lei 10.216 de 2001, art.4º, §1º, que pode estar sendo descumprida.

E de fato, depreende-se que pode não haver uma percepção cristalina acerca da problemática da exclusão social na vida dessas pessoas e ou a desarticulação da promoção da inclusão social do tratamento/assistência prestada, o que compromete seu enfrentamento, no que diz respeito ao estigma, discriminação e a necessidade de acesso a oportunidades equânimes. É um dos grandes problemas do desconhecimento é a reprodução de práticas generalistas, que se tornam vazias de sentido tendo em consideração a necessidade do público a ser atendido.

5.3.2 Período de 2016 a 2020

No final de 2015 e no decorrer do aludido quadriênio houve um movimento da SES no sentido de responder ao atraso na execução do plano antecedente, como visto no resultado da auditoria. Pontos como ampliação da cobertura e matriciamento, são recorrentes em todos os planos, os quais dispunham de indicadores quantitativos. Entretanto a reinserção ou inclusão social não foram incluídas nos eixos ou objetivos e ações deste PDSM. Tão pouco revisitaram o referido eixo do plano antecedente, que poderia dar um sentido de continuidade e nexos.

Essa dinâmica pode revelar uma fragmentação no processo de planejamento e execução, que afeta a continuação e aperfeiçoamento das ações. Pode dizer ainda que no que se refere a fase de implantação do novo modelo de assistência, falta a consolidação da saúde mental como pauta na agenda do GDF, pois as inconstâncias são proporcionais as trocas de governos, que conseqüentemente refletem nas equipes técnicas do governo.

Mas essa constatação sobre a fragilidade no processo de planejamento da SES, não é recente. O TCDF teria detectado isso em 2014, conforme está descrito no ponto: “291. Por fim, na terceira constatou-se que as ações de reinserção social são insuficientes em função da ausência de planejamento e execução adequados” (TCDF,

2014, fls. 320). A “terceira” corresponde à terceira questão da auditoria, (A Rede de Atenção Psicossocial promove a reinserção social dos usuários?).

As palavras “inclusão social” e “reinserção social” apareceram quatro vezes nos dois PDSM, contudo, não apareceu nenhuma vez nos relatórios de gestão, nos quais estão descritos os resultados do quadriênio. Essa busca foi apoiada com o recurso de localização do PDF (ctrl+f). No mínimo expos quantas vezes esse assunto tão basilar dentro da Lei da Reforma Psiquiátrica emergiu no conteúdo do plano. No plano de 2020 essa pauta retornou, mas com o mesmo teor. Quatro anos depois e o texto mostra que não houve muitos avanços. Apareceu o termo desinstitucionalização, porém restou dúvidas sobre a concepção adotada.

Porque quando se referem ao processo de desinstitucionalização, o sugerem como sinônimo de desinternação ou retirada do indivíduo de uma instituição.

A previsão é que sejam implantadas sete residências terapêuticas, cada uma acolhendo no máximo dez moradores, sendo três na modalidade Tipo I, destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização [...]

Sem embargo, Amarante (1995) assinalou que a desinstitucionalização não deve ser confundida com desospitalização, porquanto aquele perpassa por questões estruturais dentro da sociedade e relaciona-se com a inclusão social e promoção da cidadania desses sujeitos.

Nesse momento os serviços substitutivos são dispositivos estratégicos, por isso são reconhecidos como serviços fundantes da Reforma Psiquiátrica. O que não significa que estes não estejam sujeitos a tornarem-se instituições totais, porque depende da sua configuração e fundamentos, porém os Caps são por essência pensados no processo de desinstitucionalização e inclusão social dos sujeitos.

Presume-se um olhar ampliado acerca desse processo e uma outra forma de enxergar o louco, devolvendo a ele o protagonismo sobre sua vida, que antes era atribuída a doença. Esse pensamento é inspirado na psiquiatria democrática de Basaglia (1985) e em Rotelli (1990).

Encerra-se essa sessão enunciando os três eixos da Reforma Psiquiátrica por Rosa e Silva (2014, p. 254)

[...] a) processo de desinstitucionalização, que propõe a inclusão social e o fim das intervenções manicomiais; b) a descentralização da atenção da internação hospitalar para o cuidado comunitário e c) Diversificação da rede de Atenção à Saúde Mental.

Porquanto esses tem sido eixos da discussão traçada até então e podem ser considerados norteadores da construção e aperfeiçoamento desse novo modelo de assistência em saúde mental, que tem como finalidade primordial a reinserção social dos sujeitos na comunidade, bem como obriga que a internação seja tão somente quando esgotadas todas as medidas extra-hospitalares.

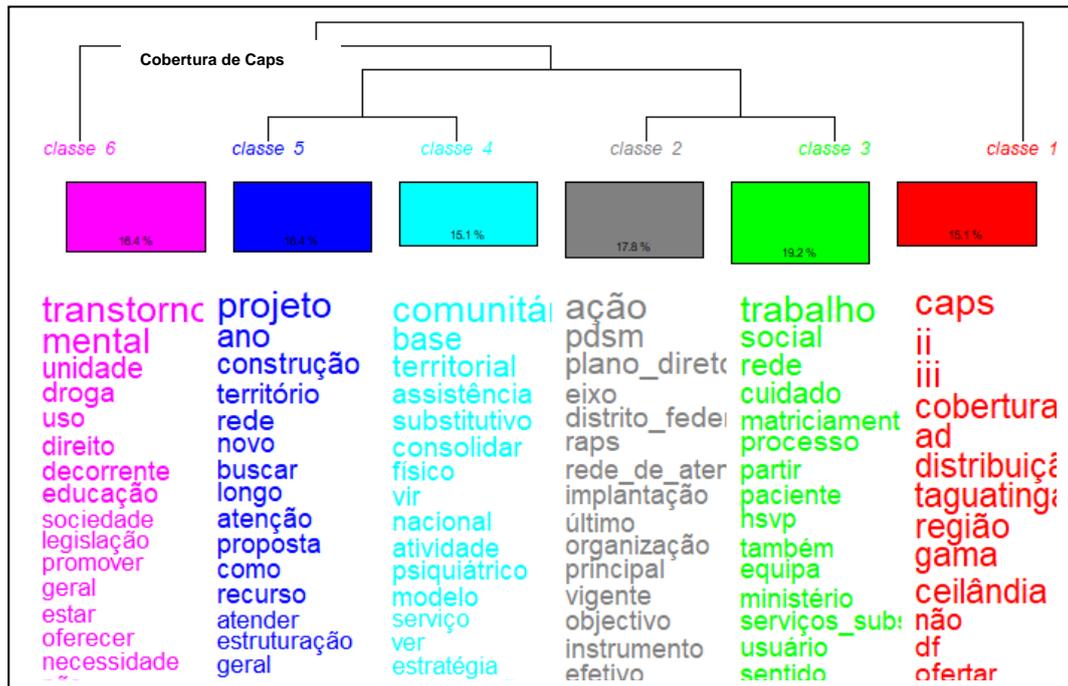
5.4 TECENDO UM DEBATE A PARTIR DOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

5.4.1 Plano Diretor de Saúde mental: o que as palavras e os termos têm a dizer.

Este capítulo é dedicado à discussão acerca dos resultados encontrados com base no fundamento teórico estabelecido para este estudo. E para direcionar o debate será utilizado o conteúdo derivado da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), tipo de análise realizada pelo *software* IRAMUTEQ. Sua funcionalidade permitiu analisar as associações de palavras, termos, outras narrativas e expressões. O *corpus* selecionado para a análise foram os três PDSM, que refletem as perspectivas e propostas da SES no campo da saúde mental.

O processamento do corpus, gerou as classes de Unidade e Contexto Elementares (UCE), que são procedidas das classificações de segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários. Cada classe tem uma cor e as UCE tem a mesma cor da classe à qual pertence. Posto isso, o resultado obtido será representado na figura 05 abaixo. A referida figura equivale a um dendograma, que traz os ramos com suas classes e as palavras relativas a cada classe.

Figura 05 - Dendograma das classes fornecidas pelo IRAMUTEQ.



Fonte: Gerado pelo Software IRAMUTEQ, 2008-2014.

A partir da imagem é possível perceber que as classes 2 e 3 tem proximidade entre si, assim como as classes 4,5 e 6. Mas todas são originadas na classe 1, que produziu a 6, que por sua vez se subdividiu em dois ramos totalizando mais quatro classes. Cada classe dessas, agrupou um determinado número UCE. Na figura aparece a porcentagem de unidades dentro do total de 73,74%.

O processamento no *software* produziu uma estatística textual que incluiu o total de ocorrências 3.569 (três mil e quinhentos e sessenta e nove), 765 (setecentos e sessenta e cinco) formas ativas, principais termos classificados, por exemplo, o termo “saúde mental” que apareceu 59 (cinquenta e nove) vezes, a segunda com maior aparição foi “serviço”, 55 (cinquenta e cinco) vezes e a terceira foi “Caps”, seguido por “rede” e “ação” com 29 e 25 (vinte e nove e vinte cinco) respectivamente. Todos os termos foram centrais e com muito significação nesta discussão.

E para dar mais sentido a essa afirmação e apoiar na compreensão, segue as categorias que surgiram com a interpretação das palavras e termos agrupados em cada uma das seis classes.

classe 5, que representa os “Serviços Substitutivos de Base Comunitária” este tem conexão semântica com a classe 4, “Modelo Psicossocial”. No quadrante superior direito vê-se uma ligeira predominância da classe 4 que como visto acima está diretamente atrelada a classe 05 pelo conteúdo comum e complementariedade.

O modelo psicossocial como uma nova proposta de atenção e assistência em saúde mental que tenta romper com o modelo manicomial e hospitalocêntrico, inspirado na psiquiatria comunitária constituída por Basaglia (1985). Esse modelo antes de tudo, visa a (re) inserção social da pessoa com transtorno mental, fazendo referência a desinstitucionalização, conceito tratado por Basaglia e desenvolvido por Rotelli, (1990) e a própria Lei 10.216 de 2001.

Uma das premissas desse modelo novo de atenção é o cuidado em rede de que remete à comunidade onde o sujeito constrói seus afetos, suas redes de apoio e vivências. Nessa ceara os Caps, serviços substitutivos, surgem como pontos de atenção localizados no território. Estes serviços são compostos por equipes multiprofissionais, anunciando a dimensão multifatorial das questões que implicam no cuidado em saúde mental.

Os Caps, pela sua territorialidade, foram pensados para serem ordenadores da rede. Um fato preocupante observado neste estudo foi como os serviços substitutivos estão distribuídos de forma desigual no Brasil. Anteriormente foi visto, a partir dos dados apresentados sobre a nível nacional, que há uma concentração dos SRT na região sudeste, especialmente nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo (BRASIL, 2015b). Esse fato se repete dentro os estados, como aqui no DF.

Retomando a avaliação da representação fatorial, figura 06, no quadrante inferior esquerdo, majorou a classe 6 “Saúde Mental”. Essa em consonância com o dendograma da figura 05, se desdobrou em mais dois ramos com duas classes cada um, classe 5 e 4 mais as classes 2 e 3. Ainda conforme a figura 05 tem-se que a classe 6, está próxima das classes 4 e 5, o que significa que essas possuem base de conteúdos aproximados. Todavia, é visível o distanciamento da classe 6 das classes 1 e 4 “Planejamento e gestão” e Serviços Substitutivos”. Diante disso, evidenciou-se como a classe 6 está desconectada das classes 1 e 5, entende-se ser necessária a conexão dessas classes para a promoção da saúde mental.

A “Saúde Mental” ainda é a classe com mais palavras afastadas do centro e das demais classes. Segundo a análise feita, é possível inferir que isso reflete a

fragilidade da cobertura em saúde mental, como verificado no presente estudo que é verdade não haver quantidade satisfatória de serviços substitutivos de base comunitária no DF, mesmo estes sendo estratégicos para implantação do modelo psicossocial e descentralização do cuidado em saúde mental. Não há como implementar uma política sem investimento nos equipamentos públicos que executarão os serviços.

Somado a isso, é preciso que o GDF por meio dos órgãos competentes reconheça a imprescindibilidade da inclusão social no processo de reintegração dos sujeitos, tendo em consideração que foi constatado no DF que não há ações concretas e estruturadas para isso. O próprio TCDF concluiu após auditoria do exercício (2011-2014), que são insuficientes as ações já realizadas nesse sentido.

E, por último, o quadrante inferior direito, classe 1 “Cobertura de Caps no DF”. Deu início a todo o processo, pois derivou as demais classes. Foi analisado que ela agrupou palavras como (cobertura, distribuição, Caps), que no *corpus* estão ligadas aos Caps, índice de cobertura e distribuição desses equipamentos públicos no território. Tem uma troca com o “Planejamento e gestão” e no geral, de acordo com a representação fatorial da CHD, está desconexa especialmente das classes 3, 5 e 6. Sugerindo que a ampliação da cobertura dos serviços substitutivos, ultrapassa o aumento do número de Caps, mas sim, perpassa pelo conhecimento acerca do campo da saúde mental e os paradigmas que envolve essa pauta, no sentido de romper com os estigmas e práticas discriminatórias contra as pessoas que possuem transtorno psiquiátrico. Trata-se de um conjunto de fatores apresentados na análise CHD. Entende-se que esse é um dos maiores desafios, instados na dimensão teórico-política, conforme (AMARANTE, 2007) a ser enfrentado na política de saúde mental.

Ainda sobre a classe 1, não é difícil entender o porquê essa apresentou-se como central na pesquisa, já que os PDSM tiveram como questão basilar a ampliação da cobertura de Caps no DF. Isso pode ser reflexo de uma requisição da OMS quanto a promoção da saúde mental no mundo, que pede a provisão de serviços de saúde mental (WHO, 2013). Há um incentivo para que os Estados membros da OMS cumpram com o objetivo de promover o acesso da população a um serviço especializado de saúde mental e dentro do seu território. E mais uma vez, esse arranjo sintetiza o conteúdo de todo o PDSM e do debate acerca da programática da política de saúde mental e a condução desta no DF.

Para além disso, inferiu-se que a promoção da saúde mental está intrinsicamente relacionada ao modelo psicossocial, que provém os serviços substitutivos; à inclusão social, que é fator primordial tendo em vista o conceito de desinstitucionalização de Basaglia (1985) e de Rotelli (1990). Para aquele autor não há que se falar de saúde mental sem considerar a inclusão social e a desconstrução do paradigma manicomial. Para consolidação desse plano e construção de uma política consistente é necessário o planejamento, uma gestão que se aproprie da pauta de saúde mental, compreendendo sua transversalidade e impacto na vida das pessoas.

Atentando para a disposição de algumas palavras e termos no plano cartesiano a palavra “social” em verde abeira-se do centro e das classes 2, 5 e 1, assim como os termo “rede de atenção psicossocial”, em cinza e a palavra “ação” em cinza. Aliás a palavra “rede” sucedeu 20 vezes somente na classe, “Inclusão Social”, tamanha relevância dela no processo de (re) inserção social, que deve acontecer numa estrutura de redes, institucional por meio de políticas públicas, rede de afeto e apoio.

Ao contrário dessas palavras acima, “transtorno” “mental” em rosa e “comunitário” em azul escuro e “cobertura” em vermelho, apesar de surgirem em destaque, estão à margem, desarticuladas entre elas e as demais. Esse cenário é uma demonstração da realidade encontrada hoje no DF, pois existe um plano diretor de saúde mental, conhecimento sobre as normativas e legislações, até citadas nos documentos, no entanto na realidade, a “ação” aparenta inconsistente, diante dos dados da cobertura de Caps ou quando se verifica a incoerência entre o descrito nos PDSM e a prática, em que milhões são gastos anualmente em instituições manicomiais enquanto isso, não há aplicação de recursos para manutenção os Caps e ou abertura de SRT.

Acompanhando a análise realizada até aqui conclui-se que a CHD no IRAMUTEQ resumiu a discussão e o nível de evolução dessa no DF. Uma das classes centrais foi a “Cobertura de Caps”, assunto central no PDSM, o esforço reformista ficou evidente, com foco na ampliação de serviços, mas sem ação concreta para a qualificação do atendimento prestado, por exemplo, até hoje o DF não implementou o programa de educação permanente e de supervisão técnica para os profissionais atuantes a área, fato importante pensando-se na transição para modelo psicossocial.

Outra classe emergida da anteriormente apresentada foi a “Saúde mental”, tendo ramificado em mais quatro, que foram reconhecidos aqui, de acordo com a figura 05, como pilares para a promoção da saúde mental: “Serviços Substitutivos de base comunitária”, Modelo Psicossocial”, “Planejamento e gestão”, “Inclusão Social”.

A associação entre essas categorias pode ser um bom apontamento para se seguir. Ao mesmo tempo emergem como desafios da política atualmente no DF, a transição para o modelo psicossocial não asilar e não hospitalocêntrico, que busca romper com essa hegemonia da psiquiatria e do saber-poder médico. Os serviços substitutivos são serviços chaves nesse processo de transição, mas ainda são insuficientes, o planejamento é a liga que dá consistência a e continuidade a todo esse processo.

O debate desta sessão terá seguimento no próximo item e será conduzido apoiado pelos três eixos da Reforma Psiquiátrica estabelecidos por Rosa e Silva (2014), apresentados no final do subitem anterior: **a)** processo de desinstitucionalização; **b)** descentralização da atenção hospitalar para o cuidado comunitário; **c)** Diversificação da Raps.

5.4.2 Processo de desinstitucionalização

Retomando o sentido do termo desinstitucionalização como apontado por Basaglia e Rotelli na década de 60 e orientado pelo movimento de Reforma da Psiquiátrica, sendo considerado pelos autores como um processo social que ultrapassa o contexto privado do problema de saúde mental e que deve compreender a sociedade com objetivo de desconstruir as práticas segregacionistas já dizia Rotelli (1990). Desinstitucionalizar é promover a inclusão social do sujeito, restaurando sua cidadania e identidade.

Amarante (2007) assinalou que a desinstitucionalização é a desconstrução de saberes e práticas segregacionistas e que suprimam os direitos da pessoa acometida por transtorno mental. Assim como Saraceno (2010) diria que é a reconstrução do exercício da cidadania e a plena contratualidade, atinente às relações de poderes, que nessa conjuntura são modificadas.

Nesse sentido, cabe lembrar que esse conceito também perpassa pelas concepções adotadas pela sociedade sobre a loucura e o louco. Foucault (1972) interpretou a loucura como uma produção sociocultural. Ela somente existe porque a

sociedade assim a define. Observou-se neste estudo que historicamente a loucura foi “tratada” como fator para exclusão social. E esse é o cerne da discussão sobre a loucura, o louco e as políticas públicas. Percebeu-se ainda que é preciso aprofundar a discussão sobre o paradigma da loucura no campo em que se dá a construção da política pública, tendo em vista a influência disso no comportamento e nas práticas do cotidiano quando se fala de cuidado em saúde mental. Pode reduzir as percepções moralistas que contribuem para a reprodução do estigma sobre as pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de SPA.

Consta nos resultados que o termo desinstitucionalização é concebido em grande parte de maneira reducionista, como sinônimo de desospitalização e está associada somente aos serviços residenciais. É certo que faz parte do processo de assistência a essas pessoas proporcionar moradia digna prezando pela reintegração social, no entanto, a desinstitucionalização envolve diversos aspectos da vida do sujeito, moradia, trabalho, acesso a direitos social.

As estratégias de desinstitucionalização reconhecem que as Raps, conforme a Portaria 3.088 de 2011 e seus pontos de atenção envolvem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa. Quanto aos SRT. Contudo, foi verificado que até o presente momento o DF não possui nenhum desses serviços previstos pelas normativas e por isso foi tratado como desafio na execução da política de saúde mental. Os argumentos dos governos ao longo dos anos se entravam nos aspectos burocráticos dos processos licitatórios, sobre os quesitos para os imóveis nos quais os SRT devem ser instalados, pois devem obedecer a critério específicos sobre a estrutura física e localização, devendo estes serviços serem instalados nas cidades de maneira a viabilizar a reintegração social dos sujeitos.

Em contrapartida foi verificado que em 2013 o GDF assinou termos de colaboração milionários com as comunidades terapêuticas (CT) e desde lá vem renovando o convênio com tais entidades que em muito se assemelham a instituições totais denominadas assim por (GOFFMAN, 1974). Resumidamente o autor elenca as seguintes características dessas das instituições totais: são conduzidas no mesmo lugar e por uma autoridade principal; as atividades diárias são realizadas entre um grupo de pessoas, que são tratadas da mesma maneira e das quais lhes são exigidas as mesmas coisas; rigidez nos horários para a realização das atividades da vida diária, impostas de cima; e por fim, há diversas atividades obrigatórias formuladas

racionalmente pela instituição, atividades que na verdade existem para atender ao seus próprios objetivos (GOFFMAN, 1974).

Conclui-se que esse componente no DF ainda não foi implantado na sua integralidade. Apesar do Programa de Volta para Casa estar ativo, atende a somente 97 pessoas atualmente, um número irrisório pensando no universo de pessoas que tem perfil para serem beneficiadas.

5.4.3 Descentralização da atenção hospitalar para a comunitária

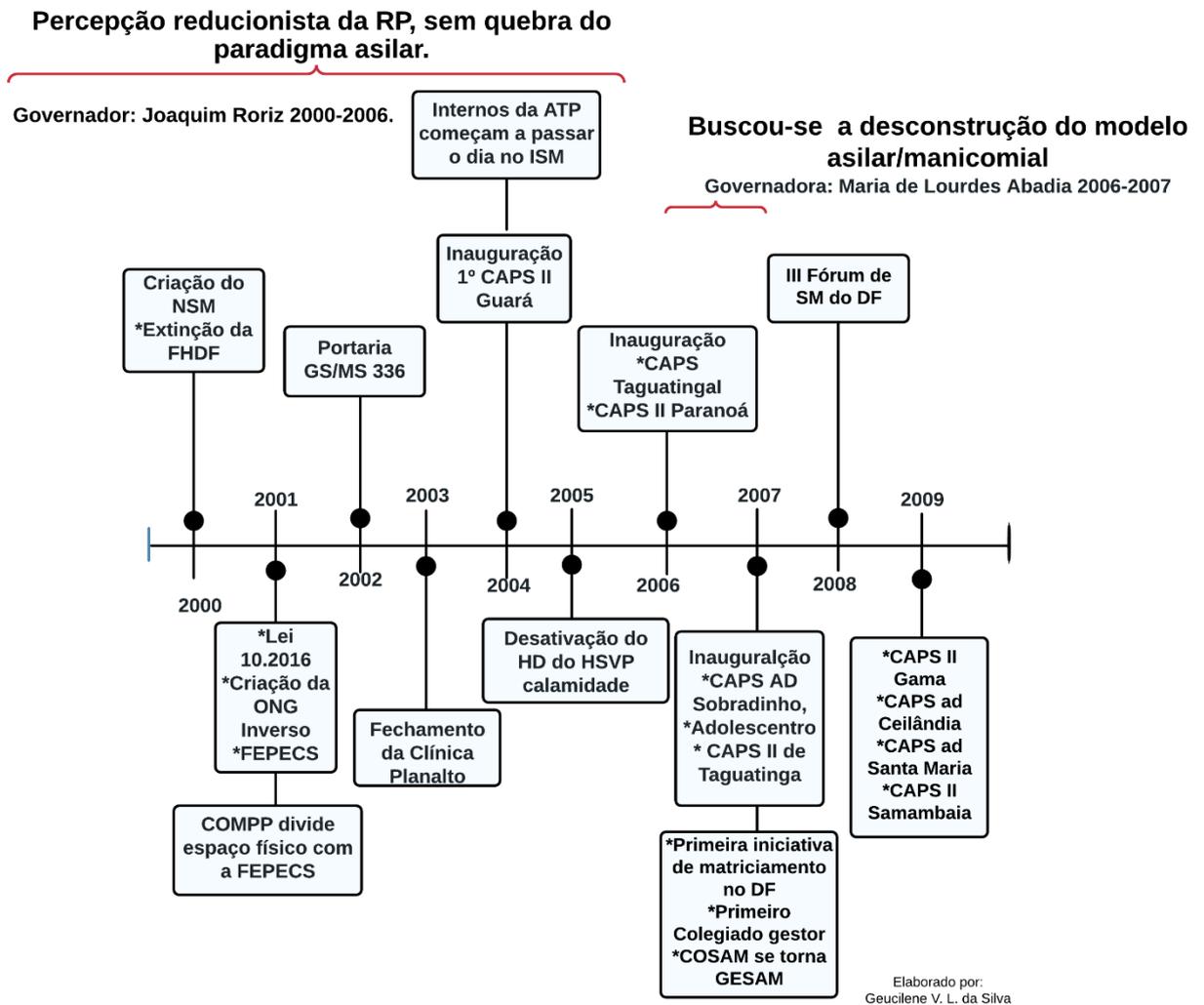
No decorrer desses 10 anos foi possível observar um avanço no sentido dessa descentralização do ponto de atenção hospitalar que gradualmente foi absorvendo os serviços substitutivos.

Os Caps são os pontos de atenção centrais nessa transição de um modelo manicomial e asilar para o modelo psicossocial e comunitário. Yasui e Rosa (2008) reafirmam isso, que o modelo de atenção psicossocial busca romper com o paradigma da atenção asilar e hospitalocêntrica. Por estarem localizados no território, onde acontecem as vivências e por serem de base comunitária, Alves (2001) considera que os Caps são os equipamentos mais eficientes para enfrentamento do modelo manicomial.

Por isso, as normas nacionais e internacionais incentivam o aumento da cobertura desses serviços nos territórios, bem como é proposto o desafio da Raps se integrar aos demais níveis de atenção, especialmente à APS, pois estes também funcionam no território. A proposta é que as UBS sejam portas de entrada para as demandas de saúde mental na proposta da estratégia da saúde da família. No DF como foi relatado no subcapítulo 3.7, essa integração ainda é um dos maiores desafios da política na atualidade.

Por meio da linha do tempo abaixo é possível visualizar o crescimento da Raps no DF entre os anos de 2000 a 2009. Se comparado aos demais estados, o DF caminhou a passos lentos, apesar dos avanços visíveis. Infelizmente a cobertura ainda não alcançou o índice necessário 0,77, variando em torno de 0,51. O DF conta com 18 Caps funcionantes, desses, quatro não são credenciados junto ao MS. Quanto aos SRT, o DF muito longe do ideal, que é equivalente à 46 Caps e 15 SRT, não avançou muito. E a conjuntura atual não é propícia, o país vivencia um retrocesso nas práticas e direcionamentos da política, que retomam a internação e a abstinência.

Figura 07: Linha do tempo: avanço da saúde mental no DF 2000-2009.



Fonte: Dados consultados em: (AMARAL, 2006); (SANTIAGO, 2009); (ZGIET, 2010).

Ainda é possível observar que em que pese o transcorrer de todos esses anos, as políticas públicas ainda são acometidas por uma inconstância devido as trocas de governo. Como visto na linha do tempo acima, coincide os períodos de retrocessos ou estagnação da Reforma Psiquiátrica com o perfil do governo e sua orientação político-ideológica. Por exemplo, o governo de Joaquim Roriz foi marcado pelo assistencialismo e o cunho religioso e moralista sobre algumas questões.

Mas foi nesse período que houve fechamento da última clínica de internação que funcionava nos moldes de uma instituição manicomial, um ano depois o primeiro Caps foi inaugurado e desde então busca-se o aumento dessa cobertura no DF.

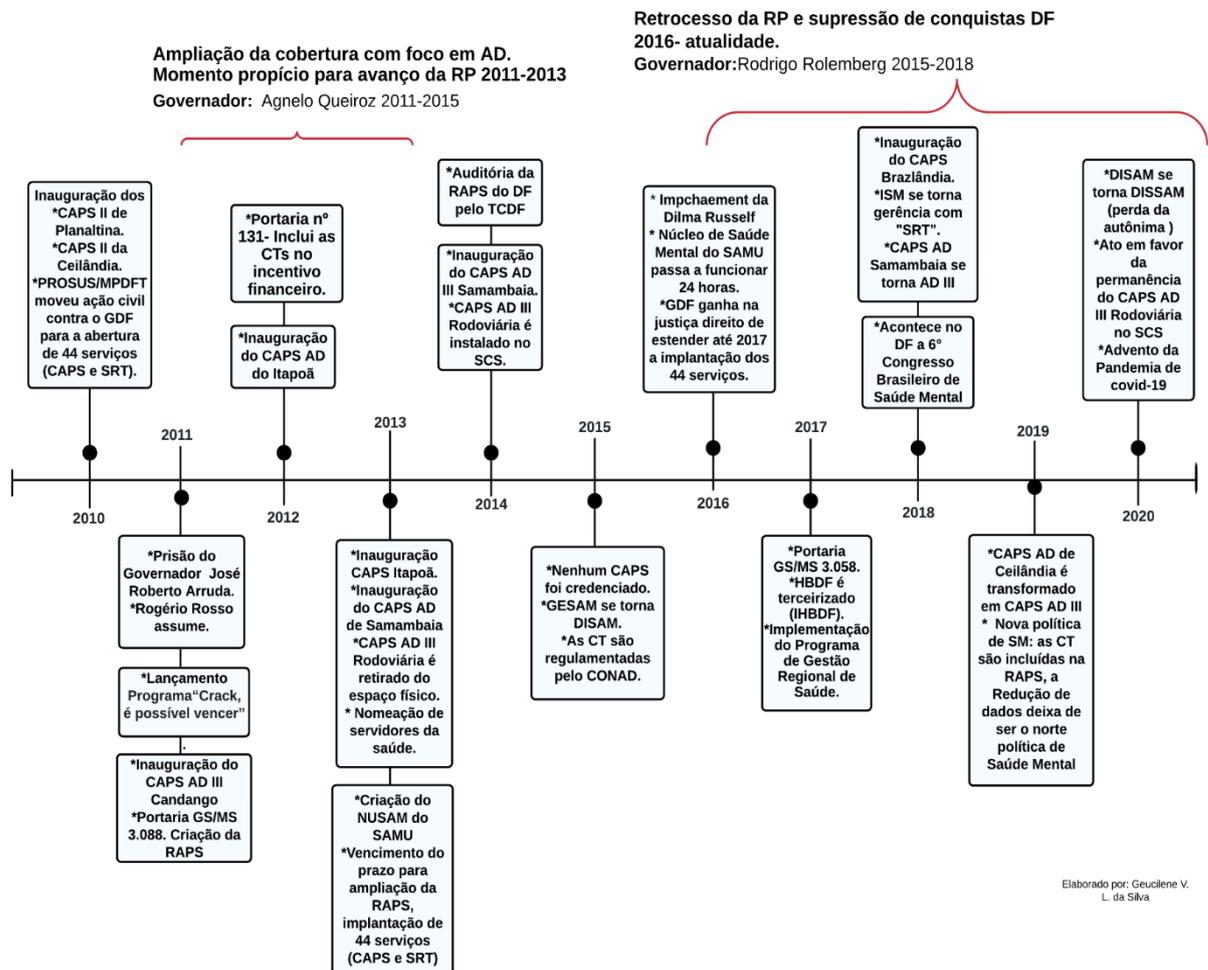
Todavia, nesse período, não é viável afirmar que houve a descentralização da atenção hospitalar para a psicossocial. Os serviços eram novos e estavam em transição e aprendendo sobre o novo modo de trabalhar.

Talvez essa descentralização tenha ocorrido a partir de 2010-2011. E alguns fatores contribuíram para isso, como a implementação do programa “crack é possível vencer” quando se vê um aumento no número de Caps ad. A visibilidade da mídia em torno da questão social do crack e outras drogas, de certa forma, colocou os Caps em evidência e paulatinamente eles se tornaram referência no cuidado em saúde mental, reafirmando que a internação deixa de ser a opção principal no tratamento. E isso é muito importante para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

Dando continuidade à linha do tempo tracejada, identificou-se que entre 2010-2013 houve um maior aumento do índice de cobertura de Caps no DF. E como nos demais anos, enxergou-se o reflexo da orientação política partidária no desenvolvimento da política de saúde mental e isso demonstra que tal política ainda não tem *status* de política de Estado.

Os Caps também estão sujeitos a visão manicomial, por isso uma das conclusões deste estudo é sobre a importância da promoção de educação e supervisão permanente em saúde mental e álcool e outras drogas para os profissionais da SES que atuam na área. Falando a longo prazo, o GDF implantou as Residências multiprofissionais em saúde mental infanto-juvenil e adulta, para além do aproveitamento da mão-de-obra desses profissionais, a residência multiprofissional é estratégia consistente para este campo.

Figura 08- Linha do tempo: o avanço da saúde mental no DF 2010-2020



Fonte: Elaborado pela autora

5.4.4 Diversificação da Raps

Este eixo propõe que os sujeitos tenham opção diversificadas de serviços dentro da Raps para o seu tratamento e que esses serviços estejam localizados de maneira a facilitar o acesso das pessoas, por isso a preocupação da OMS quanto a ampliação da cobertura de Caps e com a integração dos serviços da APS à saúde mental no mundo (WHO,2021).

A figura 08 mostrou que não há grande diversidade de serviços e a cobertura ainda é insatisfatória e que apesar de em 2010 o MPDFT ter movido ação contra o GDF para este abrisse 44 serviços da Raps dentre eles Caps e SRT, ao se analisar o desenvolvimento da política de saúde mental do DF em todos esses anos, pode-se

concluir que não há uma apropriação dos governos acerca da política de saúde mental antimanicomial e, portanto, não há compromisso com a construção e desenvolvimento dessa política, que pareceu não ser prioridade na agenda dos governos. A ação é sempre em decorrência da pressão dos órgãos de controle como notado na auditoria do TCDF em 2014, que teve atuação importante para a melhoria e implantação de alguns Caps no DF. Portanto, destaque ao papel dos órgãos de controle para o cumprimento de normativas legais e garantia da qualidade na execução.

A linha do tempo acima (2010-2020) expõe exatamente isso, que o compromisso não é somente do governador, mas de diversos setores da sociedade, os usuários, os movimentos sociais, os órgãos de controle e promoção de direitos e a sociedade. Isso pode ser expressado por meio da atuação combatente do MPDFT que em 2010 moveu ação judicial para garantir a implantação da Raps no DF por influência da INVERSO, movimento social, atuante na época e com uma perspectiva crítica sobre política de saúde mental. Lutavam por uma política baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Em detrimento disso, em 2016 o GDF ganhou na justiça o direito de prorrogar a implantação dos serviços, dentre eles, as SRT, inexistente no DF até hoje.

Tendo em vista a transversalidade da saúde mental na vida dos sujeitos, é impossível falar em saúde mental e não mencionar a importância da intersetorialidade, pois a inclusão social não se faz somente com a saúde. É imperativo a integração de diversas políticas, a social, de trabalho, de educação e cultura para a promoção da integralidade no atendimento aos usuários. Sendo esse, outro desafio importante para a política de saúde mental no DF e no Brasil também.

De tal maneira, muito mais que aumentar a cobertura é necessário se atentar para a qualidade do serviço ofertado aos sujeitos que vivenciam o sofrimento psiquiátrico, pois como foi falado em outro momento, o Caps também pode funcionar numa lógica manicomial, somando-se às CT conhecidas como os novos manicômios. É necessária ampliar o olhar acerca do processo de saúde-doença, romper com estigmas e com o paradigma da loucura.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esse percurso pôde-se verificar que as percepções sobre a loucura mudam conforme a sociedade e época. Foucault (1972) vai dizer que a loucura passa a ser vista como uma patologia com o nascimento da clínica e supervalorização da razão. Essa compreensão é importante porque influencia na ordem simbólica sobre a loucura e o louco até a atualidade e ainda é marcado por estigma e moralismos. Esse fato também influi na construção de políticas públicas para pessoas com transtornos mentais e em sofrimento decorrente do uso problemático de SPA, pois um outro desafio é avançar com a Reforma Psiquiátrica.

Neste estudo foi possível observar que o DF avançou em alguns períodos e retrocedeu em outros, uma instabilidade marcada pela troca de governos e suas ideologias partidárias, assinalando que a política de saúde mental ainda não é política de Estado, portanto não é vista como pauta prioritária para os governos. Vimos que entre 2000 e 2006 havia uma percepção reducionista da Reforma Psiquiátrica, que não se trata somente de ampliar e reformar os serviços. Com a troca de governo foi visível perceber a influência desses no desenvolvimento da implementação da Reforma Psiquiátrica.

Da mesma forma aconteceu nos períodos entre 2011 a 2013, momento propício para o avanço da política e expansão dos serviços substitutivos, especialmente em álcool e outras drogas, contudo, em 2015 percebeu-se um retrocesso nos avanços da política com repercussão negativa na programática. E a partir de 2016 houve uma sequência de acontecimentos tais como as diversas trocas de diretores da DISSAM, ocasionando uma fragmentação na integridade da política. O último Caps inaugurado foi o de Brazlândia, depois disso a DISSAM sofreu reestruturação por meio da qual se afastou ainda mais do caráter político e militante na área, perdendo autonomia não somente administrativa, mas técnica também sobre a pasta de saúde mental. Os anos que seguiram não foram diferentes. Em 2020 o secretário de saúde do DF foi preso por corrupção envolvendo testes para covid-19. Nesse governo, ainda vigente, se observou uma sucessão de incoerências e inconsistências quando se trata de escolher secretários para pasta do seu governo, a saber, a Secretaria de Assistência Social do DF que é ocupada pela primeira dama, um retrocesso do ponto de vista técnico e político.

Por meio da análise dos documentos pôde-se ainda concluir que há um conhecimento sobre o conteúdo que versa a Reforma Psiquiátrica, bem como sobre as normativas e legislações atinentes sobre a referida política, porém, quando se trata da execução da política, se constatou práticas que são incoerentes com as diretrizes, tais, como a destinação de recursos financeiros para CT em detrimento dos Caps e SRT. Desde aproximadamente 2012 o GDF tem instituições conveniadas, mas vê-se agora um aumento do número dessas instituições, que ganham espaço no cotidiano mediante a escassez ou insistência de serviços públicos substitutivos.

E para além do investimento insuficiente em equipamentos públicos do modelo psicossocial, notou-se que ao longo dos últimos 10 anos não houve movimento consistente no sentido de romper com o paradigma psiquiátrico e de saúde-doença, pois percebe-se que os protocolos e processo de cuidado, ainda centrado no médico e nos hospitais, que são considerados serviços “nobres”.

Mas não dá para negar que foram realizados importantes avanços nos últimos 20 anos, já que os Caps na atualidade são serviços reconhecidos pela população usuária e demais redes institucionais, inclusive intersetoriais. Existem fluxos de encaminhamentos, referência e contrarreferência setorial e intersetorial. Ao contrário de há 10 anos hoje as pessoas têm conhecimento da existência desses serviços especializados em saúde mental. Existe uma cobrança internacional inclusive quanto a promoção de saúde mental à população com oferta de uma diversidade de serviços no território. Em função disso, fica evidente o motivo da integração entre os serviços da saúde mental e da APS, sendo um dos maiores desafios para a política no DF e no Brasil.

Finalmente, se apontam algumas contribuições e limitações deste estudo. A análise dos conteúdos programáticos da política de saúde mental do DF à luz dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial do país, é uma colaboração teórica-metodológica para avançar no conhecimento da experiência do DF e permite visualizar um marco referencial para entender a implementação da política em seu sentido mais pleno, orientada pelos preceitos e diretrizes do SUS. Considera-se que situar esse marco conceitual na concepção do fenômeno loucura é uma perspectiva que precisa ser estimulada nos estudos sobre saúde mental no âmbito do DF, que aqui foram enunciados. No que tange às suas fragilidades, o estudo se deparou com limitações decorrentes do acesso à informação, a dificuldade de

encontrar documentos analíticos e às barreiras para sistematizar a vasta informação dos documentos e os marcos legais identificados. Complementarmente, para compreender o sentido atribuído a esse conjunto de documentos teria sido importante o diálogo com alguns interlocutores chave o que a situação de isolamento social provocada pela pandemia de covid-19, impediu.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. **Integralidade nas políticas de saúde mental**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 167-176. Disponível em: <https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em 27 de abril de 2021.
- ALENCAR, Marco Túlio. **Nova operação contra o Iges-DF faz distritais reiterarem pedido de abertura de CP**. Agência CLDF, Brasília, 18 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.cl.df.gov.br/-/nova-opera-c3-a7-c3-a3o-contra-o-iges-df-faz-distritais-reiterarem-pedido-de-abertura-de-cpi>. Acesso em: 06 de fev. de 2022.
- ARRUDA, Angela. **Teoria das representações sociais e teorias de gênero**. Cad. Pesquisa. [online]. 2002, n.117, pp.127-147. ISSN 0100-1574. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742002000300007>.
- AMARANTE, Paulo Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>. Acesso em: 27 de abril de 2021.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- AMARAL, M. C. M. **Narrativas da reforma psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal**. Dissertação de mestrado – Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/5558>. Acesso em: 03 de jan. de 2022.
- BARROS, S.; EGRY, E.Y. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino da Enfermagem psiquiátrica sub judice**. Taubaté: Cabral, 2001.
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985
- BONOTTO, Danusa de Lara; KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana **investigação Qualitativa em Educação**. Investigación Cualitativa en Educación//Volume 2. Atas CIAIQ, 2015
- BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80. Disponível em www.emtese.ufsc.br. Acesso em 27 de Nov. 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde 2021 **Dados sobre a Raps no SUS**. MS, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/Caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf. Acesso em 23 de dez de 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 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, Brasília, DF, Abr. 2001.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução** nº 196/1996. Disponível em: <https://www.univap.br/ipd/docs/res19696.pdf>. Acesso em Nov. 2019.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução** nº 466/2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 18 Nov. 2019.

BRASIL. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas/** coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos; 2º Edição, Rio de Janeiro, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12. Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015b. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 09 dez 2021.

BRASIL. **Portaria GS/MS nº 336.** Brasília, 2002. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em: 30 de dez de 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.088. **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, Brasília, DF, 23 de dez. 2011. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=8131. Acesso em: 09 de jan. de 2022.

BRASIL. Portaria nº 224/92. **Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental.** Brasília: Diário Oficial da União, 1992. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/portaria_224.pdf. Acesso em 10 de jan. 2022.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI Regina. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. **Co-construção da autonomia: o sujeito em questão.** In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-687.

CAMPOS. Rosana Onocko; GAMA, C. A. P. Da; Trapé, T. L. **Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian National Health System.** Int J Health Sci 2015; 3:45-53. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/286512143_Mental_Health_Network_A

_Narrative_Review_Study_of_the_Integration_Assistance_Mechanisms_at_the_Brazilian_National_Health_System. Acesso em 07 de dez. 2021.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de Piare Macherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. - 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forens Universitária, 2009.

CALCAGNO, Luiz. **Hospital-Dia do HSVP é inaugurado em Taguatinga**. Jornal Correio Brasiliense, Brasília, 20 de out. de 2009. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2009/10/20/interna_cidade_sdf,149499/hospital-dia-do-hsvp-e-inaugurado-em-taguatinga.shtml. Acesso em: 02 de jan de 2022.

CARDOSO, Andrade Celana; HOLANDA Adriano Furtado. **Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica**. Estudos de Psicologia, vol. 27, núm. 2, abril-junho, 2010, pp. 259-268, Campinas, Brasil.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.) **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CONTROLADORIA-GERAL DO DISTRITO FEDERAL, CGDF. **Relatório de auditoria especial. Brasília**: Secretaria de Estado de Transparência e Controle. 04 de jun. de 2014. N.º 02/2014.

CONTROLADORIA-GERAL DO DISTRITO FEDERAL, CGDF. **Relatório de auditoria especial. Brasília**: Secretaria de Estado de Transparência e Controle. 04 de jun. de 2015. N.º 02/2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3, 2001, Brasília. Caderno Informativo / **Secretaria de Assistência à Saúde**, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 2ª. Ed., Porto Alegre: Artmed, 2007.

CODEPLAN. **Mapeamento e identificação das metodologias das instituições de tratamento e reinserção social de usuários de álcool, crack e outras drogas no Distrito Federal**. Companhia de Planejamento do Distrito Federal-, Brasília: Codeplan, mar. 2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Relatório mundial saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Ministério da Saúde. Direção-geral da saúde, 2002 / OMS.

DESLANDES, S. F; ROMEU, G.; MINAYO, C.S. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

DELGADO, Pedro Gabriel **reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2019; 17(2):e0021241. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

DUQUE, Daniel. **Uma rodada de incerteza**. Boletim Macro, FGV/IBRE, Brasília, 2020.

ENCONTRO NACIONAL DA Raps, I, 2013, Pinhais (PR). Coordenação Nacional de Saúde Mental, Pinhais, 2013. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2013/12/CARTA-DO-I-ENCONTRO-NACIONAL-DA-Raps.pdf>. Acesso em: 09, jan. 2022.

FERREIRA, Maria Solange de Castro. **Auto-organização e saúde mental: investigando a autonomia pessoal no processo terapêutico**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu. - Botucatu, 2015.

FERREIRA, Maria Solange de Castro; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. **Auto-organização, Autonomia e o Cuidado em Saúde Mental**. *Rev. Simbio-Logias*, v. 6, n. 8, Nov, 2013.

FILHO, Kleber Prado e LEMOS, Flavia Cristina Silveira. **Uma breve cartografia da Luta Antimanicomial no Brasil**. Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar. São Carlos, v. 2, n. 1, jan-jun 2012, pp. 45-63.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo; VAZ, Fernando Antônio Camargo; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; ÁLVARES, Juliana; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira; OLIVEIRA, Vinícius de Araújo. **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (Sup 2), 2008, páginas 2115-2122.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. Editora perspectiva Título do original em francês Histoire de la Folie à l'Âge Classique Coleção Estudos Dirigida por J. Guinsburg, 1972.

FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; GUSSI, Maria Aparecida; LIMA, Maria da Glória. **Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil**. ISSN 1982-8829 Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(4), 197-220, dez, 2017. Epub Ago/2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Geuci%20Vieira/Downloads/2487-Texto%20do%20Artigo-8325-1-10-20190107%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Geuci%20Vieira/Downloads/2487-Texto%20do%20Artigo-8325-1-10-20190107%20(1).pdf). Acesso em: 27 de dez. 2021.

FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan; SILVA, Andressa Hennig Qualit@s. **Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da Técnica para análise de dados qualitativos**. Revista Eletrônica ISSN 1677 4280 Vol.17. No 1 (2015). Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113>. Acesso em: 27 de abril de 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antônio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, Evering. A representação do eu na vida cotidiana; tradução de Maria Célia Santos Rapouso. Petrópolis, 1985.

GOFFMAN, Evering. **La identidad deteriorada**. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993, 172p.

GOFFMAN, Evering. **Estigma - notas sobre a manipulação da identidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988. Tradução: Mathias Lambert.

GOFFMAN, Evering. **Manicomios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GUIMARÃES, José Maria Ximenes Jeanine; NUNES, Maria Sobral; SAMPAIO, José Jackson Coelho **A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [4]: 1213-1232, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000400008>. Acesso em 27 de abril de 2021.

HAESER, L. de M.; BUCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. **Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde**. Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, Junho 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-6973312012000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 Ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200011>.

HERNANDES, Lincon Fricks. **Dimensões da reforma psiquiátrica no Brasil**. Revista Artigos.Com | ISSN 2596-0253 | Volume 8 – 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/1676/869>. Acesso em de Nov. de 2021.

JUNIOR, Alfredo Pereira; LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. **Proposta de reabilitação psicossocial de saraceno: um modelo de auto-organização?** Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):448-56.

JURUENA, Mario Francisco; WEBER, Cesar Augusto Trinta. **Contribuições de um hospital-dia para as redes de apoio social a pessoas com transtornos mentais**. Psicología, Conocimiento y Sociedad 8(1), 144-161 (mayo 2018-octubre 2018) Trabajos originales. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v8n1/1688-7026-pcs-8-01-124.pdf>. Acesso em 10 de jan. 2022.

LOPES, Claudia de Souza. **Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema**. Caderno. Saúde Pública 2020; 36(2): e00005020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n2/1678-4464-csp-36-02-e00005020.pdf>. Acesso em: 27 de abril de 2021.

KINOSHITA, R.T. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**. In: PITTA, A. (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p.55-99.

KINOSHITA, R.T. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 55-59.

MENDES, Vannildo. Dependentes químicos têm mais 100 vagas para atendimento público. **Jornal Agencia Brasília**, Brasília, 15 dez. 2018. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2018/12/15/dependentes-quimicos-tem-mais-100-vagas-para-atendimento-publico/>. Acesso em: 28 de dez. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Psicossocial: Investimento em saúde mental cresceu quase 200%**. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/investimento-em-saude-mental-cresceu-quase-200>. Acesso em 09 dez de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde de 2020-2023**. Brasília, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde investe mais de R\$ 65 milhões na ampliação da rede de saúde mental**. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-investe-mais-de-r-65-milhoes-na-ampliacao-da-rede-de-saude-mental>. Acesso em: 09 dez de 2021.

MOREIRA, Laura Resende; NETO, Fuad Kyrillos; **Dos benefícios sociais na reforma psiquiátrica: necessidade, demanda e desejo**. revista de psicologia, fortaleza, v.8 n2, p. 110-118, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/11817>. Acesso em 20 de jul. de 2021.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. **Auditoria Operacional. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Avaliação da qualidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Relatório final. Decisão. Determinações. Plano de Ação**. Parecer, N.º 1056/2016–DA, 14 de nov. de 2016.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da. **Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?** R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011> Acesso em: 18 dez 2021.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTIAGO, Marina Agra. **Panorama da Saúde Mental Pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF**. Dissertação de Mestrado – Instituto de Psicologia, Programa de pós-graduação em

Psicologia clínica e cultural, Universidade de Brasília, 2009. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/6371>. Acesso em: 03 de jan. 2022.

SARACENO, Benedetto. **Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 13-18.

SOARES, J.C.R.S. **A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa**. 2000. 180p. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SOUZA MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisa qualitativas Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03353. DOI: Acessível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>. Último acesso em 21 de maio de 2021.

STEEL Z, Marnane C; Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. **The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis** 1980-2013. Int J Epidemiol 2014; 476-93. Disponível em: <https://translate.google.com/translate?hl=ptBR&sl=en&u=https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24648481/&prev=search&pto=aue>. Acesso em: 27 de abril de 2021.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2007, v. 17, n. 1 [Acessado 18 Dezembro 2021], pp. 29-41. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>. Epub 21 Ago 2007. ISSN 1809-4481. Acesso em 18 dez 2021.

TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL, TCDF. Secretaria de Auditoria. **Auditoria operacional rede de atenção psicossocial – SES/DF**. Brasília: 2014, nº e-DOC E3423D2.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de gestão 2012**. Brasília: Governo do Distrito Federal, 29 de out. 2013. 136 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de gestão 2013**. Brasília: Governo do Distrito Federal; 18 de nov. de 2014. 243 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão 2014**. Brasília: Governo do Distrito Federal, 28 de jul. 2015a, 120 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão 2015**. Brasília: Governo do Distrito Federal, 08 de nov. de 2015b.185 p. il.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Brasília: Governo de Distrito Federal; jun. de 2017a, 226 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão 2017**. Brasília: Governo do Distrito Federal; jun. de 2018. 308 p. il.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão 2018**. Brasília: Governo do Distrito Federal; ago. 2019a. 334 p. il.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão 2019**. Brasília: Governo do Distrito Federal, 2020, 220 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão 2020**. Brasília: Governo do Distrito Federal; 2021a.214 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de gestão 2011**.Brasília: Governo do Distrito Federal: 2012a. 90 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão de 2010**. Brasília: Governo do Distrito Federal: 2010a, 64 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano Diretor de Saúde Mental 2011-2015**. SES, Brasília: 2010b.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano Diretor de Saúde Mental 2020-2023**. SES, Brasília: 2021b.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano Diretor de Saúde Mental 2017-2019**. SES, Brasília: 2017b.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano Distrital de Saúde 2020-2023**. SES Brasília: set. 2019b.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano Distrital de Saúde 2008-2011**. SES Brasília: set. 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano Distrital de Saúde2012-2015**. SES Brasília: set. 2012b.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano Distrital de Saúde 2016-2019 I; II**. SES Brasília: set. 2016.

YASUI S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Cad. Saúde Pública vol.27 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2011 Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300023>. Acesso em 27 de abril de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Calouste Gulbenkian Foundation. **Policy options on mental health: a WHO-Gulbenkian Mental Health**. Platform collaboration. Geneva: World Health Organization; 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva: World Health Organization; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health atlas 2020**. Geneva: 2021.

YASUI, S. Costa-Rosa, Abílio. **A estratégia de Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental em Debate**, vol.32, núm. 78-79-80, janeiro-dezembro, 2008, 27-37. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>. Acesso em 28 de junho de 2021.

ZGIET, Jamila. **A Reforma Psiquiátrica do Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação**. Dissertação (mestrado), Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/7719>. Acesso em: 06 de jan. de 2022.