

ALTERAÇÕES
POLÍTICO-ECONÔMICAS
CONTEMPORÂNEAS
NA AMÉRICA LATINA

O CASO DO BRASIL,
CUBA E CHILE

Jane Cruz Prates
Rosa Maria Marques
Thiana Orth
Organizadoras

ALEXA
CULTURAL

EDUA
EDITORA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO AMAZONAS



CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

Jane Cruz Prates
Rosa Maria Marques
Thiana Orth
Organizadoras

**ALTERAÇÕES POLÍTICO-ECONÔMICAS
CONTEMPORÂNEAS NA AMÉRICA LATINA:
O CASO DO BRASIL, CUBA E CHILE**



ALEXA
CULTURAL

Embu das Artes - SP
2021



O SUS EM DESCONSTRUÇÃO: O PRIMEIRO ANO DA GESTÃO JAIR BOLSONARO

Jussara Maria Rosa Mendes
Rosa Maria Marques
Paulo Antonio Barros Oliveira
Mariana R. J. Ferreira
Ana Hutz
Tuane Devit

1. INTRODUÇÃO

O presente capítulo contempla um dos aspectos do projeto de articulação internacional denominado “Alterações político-econômicas contemporâneas na América Latina e impactos nas políticas de assistência social, saúde, previdência social, seguro-desemprego e educação: o caso do Brasil, de Cuba e do Chile”.

Trata-se da parte relativa à saúde pública no Brasil. O foco é o período do ano de 2019 e objetiva identificar as recentes mudanças político-econômicas e seus impactos na Política de Saúde no Brasil. Busca-se, através de uma revisão minuciosa, identificar o significado político do desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), através das alterações na forma de financiamento do sistema, como na organização de programas como o Programa Mais Médicos, a Contrarreforma Psiquiátrica, o Programa Brasileiro de Aids, na Política Nacional sobre Drogas, na Atenção Primária à Saúde e mudanças na estrutura do Ministério da Saúde.

Tais medidas e alterações expressam a desconstrução do SUS, um retrocesso ao sistema público universal e ao pacto social pela saúde firmado pela Constituição Federal/1988. Seguem os resultados da pesquisa sobre as principais mudanças nas legislações, evidenciando que princípios do SUS, como a universalidade e a participação popular, bem como a própria essência que embasa o sistema público, estão em risco e seriamente comprometidos.

2. ALTERAÇÕES NO FINANCIAMENTO DO SUS

2.1 A Emenda Constitucional n. 95 e as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)

O financiamento da saúde pública, em sua parte federal, está limitado pelo novo regime fiscal, isto é, pela Emenda Constitucional 95 (EC 95), que congelou o nível do gasto por 20 anos e foi aprovada em dezembro de 2016. O piso é o ano de 2017, que correspondeu a 15% da receita corrente líquida (RCL) e foi fruto de negociação quando da aprovação da EC 95, antecipando para o ano o percentual da RCL que seria aplicado somente em 2020¹. Em 2017, houve, por isso, uma elevação do gasto federal per capita disponível com relação a 2016. Santos e Funcia (2020, spp.), no entanto, alertam para o fato de que, ao final de 2017,

Houve um crescimento de 81% dos empenhos a pagar do Ministério da Saúde, em comparação a 2016, e redução nominal dos pagamentos das despesas inscritas em restos a pagar, o que resultou no crescimento de 50% do total inscrito e reinscrito para execução financeira em 2018. Em outros termos, foram empenhadas as despesas sem a efetiva liquidação e pagamento, ou seja, essas despesas não foram efetivadas como ações e serviços para atender as necessidades de saúde da população, ainda que tenham integrado o seu piso.

O Gráfico 1 mostra a evolução do gasto público total (das três esferas de governo) per capita com as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e por regiões do país no período 2003 - 2017. Nele é possível ver que houve aumento em 2017.

¹ A Emenda Constitucional n. 86, de 17/03/2015, ao dispor da receita corrente líquida para o financiamento das ações e serviços de saúde de responsabilidade do governo federal, definiu a aplicação de 15% somente no quinto exercício financeiro subsequente ao de sua promulgação. Elaboração dos autores. Obs.: O gasto “nacional” se refere à parcela da despesa federal que não pôde ser regionalizada. Apud Piola et al. (2018).

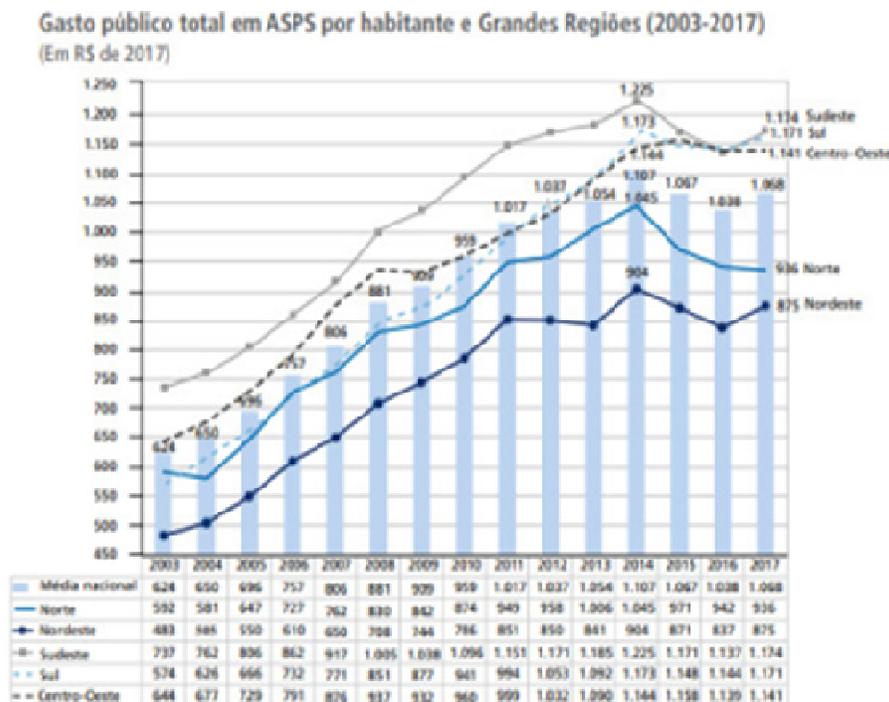


Gráfico 1 – Gasto público total em ASPS por habitante e Grandes Regiões
Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais.

A partir de 2018, o piso e o valor efetivamente aplicado em ASPS tem diminuído, tanto em termos reais *per capita*, como em proporção da RCL. Em 2018, para um piso (15% da RCL) de R\$ 120.802 milhões, caso fosse mantida a proporção aplicada em 2017, foram efetivamente gastos R\$ 116.821 milhões (valor aplicado menos o empenho 2018), de modo que o SUS perdeu no ano R\$ 3.981 milhões (SOARES e FUNCIA, *op. cit.*). A partir desse momento, o SUS deixou de ser subfinanciado e passou a sofrer um verdadeiro desfinanciamento, isto é, de uma situação de recursos insuficientes para atender seus objetivos começou a enfrentar redução de recursos.

Em 2019, para uma RCL de R\$ 905.659 milhões, caso fosse aplicado os 15%, a parte federal do SUS deveria contar com R\$ 135.849 milhões. No ano, o valor aplicado menos o empenho 2019 foi de somente R\$ 122.270 milhões, registrando uma perda de R\$ 13.579 milhões. Em dois anos, portanto, a perda foi de R\$ 17.560

milhões. Por consequência, os resultados dessas perdas impactaram negativamente o *per capita* do gasto em saúde.

Desde o início do ano de 2019, a frustração com relação à expectativa de crescimento do PIB e, por consequência, da receita de impostos e contribuições embasou o Ministério da Economia a realizar contingenciamentos. O primeiro ocorreu em 22 de março de 2019, no valor de R\$ 29,792 bilhões das despesas não obrigatórias do orçamento de 2019, com vista a preservar a meta de déficit primário de R\$ 139 bilhões estipulada para 2019. Em 29 de março, mediante o Decreto n. 9.741, foi divulgada a distribuição do contingenciamento por ministério. O Ministério da Saúde foi “poupado” desse contingenciamento. O mesmo ocorreu com relação aos hospitais universitários, que estão sob a responsabilidade do Ministério da Educação (pasta que, em termos absolutos, foi a mais afetada pelo contingenciamento). Houve, no entanto, contingenciamento de recursos destinados a obras de hospitais universitários.

2.2 Critérios de transferência de recursos – Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde

Em julho de 2019, o Ministério da Saúde aventou a possibilidade de modificar os critérios de transferência de recursos, ou seja, de financiamento da atenção primária à saúde. Trata-se de mudança profunda após 21 anos. Apesar das manifestações contrárias realizadas pelas entidades envolvidas com o SUS, ela foi aprovada em outubro de 2019, e publicada via Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019 (Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>). O novo modelo entrou em vigor, com regras de transição, a partir de 2020.

Nesse novo modelo de repasse, ao invés do número de habitantes nos municípios, o repasse de recursos por parte do governo federal passa a ocorrer em termos de número de pacientes cadastrados nas unidades de saúde, ponderado pela vulnerabilidade socioeconômica dos pacientes (30% a mais), a quantidade de crianças e idosos na região e a distância dos municípios dos grandes centros urbanos (municípios rurais recebendo duas vezes mais por paciente cadastrado do que um município em área urbana). Além disso, o modelo incluiria, de forma ampliada, indicadores como qualidade

do pré-natal e controle de diabetes, hipertensão e infecções sexualmente transmissíveis, até atingir 21 critérios em 2022.

3. MUDANÇAS NA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ao longo dos primeiros meses, o ministro Mandetta afirmou que a estrutura do Ministério da Saúde seria modificada. No dia 17 de maio, o governo publicou o Decreto n. 9.795, que modifica a estrutura do órgão, que são sumarizadas abaixo:

1. Criação de uma secretaria específica para a atenção primária.
2. Criação de uma coordenação que ficará responsável pela temática do tabaco. Ainda não ficou claro se o Programa Nacional do Controle do Tabagismo, que era de responsabilidade do Instituto do Câncer, o Inca, sairá do instituto.
3. Criação do Departamento de Certificação e Articulação com os Hospitais Filantrópicos e Privados.
4. Criação do Departamento de Saúde Digital, visando liderar a implementação de uma Política Nacional de Saúde Digital e Telessaúde no SUS: estimular as atividades de saúde digital, incluídos a teleconsultoria, o telediagnóstico, a tele-educação, entre outras.
5. Eliminação da secretaria de gestão participativa. O assunto foi misturado com a gestão interfederativa, em um departamento vinculado à Secretaria Executiva.
6. Eliminação da coordenação responsável pelo programa de atenção integral aos portadores de doença falciforme – enfermidade genética de maior prevalência no Brasil e no mundo e que afeta majoritariamente a população negra.
7. Departamento do Complexo Industrial da Saúde, antes vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, foi reduzido a uma coordenação. E também passará a responder à Secretaria Executiva.
8. Departamento de Aids: rebaixamento do programa de tratamento de HIV/Aids. O atual Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmis-

síveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais fica transformado em uma coordenação. E, sob a sua responsabilidade, estarão duas outras doenças que não estão relacionadas ao contágio sexual – tuberculose e hanseníase.

9. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, que agora passou a ter dois departamentos – na configuração anterior, eram três. Fica extinto o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde – criado no governo Temer. Retoma estrutura existente no governo Lula neste caso; e,

10. Secretaria Especial de Saúde Indígena foi mantida, porém há a tão anunciada (e criticada) previsão de “integração” do atendimento dessa população ao SUS, mas sem uma definição clara de como e quando ocorreria.

4. O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Logo após a eleição, Bolsonaro afirmou que faria mudanças no Programa Mais Médicos e modificaria os repasses para Cuba – país que foi, entre 2013 e 2018, responsável por cerca de metade das vagas no programa (pouco mais de 8 mil dos 16 mil profissionais que fizeram parte do programa). Esse anúncio levou ao fim do acordo com o governo cubano, definindo, no dia 14 de novembro, a retirada dos médicos cedidos para atuar no país. Com isso, ainda no governo Temer, o governo abriu em novembro de 2018 um edital com 8.517 vagas, sendo que 7.120 foram preenchidas por médicos com registro profissional brasileiro. Em dezembro, um novo edital foi publicado, com as remanescentes 1.397 vagas, permitindo a participação de brasileiros com formação no exterior (e que não fizeram o Revalida).

Em outubro, antes da saída dos médicos cubanos, 23% dos municípios possuíam vagas em aberto. Seis meses após a saída, no final de abril, 42% das cidades no país possuem postos não preenchidos, seja em decorrência das desistências (que se tornaram mais frequentes) ou da não renovação e reposição de vagas (como no caso dos municípios menos vulneráveis). As cidades que receberam os médicos cubanos concentravam 80% do déficit no final de abril, principalmente na região Nordeste (38% do total). Entre os estados, os com mais vagas desocupadas são Bahia, São Paulo e Minas. Há

139 cidades onde nenhuma das vagas ofertadas pelo último edital foi preenchida, e um terço desses municípios é classificado como vulnerável ou de extrema pobreza.

Em fevereiro, o governo decidiu pela não reposição de médicos no programa em municípios não considerados de baixa vulnerabilidade. Em todos os editais lançados nesse ano, as vagas foram voltadas para cidades consideradas mais vulneráveis. De uma classificação de 1 a 8, as cidades contempladas foram as com perfis de 4 a 8. As cidades menos vulneráveis (1 a 3) não foram incluídas. Com isso, as capitais, cidades nas regiões metropolitanas e parte dos municípios com mais de 50 mil habitantes não receberam e nem receberão novos médicos no programa.

No primeiro balanço no início de abril, após três meses do edital, apontava-se que 15% dos brasileiros que ingressaram no programa entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019 já haviam desistido de participar do programa no início de abril: 1.052 dentre 7.120 médicos. As áreas mais afetadas foram as mais pobres: em municípios com taxa de extrema pobreza maior do que 20% da população, a taxa de desistência foi de 31% (324 desistências). Em seguida, as capitais e regiões metropolitanas, com 209 profissionais desistentes (20% do total), também concentrado nos bairros mais pobres.

No segundo balanço, realizado no início de maio, após cinco meses, mostrava-se que 1.325 profissionais haviam desistido de suas vagas. Assim, nos três primeiros meses, a média foi de 351 desistências por mês e nos dois meses seguintes foi de 137 desistência por mês. As desistências concentraram-se, ao longo dos cinco meses, entre médicos que possuem registro profissional brasileiro, e não entre os brasileiros com formação no exterior. No dia 10 de maio de 2019, o governo lançou novo edital, voltado para 1.185 municípios considerados vulneráveis e 13 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com 2.037 vagas. O objetivo é preencher vagas abertas em decorrência de desistências e de contratos já encerrados.

5. A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA

A Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de

Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – CGMAD/DAPES/SAS/MS, contraria os princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Constitui-se retrocesso, cuja principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é recolocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a “comunidade terapêutica”, instituição manicomial correspondente no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas (Abrasco, 2019).

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) da Reforma Psiquiátrica Brasileira já é a rede mais plural dentre as redes do sistema de saúde; a diferença é que ela, propositadamente, deixava de lado instituições manicomiais e estimulava o tratamento no território habitado pelas pessoas em sofrimento mental e suas famílias e onde existem as suas redes de apoio e de sociabilidade, ainda que às vezes precárias, além da rede de serviços intersetoriais fundamentais à sua recuperação e vida digna (escola, trabalho, moradia, saúde geral, lazer etc.). Territorialização ausente na nota técnica, assim como a negação do conhecimento de profissionais de diferentes áreas que atuam nesta área.

Outro ponto constante na nota técnica é a defesa da eletroconvulsoterapia (ECT), chamado de eletrochoque. Longe de ser uma técnica absolutamente segura e incontroversa na sua aplicação contemporânea, o ECT, assim como psicocirurgias mais recentes, é objeto de um debate científico, bioético e judicial acirrado em relação a sua eficácia clínica e potencial iatrogênico (READ *et al.*, 2019; BREGGIN, 2008). O risco de uma banalização de seu uso, além dos casos extremamente resistentes de depressão, é considerável. Isso sem falar no simbolismo da sua prática violenta e punitiva que assombra tantas pessoas que foram vítimas de seu uso abusivo.

O raciocínio reducionista do documento permanece quando parece negar (não se sabe o quão voluntariamente) que muitos dos transtornos considerados comuns na psiquiatria, e aqueles que têm crescido em incidência, ao modo do suicídio e suas tentativas, traduzem um mal-estar severo na sociedade, reflexo, cada vez mais intenso, das políticas de austeridade, falta de oportunidades de trabalho, baixa qualidade de vida, múltiplas intolerâncias e violências, inclusive traumas associados a acidentes totalmente preveníveis (como os que encontramos em Mariana e Brumadinho, só para falar dos

mais graves, recentemente), perda de esperança, entre tantos outros (Abrasco, 2019).

Não se resolvem essas dores com serviços ambulatoriais especializados, especialmente se esses se tornarem reféns das indústrias farmacêuticas, exorbitando, como tantos estudos têm revelado, o uso indevido de psicofármacos, notadamente antipsicóticos (HARROW; JOBE, 2013; HARDING, 1987) e antidepressivos (GOLDSMITH; MONCRIEFF, 2011), na medicalização dos problemas da vida, especialmente em países que vivem crises socioeconômicas e políticas.

A política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, preconizada pela Reforma Psiquiátrica brasileira e pela lei nacional n. 10.216/01, se constitui conquista relevante para a desinstitucionalização de pessoas em sofrimento mental. Processo árduo que exige a destruição das clausuras, dos desejos de manicômio e das sanhas de lucro com o sofrimento alheio, que passaram a morar nos manicômios longos anos da sua vida. E sobretudo, acabar com espaços que estimulem e favoreçam a institucionalização desses sujeitos.

A Lei n. 10.216 (que estabelece a Política Nacional de Saúde Mental) e a Reforma Psiquiátrica foram lançados após 12 anos de debate no Congresso e na sociedade, e efetivados em milhares de serviços pelo Brasil. Não há governo que tenha legitimidade para mudar o rumo unilateralmente. A nota técnica é um ato de desrespeito à democracia na sequência do desmonte das instituições civilizatórias que assola o país. É um libelo à barbárie.

Ainda em relação à Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, cabe ressaltar que ela teve sua apresentação conturbada, por parte do Ministério da Saúde. Foi lançada inicialmente no site do MS sem manter qualquer diálogo anterior com o controle social e/ou construção coletiva com trabalhadores(as) e usuários da Política de Saúde Mental. Após manifestações contrárias de diversos segmentos da sociedade, a nota foi retirada do ar dois dias após sua publicação. O ministério afirmou que o texto ainda não estava pronto e que o documento estaria em consulta interna no SEI (Sistema Eletrônico de Informações) para receber contribuições de servidores do ministério e de outros órgãos, como o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), sem participação do CNS na consulta interna, o que expõe a ausência de diálogo com o controle social.

Alguns pontos são centrais na nota, representando o retrocesso descabido no histórico da luta antimanicomial, como a inclusão dos hospitais psiquiátricos nas RAPS, o financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT), a possibilidade de internação compulsória de crianças e adolescentes e a abstinência como uma das opções da política de atenção às drogas, ao contrário da redução de danos, tratando a questão em uma perspectiva criminalizante no uso de drogas, ao invés de compreendê-la como um problema de saúde pública.

6. MUDANÇAS ESTRUTURAIS NO PROGRAMA BRASILEIRO DE AIDS

Um decreto presidencial modificou a estrutura do departamento que promove o combate à Aids no Ministério da Saúde. O Departamento de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), Aids e Hepatites Virais passa a se chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Na nova estrutura, políticas públicas para doenças como hanseníase e tuberculose são analisadas pelo mesmo departamento que cuida da estratégia brasileira contra o HIV. Antes, o departamento cuidava apenas de doenças sexualmente transmissíveis. Para o Ministério da Saúde, “a nova estrutura fortalece integração entre as áreas do Ministério da Saúde” e a “estratégia de resposta brasileira ao HIV não será prejudicada”.

O Decreto n. 9.795, publicado em 17 de maio, foi criticado por redes, coletivos e organizações do movimento nacional de luta contra a Aids. Os grupos reclamam que a mudança foi feita sem diálogo com a sociedade civil, já que o tema não foi discutido na Comissão Nacional de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais (Cn aids) e na Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais (Cams). Até a publicação do decreto presidencial, o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, criado em 1986, cuidava apenas de políticas contra o HIV e as hepatites virais. O setor, vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tornou-se referência mundial no tratamento e atenção à Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis.

A Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e das Hepatites Virais passa a ser subordinada ao Departamento de Doenças

de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, que deve analisar também doenças como tuberculose e hanseníase.

Em nota, a Articulação Nacional de Luta contra a Aids (An aids), a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), o Fórum das ONG/Aids do Estado de São Paulo (Foaesp), o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids no RS (Gapa/RS), o Grupo de Incentivo à Vida (GIV) e a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+Brasil) se pronunciaram contra a medida. Para os movimentos sociais de luta contra a Aids, a mudança “acaba com uma experiência democrática de governança de uma epidemia baseada na participação social e na intersetorialidade”.

7. MUDANÇAS ESTRUTURAIS NA POLÍTICA NACIONAL DE DROGAS

O Projeto de Lei que fez alterações na política nacional de drogas foi aprovado em 15 de maio de 2019, em uma votação acelerada, pelo Senado. O projeto endurece a política nacional antidrogas, facilita internações involuntárias e fortalece as comunidades terapêuticas – instituições de tratamento normalmente ligadas a igrejas e que recentemente estiveram sob holofotes após denúncias de abusos e violações de direitos.

As comunidades foram incluídas no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e agora podem receber recursos com isenção fiscal – pessoas e empresas podem destinar até 30% do Imposto de Renda para as instituições. O PLC (Projeto de Lei da Câmara) n. 37, de 2013, já havia passado pela Câmara dos Deputados e agora segue para sanção do presidente Jair Bolsonaro. O projeto tramitava há seis anos no Senado e no último mês os senadores manobram para avançar seu processo de aprovação. A motivação foi o julgamento no Supremo Tribunal Federal (STF) que poderá descriminalizar o consumo de drogas no país – a votação está marcada para 5 de junho.

O STF deve analisar no dia 5 a Lei n. 11.343/2006 – especificamente seu artigo 28, que torna crime o porte de drogas para consumo próprio. A Corte vai avaliar se a prisão de consumidores de drogas é constitucional – o questionamento foi encaminhado pela Defensoria Pública de São Paulo. Uma das bases do questionamento

é o princípio do direito penal que determina que uma conduta, para gerar pena de prisão, precisa lesionar um terceiro, explica o ex-presidente do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCrim) e secretário executivo da Plataforma Brasileira de Política de Drogas.

Um dos pontos centrais da PLC 37 é o fortalecimento das comunidades terapêuticas. Embora atendam a dependentes de drogas em recuperação, elas não são consideradas clínicas nem estabelecimentos médicos, mas entidades filantrópicas. A nova legislação estabelece o atendimento do dependente químico nas comunidades, mas prevê a possibilidade de as instituições receberem dinheiro público por meio de isenção fiscal. São 1.800 comunidades terapêuticas no Brasil. Que contaram com um aumento de vagas com repasses do governo federal no valor de R\$ 153 milhões por ano.

A nova legislação estabelece como meta no tratamento de dependência química a abstinência, deixando de lado políticas de redução de danos – conjunto de práticas de saúde pública adotadas em diversos países com o objetivo de diminuir os danos causados pelo uso de drogas em pessoas que não conseguem ou não querem parar.

A mudança vai contra o entendimento de parte da comunidade médica e acadêmica de que as políticas de redução de danos são medidas efetivas e necessárias quando em conjunto com tratamentos focados em abstinência.

Em 17 de maio de 2019 a PLC 37 é aprovada pelo Senado Federal, promovendo graves retrocessos nas políticas de drogas (CEBES, 2019). Dentre estes retrocessos destaca-se a facilitação para a internação involuntária, que poderá ser pedida por familiar ou servidor público da saúde ou da assistência social; determina que o paciente possa ficar internado contra sua vontade por até três meses e estabelece a necessidade de autorização médica para que a internação seja encerrada. Atualmente, a família pode escolher pela liberação do dependente.

O projeto também trata das penas para o tráfico – a pena mínima para quem “atue no comando de organização criminosa” passa de 5 para 8 anos de prisão. Também há a determinação de que a pena seja reduzida se o acusado não for reincidente e não integrar organização criminosa ou se “as circunstâncias do fato e a quantidade de droga” demonstrarem “menor potencial lesivo da conduta”.

Várias entidades de saúde, direito e movimentos sociais publicaram nota pública se posicionando contra a nova lei, entre elas a Comissão de Direitos Humanos da OAB-SP, a Associação Brasileira de Saúde Mental, o Conselho Federal de Psicologia, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública e a Pastoral Carcerária Nacional. Dentre as críticas, aponta-se a falta de um indicador de avaliação e monitoramento das ações de prevenção, atenção e tratamento de pessoas que usam drogas e não inclusão da atenção psicossocial extra-hospitalar, ao lado do tratamento ambulatorial, como forma prioritária de tratamento dos dependentes de drogas.

A nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) aprovada pelo governo federal apresenta como uma das principais controversas mudanças o tratamento dos dependentes químicos, que adota a abstinência como abordagem preferencial. Trata-se de um retrocesso, uma vez que essa diretriz já estava superada nas legislações anteriores com a adoção da Redução de Danos (RD). A mesma privilegiava a RD, com a finalidade de reduzir riscos de danos biológicos, psicossociais e econômicos aos quais estão expostos os dependentes químicos. A distribuição de seringas individuais aos dependentes, um da estratégia de Redução de Danos, buscava evitar contágios como do HIV.

Além disso, a nova Política passa a estimular a participação das comunidades terapêuticas como estratégia de atenção, fortalecendo-as, contrariando as denúncias de casos de maus-tratos realizadas pelo Ministério Público Federal e pelo Conselho Federal de Psicologia. Além de incluí-las no Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, liberando mais recursos públicos para sua manutenção, permitindo que 30% das doações de pessoas físicas e jurídicas às instituições possam ser deduzidas do imposto de renda. Por outro lado, serviços de referência do SUS para o cuidado de dependentes, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sofrem cortes de gastos e desgastes.

Outro destaque é a centralidade da atenção médica, contrariando um dos princípios do SUS, a integralidade da atenção prestada através das equipes interdisciplinares de saúde. Na atenção aos dependentes químicos, o ponto central firma-se na equipe envolvida na ação, que oportuniza trabalhar com as motivações e os objetivos

de vida do paciente, instâncias essenciais para a construção de um projeto terapêutico e de reabilitação cognitiva e social. Política essa que corrobora com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com as bases do cuidado em saúde mental.

CONCLUSÕES

A grave crise econômica, social, sanitária e política se torna largo argumento para impor mudanças que atingem fortemente o SUS, provocando desmontes e retrocessos significativos no sistema de proteção social. Além de ferir direitos constitucionais, desrespeitar princípios essenciais como universalização, equidade e integralidade, a participação popular deixa de ser considerada, outro eixo de grande relevância no controle social.

O modelo adotado para o financiamento público segue a lógica da privatização, assim como a orientação do desempenho e produtividade, capturando uma perspectiva da saúde como mercadoria. Significa reverter a lógica de que “o SUS representa a afirmação da saúde como direito de todos e dever do Estado, o que é incompatível com a concepção privatista que a submete à lógica mercantil. Saúde deve gerar vida, não lucro”.

Nesta investigação, buscou-se identificar os retrocessos e as particularidades dessas refrações que apontam para a devastação e o abandono da quase totalidade dos direitos sociais conquistados pela população brasileira na constituição e implementação do SUS, “garantindo o acesso universal, através de políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal, Seção II. DA SAÚDE. Art. 196, 1988).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <[Http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> Acesso em: 31 maio 2019.

BRASIL. Decreto n. 9.795, de 17 de maio de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/

D9795.htm. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Portaria n. 2.079, de 12 de novembro de 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> Acesso em: 29 jul. 2020.

HARROW, M.; JOBE, T. H. Does Long-Term Treatment of Schizophrenia With Antipsychotic Medications Facilitate Recovery? *Schizophrenia Bulletin*, [s.l.], v. 39, n. 5, p. 962-965, 19 mar. 2013. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbt034>.

HARDING, C. M.; BROOKS, G. W.; ASHIKAGA, T.; STRAUSS, J.; BREIER, A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal Of Psychiatry*, [s.l.], v. 144, n. 6, p. 727-735, jun. 1987. American Psychiatric Association Publishing. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.144.6.727>.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. 46 p. (Texto para discussão, n. 2439).

REIS, Vilma. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acesso em: 31 maio 2019.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. Histórico do financiamento do SUS: Evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. *Domingueira*, São Paulo, n. 21, maio 2020. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-21-maio-2020?lang=pt>.