



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Caroline de Sousa Paulino

**A IMPORTÂNCIA DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL PARA A
SUSTENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Rio de Janeiro

2021

Caroline de Sousa Paulino

**A IMPORTÂNCIA DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL PARA A
SUSTENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

**Projeto de monografia apresentado à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio –
Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como
requisito parcial para aprovação no Curso
Técnico em Biotecnologia.**

Orientadora: Marise de Leão Ramôa

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus que me deu forças para concluir esse trabalho, mesmo no caos que a humanidade enfrenta, não me deixando desistir em nenhum momento, apesar de todos os obstáculos, colocando as melhores pessoas no meu caminho para me ajudar.

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) por abrir portas que me permitiram entrar no universo acadêmico e científico através desse projeto.

Agradeço eternamente a minha querida orientadora Marise Ramôa, que me dedicou seu tempo e atenção desde o início. Também agradeço a ela por me apresentar da melhor maneira como é ter paixão pelo trabalho que se faz.

Agradeço a minha família, mesmo àqueles familiares que já se foram, por proporcionarem sempre o melhor para que eu chegasse aonde estou, sempre como minha base de apoio e por serem meu grande incentivo nisso tudo. Em especial, a minha mãe que não deixou que eu me abatesse em nenhum momento, me deu forças e me ajudou a compor esse trabalho como pode.

Agradeço aos meus amigos feitos na escola, Ana Beatriz, Giulia, Guilherme, Larissa, Luan e Ramon, por serem minha segunda base de apoio. Companheiros de caminhada com os quais pude compartilhar momentos felizes e que tornaram suportável todos esses anos de ensino médio e de monografia.

Agradeço a mim mesma por ter chegado tão longe, em tempos difíceis de pandemia, quando o mais fácil seria desistir e, por fim, àqueles, que indiretamente, fizeram a diferença possibilitando a conclusão do projeto.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO.....	6
2OBJETIVOS	9
2.1OBJETIVOS GERAIS	9
2.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3METODOLOGIA	10
4CAPÍTULO I.....	12
5CAPÍTULO II.....	35
6CAPÍTULO III.....	44
7CONCLUSÃO.....	57
8REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

*“É necessário se espantar, se indignar e se
contagiar, só assim é possível mudar a
realidade...”*
(Nise da Silveira)

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da luta antimanicomial surgiu porque deparei-me com um artigo sobre o retorno do uso da eletroconvulsoterapia em hospitais psiquiátricos, no site Outrasaúde. Tal fato me levou a pensar sobre os riscos referentes ao retrocesso da política de saúde mental, pois muitas pessoas, a partir disso, poderiam voltar a ser internadas em hospitais psiquiátricos (sem haver necessidade, como acontecia antigamente). Entendo que há casos muito graves de adoecimento psíquico, como pessoas que tentam suicídio, que têm psicose ou com graves comprometimentos associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e que vêm sendo beneficiadas por uma política de saúde mental, que pensa o cuidado integral em saúde e que entende a saúde, como propagada na VIII Conferência nacional de Saúde.

No Brasil, principalmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, ocorre uma mudança da concepção de saúde como ausência de doença para um conceito mais amplo, resultante de um complexo de condições, como: alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Para garantir o acesso às políticas públicas baseadas em direitos humanos e sustentar os princípios do SUS, que são universalidade, equidade e integralidade, são necessários a ação e o fortalecimento dos movimentos sociais, como o Movimento da Luta Antimanicomial, pois o Sistema Único de Saúde é resultado também da Participação Popular, por via do controle social.

Os movimentos sociais reivindicam mudanças em prol de algum aspecto da sociedade, dentro de sua especificidade, questionando acerca da realidade de desigualdades e denunciando injustiças. Questionam a desigualdade nas relações sociais e os aparatos de poder público-estatais.

O Movimento da Luta Antimanicomial, em prol da realidade do louco e da loucura, busca romper com o modelo manicomial de assistência e seus ideais, por meio da extinção dos hospitais psiquiátricos. Resguardando, também, os direitos dos usuários e revertendo a exclusão ocasionada pelo modelo manicomial.

A lei nº 10.216/2001, também chamada de Lei da reforma psiquiátrica, é resultado de muita luta de movimentos sociais, como o movimento dos trabalhadores de saúde mental- iniciado em 1978 devido às péssimas condições em que se encontravam as pessoas com

transtorno mental nos hospitais psiquiátricos- e dos familiares e usuários do campo da saúde mental.

O objetivo do movimento da luta antimanicomial era promover a desconstrução do sistema manicomial. Assim, o início do movimento se deu por meio da humanização dos hospitais psiquiátricos, com o objetivo final de sua total extinção e do rompimento com a exclusão ocasionada pelo sistema manicomial. Desta maneira, muitos direitos foram conquistados e os considerados loucos passaram a ser possuidores de direitos e deveres. Para tal mudança, foram sendo pensados dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. Os primeiros dispositivos criados foram os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹, em São Paulo, em 1987. Posteriormente, houve a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em 1989. Tal movimento social centrava-se no movimento sanitário brasileiro, que visava uma forma de cuidado no território, contando com os CAPS como ordenador desse cuidado.

O contexto político onde se deu o movimento da luta antimanicomial foi marcado por importantes lutas sociais, tanto no período da ditadura militar (1978-1984), como no período de 1990, com a redemocratização, promovendo leis e políticas sociais como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estatuto da criança e do adolescente (ECA), por exemplo (VASCONCELOS, 2012).

Entretanto, com a política neoliberal², que veio se desenvolvendo desde a década de 90 e esteve presente, também, nos governos Lula e Dilma, mas se potencializou no governo Temer, houve acirramento da precarização das relações trabalhistas, com terceirização dos vínculos e ameaças de desmonte do SUS, como os retrocessos nas políticas de saúde mental. Pode-se evidenciar esses retrocessos a partir da Nota Técnica nº 11/2019, do Ministério da Saúde, que promove mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, que contrariam os princípios da Lei da

¹ Portaria SAS/MS nº 224/92.

² O Neoliberalismo é uma doutrina socioeconômica baseada nos ideais do liberalismo clássico, que visa uma intervenção mínima do Estado na economia. Os neoliberais combatem a política do Estado de Bem-Estar social, que é a base para uma democracia social, com máxima intervenção do Estado na economia, garantindo e fortalecendo as leis trabalhistas.

O argumento que sustenta o neoliberalismo é o de que o “Estado forte” é oneroso e limita as ações comerciais, prejudicando aquilo que chamam de “liberdade econômica; outra premissa básica do neoliberalismo é o desaparecimento do Estado, por meio das privatizações, sendo apenas sua função garantir a infraestrutura básica para o bom funcionamento e escoamento da produção de mercadorias, bem como a intervenção na economia em tempos de eventuais crises. (PENA, s/d)

Reforma Psiquiátrica brasileira e demonstram o risco da restituição do modelo manicomial (IDEM, 2012).

A Abrasme (Associação Brasileira de Saúde Mental), em uma nota crítica, destacou as principais mudanças que representam esse retrocesso, pois as expostas já fizeram parte do tratamento psiquiátrico hegemônico no passado que foi deixado de lado com a reforma psiquiátrica. Algumas delas são:

O maior financiamento de comunidades terapêuticas (CTS), que já foram incluídas na Rede de atenção psicossocial (RAPS), a partir de 2011, e o retorno dos hospitais psiquiátricos. Eles irão receber incentivos financeiros, como aumento do valor das diárias hospitalares e contratação de 12 mil leitos em CTs.

O retorno da eletroconvulsoterapia (ECT) não como estratégia de exceção, mas sim como investimento público inicial refletido no orçamento a partir da compra de novos aparelhos.

E a abstinência volta como estratégia única de tratamento para pacientes com uso abusivo de substâncias, retirando a estratégia de redução de danos, que prioriza o olhar sobre o paciente e suas necessidades na complexidade de sua existência.

A partir do exposto, faz-se necessário analisar a participação do movimento da luta antimanicomial, na atualidade, visto a sua importância para a manutenção e o desenvolvimento das políticas de Saúde Mental e do movimento da Reforma psiquiátrica brasileira, no que tange à desinstitucionalização de práticas e saberes, no sentido do desmonte do manicômio e da cultura manicomial.

Desenvolvemos o presente trabalho, abordando os seguintes temas: a história do movimento da reforma psiquiátrica brasileira e sua interface com os movimentos internacionais que questionavam o modelo apresentado pela Psiquiatria, na época, como os movimentos da antipsiquiatria, da Psiquiatria de Setor, da Psiquiatria Comunitária e da Psicoterapia Institucional, assim como da Reforma Psiquiátrica italiana. Também será exposto o surgimento dos dispositivos substitutivos ao modelo manicomial e sua relação com o movimento da luta antimanicomial no Brasil, com ênfase na história do movimento no Rio de Janeiro e as relações entre o movimento da luta antimanicomial e os demais movimentos de Saúde no Brasil, para a sustentação de uma política nacional de Saúde Mental.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Identificar a importância do movimento da luta antimanicomial para o fortalecimento da política de Saúde Mental no Brasil.

2.2 Objetivo Específico

Identificar e analisar os retrocessos ocorridos na política de saúde mental, no que se refere ao risco ou mesmo ao retorno do modelo manicomial em sua relação com a participação do movimento da luta antimanicomial nos espaços de construção das políticas públicas.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho baseia-se em Pesquisa qualitativa, com revisão bibliográfica sobre o tema do movimento da luta antimanicomial. Para tal, basearemos-nos nas dimensões propostas por Amarante (2001) para analisar o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, quais sejam: epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política, cultural e estratégica. Daremos ênfase às dimensões jurídico-política, cultural e estratégica.

De acordo com Amarante (2001 apud RAMÔA, 2005), o processo da Reforma Psiquiátrica é considerado um processo complexo e é abordado, por ele, a partir de quatro dimensões: dimensão epistemológica ou teórico-conceitual; dimensão técnico-assistencial; dimensão jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual se sustenta prioritariamente por dois conceitos: o da desinstitucionalização e o de doença, que ao ser posta entre parênteses, possibilita ver a existência do sujeito, antes invisibilizada e reduzida aos sintomas da doença abstrata; este último pode gerar mudança de/nos serviços, dispositivos e espaços, além de alterar as práticas jurídicas.

A dimensão técnico-assistencial aborda o cuidado em saúde mental.

A dimensão jurídico-político ocupa-se de produzir mudanças em questões de cidadania, direitos humanos e sociais.

Por último, a dimensão sociocultural, também chamada de dimensão estratégica, pretende construir estratégias que modifiquem a visão da loucura no imaginário social. Daremos ênfase às dimensões jurídico-política, cultural e estratégica.

Com o objetivo de identificar e analisar os retrocessos ocorridos na política de saúde mental, no Brasil, desenvolvemos uma pesquisa documental (CELLARD,2010) sobre os normativos publicados durante o período de 2010 a 2020, pois ocorreram mudanças significativas, nesse período, referentes a rede de atenção psicossocial (dimensão técnico-assistencial e jurídico-política).

A pesquisa documental é um procedimento metodológico no qual há recolhimento e análise de documentos de fontes primárias sólidas, com a finalidade de acrescentar a dimensão de tempo para compreender o social (contexto histórico e social) de um documento sólido com credibilidade e que seja representativo em relação as informações transmitidas sobre seu contexto. Foi realizada uma análise preliminar para a escolha dos documentos que seriam

utilizados, a partir de alguns pontos, como conhecer a conjuntura política, econômica, social, cultural, na qual ocorreu a produção do documento determinado. (CELLARD, 2010 apud TEIXEIRA, RAMÔA, ENGSTROM e RIBEIRO, 2017)

4 CAPÍTULO 1: A HISTÓRIA DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Ao final da Segunda Guerra Mundial, na Europa, surgiram muitas propostas com o intuito de transformação da assistência psiquiátrica. Na Inglaterra surge a Comunidade Terapêutica e o movimento das Psicoterapias de Grupo, na França o movimento de Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, as Psiquiatrias Comunitária ou Preventiva nos EUA e na Itália o Movimento de Desinstitucionalização. Os modelos criados na Inglaterra, França e Estados Unidos trouxeram avanços ao questionar o modo como assistiam-se às pessoas em sofrimento mental além da desumanidade do tratamento nos hospitais psiquiátricos (KODA, 2002, p. 36). Contudo, não chegaram a questionar o papel da psiquiatria como instrumento de controle social, “exceção feita à antipsiquiatria inglesa, que vai dar início a tal questionamento e futuramente influenciar o pensamento basagliano” (CASTEL, R, 1987 apud KODA, 2002, p. 36). Tais propostas de transformação psiquiátrica estão inseridas em contextos sócio-históricos marcados por jogos de interesse, relações entre saberes, poderes, práticas e subjetividades (AMARANTE, 1998, p.45).

Birman e Costa (1994 apud AMARANTE,1998) propõem a seguinte ordenação dessas psiquiatrias reformadas:

A psicoterapia institucional e as Comunidades Terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar; a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, representando um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar; por fim, a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados. (AMARANTE,1998)

Como afirma Amarante (2013), a necessidade de superar o modelo psiquiátrico levou ao surgimento dessas iniciativas de inovação do campo, porém tais iniciativas se reduziram a simples reestruturações dos serviços de assistência. Mas devido ao caráter de maior questionamento da Antipsiquiatria e o Movimento de Desinstitucionalização Italiano, como já dito nos parágrafos anteriores, é preciso trazer um destaque maior a essas psiquiatrias reformadas³.

³ “Expressão proposta por Franco Rotelli (1990: 17-59), para mapear os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade” (AMARANTE, 1998, p.27)

A Antipsiquiatria inglesa surge, na década de 60, sendo o movimento que estabelece a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, ao desconsiderar a loucura (sendo o discurso em torno da esquizofrenia) uma doença, retirando-a de objeto dentro de parâmetros científicos. Com isso, surge um novo projeto de comunidade terapêutica como um lugar onde o saber psiquiátrico é utilizado em outra perspectiva (AMARANTE, 1998).

A experiência italiana tem sua crítica ao paradigma psiquiátrico clássico, posta em ação a partir da década de 60, no manicômio de Gorizia, por um trabalho desenvolvido por Franco Basaglia. Tal experiência possibilita perceber que o modelo de comunidade terapêutica, que defendia as relações horizontais entre pacientes e profissionais e era contrário a segregação criada pelo hospital psiquiátrico com a pretensão de criar um ambiente terapêutico propício para a recuperação dos sujeitos, conservava a lógica do paradigma do hospital psiquiátrico, loucura como objeto de intervenção e controle social no dispositivo psiquiátrico (BASAGLIA, 2006 apud RAMÔA; TEIXEIRA; BELMONTE, 2019).

“A gestão comunitária que procurava apenas humanizar o manicômio não colocava em discussão as relações de tutela e custódia e nem questionava o fundamento de periculosidade social contido no saber psiquiátrico” (BARROS, 1994:59 apud AMARANTE, 1998).

Após um tempo, Franco Basaglia começa um processo de transformação da assistência psiquiátrica em Trieste, com superação do modelo de humanização do manicômio, vendo a comunidade e as relações que ela estabelece com o considerado louco, uma maneira de desconstruir o dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade criado pelo saber médico e consumido pelo imaginário social⁴. Para haver a reinvenção das práticas era preciso ter o confronto com a comunidade e a maneira com a qual os técnicos lidavam com a loucura, com a solidariedade e a produção da diferença plural. Experiências como a de Gorizia e Trieste contribuíam para uma reformulação da política de assistência psiquiátrica italiana com base nas reformulações teóricas e práticas de Franco Basaglia, e justamente por ser o grande influenciador dessa reforma, quando publicada, a lei 180, que regia essas políticas, chamou-se Lei Franco Basaglia. (AMARANTE, 1998).

⁴ Imaginário Social: Conceito do filósofo político grego Cornelius Castoriadis (1922- 1997). Aqui utilizado no sentido de imaginário social instituído.

A reforma Psiquiátrica é caracterizada por Amarante (1998a) como processo histórico de transformação do modo asilar⁵ por meio do questionamento crítico e da elaboração de propostas que não sustentem o modo asilar. O início desse processo, no Brasil, se dá na década de 70, com a constituição do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, formado principalmente pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que era expresso em diversas outras organizações: os Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro de Estudos de Saúde (CEBES), as Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, o Movimento de Renovação Médica (REME), a Rede de Alternativas à Psiquiatria. Outros atores relevantes nas discussões desse período são a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), as indústrias farmacêuticas, as Universidades e o Estado por meio do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social.

Diante disso, em um campo de luta ideológica, em que um lado há palavra de ordem “por uma sociedade sem manicômios”, vemos o surgimento de atores contrários à ideologia da luta antimanicomial, mas como afirma Melo (2005 apud Duarte, 2016, p.60) “grande parte dos processos que almejam transformações práticas, assim como valores sociais, culturais e profissionais, apresentam muitos desafios, tensões e resistências,” entre eles a ABP, FBH, a indústria farmacêutica, que representam o setor privado, segmentos da psiquiatria, além da Associação de Familiares dos Mentais Doentes (AMARANTE, DIAZ, 2012 apud LOUZADA, 2016)

Amarante, no livro “Loucos pela Vida” (1995), apresenta os diferentes atores sociais da reforma psiquiátrica brasileira e ressalta que eles devem ser percebidos “muito mais por suas práticas de construção de olhares diferentes sobre a loucura e não por se enquadrarem em determinado *status quo* ou classe social (AMARANTE, 1998, p.106).” Sendo assim, são eles:

A **Associação Brasileira de Psiquiatria** (ABP), constituída em 1970, a partir do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, tendo como associados profissionais na prática clínica particular, na universidade e na rede privada. Seus objetivos eram científicos e corporativos como as outras associações médicas de diferentes especialidades e a **Associação Médica Brasileira**. Durante o

⁵ O modo ‘asilar’, dentro do setor da saúde, visa o medicamento como meio para a cura. No tratamento, o indivíduo ganha um caráter de doente, assim, justificando o isolamento do meio familiar e social, onde o hospital psiquiátrico é a instituição mais comum desse paradigma, o qual funciona somente pelo modelo de internação (TEIXEIRA, Mirna Barros et al., 2017).

IV Congresso, ocorrido em 1978, chamado de Congresso de Abertura, justamente pela tomada de posição da ABP (por pressão do MTSM) em relação a situação geral do país, combatendo o autoritarismo, como também em relação a renovação psiquiátrica brasileira que começa reivindicando reformulações da política nacional de saúde mental. Porém, no Congresso posterior a esse, em 1980, há um afastamento entre a ABP e MTSM devido a ABP não querer enfrentar segmentos ditos conservadores que eram seus membros e que representavam empresas do ramo da saúde e outros setores que prezavam pelo mais tradicional da psiquiatria.

Setor Privado⁶: De acordo com o autor, tal setor é representado pela Federação Brasileira de Associações de Hospitais, criada em 1966 e ganha o nome atual de Federação Brasileira de Hospitais (FBH) em 1973. Sua criação é contextualizada pelo golpe militar de 1964, período em que há a forte consolidação da privatização da área de assistência médica previdenciária, já que essa área é deixada de lado pelos investimentos do Estado, que começa a incorporar serviços de assistência privados aos previdenciários e que se organiza a partir de três grupos: os proprietários de hospitais e de clínicas credenciadas (ou aguardando credenciamento); os empresários das grandes companhias e os proprietários das grandes empresas de medicina de grupo. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1979, apud AMARANTE, 1998). Com isso, há o surgimento de várias clínicas, com ênfase no subsetor de assistência psiquiátrica, pois eram entendidos pelos empresários como “(...) serviços de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou de pessoal qualificado.”(AMARANTE, 1998, p.111)

Em resumo, durante o período de regime autoritário, a assistência médica privada é vista como meio para obter-se lucros, ignorando e deixando sem solução os problemas de saúde das pessoas. Entretanto, a FBH começa a ter seu domínio ameaçado no início dos anos 80. Isso acontece devido ao processo de redemocratização, o qual torna possível o crescimento de movimentos sociais e populares como a CEBES, REME e MTSM, junto também de alguns setores de universidades, os quais criticam e denunciam essa privatização de assistência médica e outros pontos do sistema de saúde estabelecido.

Outra razão que ameaça o domínio da FBH é o controle que o Estado impõe sobre o setor privado ao passar por problemas financeiros devido ao modelo previdenciário de privatização, e assim aumentam as propostas de que o Estado tivesse maior utilização de sua própria rede, exemplo

⁶ Amarante (1998) refere-se ao setor privado como Federação Brasileira de Hospitais (FBH), pois de acordo com ele, dentro desse setor estará em destaque a mesma, ainda que seja uma entidade de prestadores privados de saúde em seu modo mais geral, era constituída, em sua maioria, por investidores de hospitais psiquiátricos privados.

disso é a implementação do plano de cogestão Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social.

O último ponto abordado por Amarante (1995), seria um surgimento de novas formas de empresariado no ramo da saúde dos filiados a FBH (medicina de grupo e seguros de saúde) que não aceitavam cobrir grupos de danos mais crônicos e/ou degenerativos, investindo em áreas mais lucrativas e menos problemáticas. Assim a assistência psiquiátrica fica por conta de mais instituições públicas, sendo que era algo exclusivo do setor privado.

A Indústria Farmacêutica: Este ator social traz o embate entre ‘uma política de saúde versus uma política industrial’ devido à questão da política de medicamentos no Brasil. Essa questão se divide em estar inserida em uma política de saúde ou inserida em uma política com aumento de produção e consumo desses medicamentos, contando ou não com uma política de saúde.

Com um papel omissos em relação ao debate de como deveria organizar-se a assistência psiquiátrica, posiciona-se somente em prol de contribuir cientificamente ao assunto sem agir politicamente. Sendo o campo de luta da reforma psiquiátrica, uma política de saúde, torna-se relevante pensar esse papel da Indústria Farmacêutica, que contribui para uma política industrial, que pode gerar uma lógica de forte medicalização, associada a produção de novos males, por parte das novas classificações de doenças geradas pela Psiquiatria e criação de novos produtos farmacológicos. Assim, pode-se afirmar que a Associação Brasileira de Psiquiatria é o braço social da Indústria Farmacêutica por legitimar produtos farmacológicos ao denominar medicamentos como recurso fundamental, podendo ser tido até como único, nos tratamentos das enfermidades mentais.

As associações de usuários e familiares⁷: Deve-se dizer logo de início, que os movimentos dos usuários vêm a ser diferente do movimento dos familiares. Sendo o movimento dos familiares, inicialmente criado nos Estados Unidos e influenciado pelo determinismo biológico, tornava possível o processo de medicalização das doenças. Na Itália, o movimento dos familiares surge como uma reação às consequências da desinstitucionalização, pois assim que surge os familiares a entenderam somente como desospitalização, tornando o cuidado responsabilidade de familiares

⁷ Termo adotado para substituir outros como louco, doente mental ou cliente, que eram considerados restritivos e inadequados a pessoas em sofrimento psíquico e para remeter a usuário do Sistema Único de Saúde (AMARANTE, 1998).

em maior parte devido a desassistência, já que ainda não havia uma rede de cuidado para as pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1998).

O movimento dos usuários se posicionava de modo mais radical e combativo contra as internações compulsórias e contra as práticas violentas da psiquiatria, com base em teorias não biológicas que explicavam as doenças mentais, como a antipsiquiatria (LOUGON; ANDRADE, 1993 apud AMARANTE, 1998).

No Brasil, uma das associações mais importantes foi criada no Rio de Janeiro em 1979, composta inicialmente somente por familiares e passa a ter a participação de usuários e simpatizantes da causa no final dos anos 80. Essa entidade surge como resposta a falta de competência da assistência oferecida pelo setor público e o contratado pelo setor público, recorrendo a soluções construídas com a participação de familiares e usuários. Devido à dificuldade de se organizar, a SOSINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho) se torna um espaço para ajuda mútua entre os associados, exercendo um papel de solidariedade. E no caminho para a I Conferência Nacional de Saúde Mental acaba se determinando novamente como importante no cenário de políticas públicas, pois por muitos anos se distanciou de seu objetivo político de constatar a insuficiência da assistência pública e privada e busca, cabendo somente a função de um grupo de ajuda entre os participantes. Após o Projeto de Lei 3657/89⁸, a SOSINTRA se posiciona como um movimento social importante no campo de saúde mental ao debater e apoiar o projeto, como maneira de demonstrar sua independência de outros movimentos.

Houve a criação de muitas outras associações de usuários e familiares, um novo momento do cenário da saúde mental brasileira, que incluía o usuário como não mais o objeto da intervenção psiquiátrica, e sim, um agente de transformação.

De acordo com Amarante (1992 apud SCARCELLI, 1998), o Movimento Sanitário tinha como um de seus objetivos a democratização ao acesso à saúde, para assim torná-la um direito social, sendo gratuita e de administração estatal. “Embora o movimento pela reforma psiquiátrica tenha parte de suas origens relacionadas ao movimento sanitário, em sua trajetória terá momentos de aproximação com este e outros de afastamento (SCARCELLI, 1998, p.11)”. E assim como o Movimento Sanitário, o Movimento da Reforma Psiquiátrica está mais inserido no contexto da luta mais ampla pela redemocratização nacional e nas lutas contra o regime militar, esse contexto

⁸ Transformado na Lei Ordinária 10216/2001, com modificações.

que o movimento está inserido, pode ser visto a partir da reorganização do movimento sindical, de partidos e demais entidades representativas da sociedade civil, até na luta pela anistia, pela liberdade de imprensa, pelos direitos de cidadania, pelas eleições diretas, dentre outras. Logo a saúde ganha sua importância dentre essas lutas ao denunciar o caráter impopular e autoritário do estado em suas políticas sociais. (KODA, 2002).

Todo esse contexto propicia uma comparação, os “maus tratos nos Hospitais Psiquiátricos são comparados ao tratamento dado pela ditadura militar aos presos políticos” (KODA, 2002, p.1). Assim, o MTSM apresenta várias denúncias sobre a violência que ocorria dentro dos hospitais psiquiátricos e acaba propiciando a criação de projetos de reforma da assistência psiquiátrica pública. (KODA, 2002).

O estopim para a Reforma Psiquiátrica foi a denominada crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de Saúde Mental (Amarante, 1998a). Os profissionais das quatro unidades da DINSAM do Rio de Janeiro entram em greve em abril de 1978, resultando na demissão de 260 trabalhadores, entre eles estagiários e profissionais, devido péssimas condições para se trabalhar efetivamente para a melhora dos pacientes que estavam nesses hospitais psiquiátricos. A situação de descaso, negligência, maus tratos e de desassistência nos hospitais psiquiátricos é levada a público e ganha bastante atenção midiática, como também de outros profissionais e instituições.

“Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade”. (AMARANTE, 1998a, p.52 apud KODA, 2002)

O MTSM determina uma não-institucionalização com o objetivo de evitar as desvantagens da institucionalização, como: a perda da autonomia, a burocratização, o encastelamento (agrupação) das lideranças e a cooptação (nomeação interna dos seus próprios membros, sem dependência de critérios externos) do movimento pelos poderes políticos. Tais decisões estão relacionadas ao Movimento de Desinstitucionalização italiano (KODA,2002).

O MTSM conta também com outra característica, a pluralidade tanto sua composição como em suas áreas de atuação. Já que se caracterizava como uma luta popular, sem o caráter somente de movimento ou entidade, logo visava a participação popular, sendo o primeiro do campo da saúde optar por isso (AMARANTE, 1998 apud KODA, 2002).

Amarante (1998a), divide a trajetória do MTSM em três períodos: **período da trajetória alternativa, período da trajetória sanitarista e período da trajetória da desinstitucionalização**. Utiliza o termo trajetória devido aos encontros e sobreposições que esses períodos podem chegar a ter. (KODA, 2002)

O primeiro período, o chamado de trajetória alternativa, correspondente ao início do movimento, quando ocorre o final do período de milagre econômico e início do processo de redemocratização do país; diz respeito ao período em que há a construção do pensamento crítico, nesse meio, sobre a natureza e a função social da Psiquiatria e sofre influência de autores como Foucault, Goffman, Castel, Basaglia, Szasz, Illich e Bastide. (KODA, 2002)

A luta por uma democracia e por uma organização social mais justa leva o movimento, que buscava a transformação do modelo assistencial de saúde mental, a unir-se à luta de outros setores. Por isso, houve uma vinculação com outras entidades na luta pela democracia, como também com movimentos populares, o que ampliou sua frente combativa para além de profissionais da área. (KODA, 2002)

A trajetória sanitarista tem início na década de 80, quando muitas pessoas pertencentes ao MTSM são incorporadas ao aparelho público no período da troca das lideranças tecno burocráticas pós ditadura. Esse movimento era uma estratégia para que as mudanças fossem abraçadas pelo estado e por conseguinte ter a reforma, com a finalidade de estar em lugares capazes de tomar decisões dentro do aparelho de estado e conseguir transformações nas políticas de saúde. Tal trajetória é encampada pelo governo como forma de cooptação do movimento, já que ao incorporar as críticas à sua agenda tornava suas ações mais legítimas e acalmava as tensões sociais que estavam acontecendo. (KODA, 2002)

Neste momento, o movimento por querer viabilizar suas transformações, acaba optando por se estatizar, no sentido de buscar um lado atuante nos partidos, sindicatos e associações, para atrair visibilidade e para conseguir resistir aos ataques de organizações(FBH, ABP, entre outras), contrárias as propostas políticas do movimento. Esse alinhamento do MTSM ao Estado acaba com ações ditas modernistas ou reformistas do movimento, pois não agiam diretamente nas estruturas das políticas sociais, principalmente no setor da saúde, e acabam por ser superficiais. Assim, obtendo um papel, somente, de apaziguar as tensões sociais, levando legitimidade às ações do Estado. (AMARANTE, 1998a, p.67 apud KODA,2002)

Então, isso torna a trajetória do MTSM distante de seus objetivos iniciais, os quais tinham caráter radical ao reconhecer a determinação social do adoecimento, opor-se à concepção de uma ciência neutra; criticar a medicina quando utilizada como um meio para o controle social e denunciar o papel do técnico como reproduzidor desse contexto. Sendo o MTSM transformado em algo menos crítico, com o pensamento de que o alinhamento da medicina junto com o planejamento e à administração solucionariam os problemas de saúde da sociedade.

Por meio da ascensão de pessoas ligadas ao MTSM em cargos de poder de programas estaduais e municipais de saúde, ocorre um fortalecimento e crescimento do movimento, pois a partir de 1985, há uma série de encontros de coordenadores e de conferências de Saúde Mental.

O início da trajetória da desinstitucionalização e fim da trajetória sanitarista se dá com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), em 1987. A convergência dessas trajetórias resulta em importantes aspectos. Entre eles estão a renovação teórica e política que o MTSM sofre com essa nova trajetória; como a procura por diferentes formas de organização para que se tenha a independência do MTSM com o afastamento do Estado e, por último, a aproximação de entidades formadas por usuários e familiares (AMARANTE, 1998a apud KODA, 2002). O que faz as forças contrárias retornarem em luta contra o MTSM questionando a hegemonia dele nos setores políticos.

Para discutir pautas internas, como o rumo e os caminhos que seriam tomados, o MTSM faz reuniões em paralelo a I CNSM. Já que se esgotava a estratégia de participação nos órgãos públicos além de se ter uma necessidade de haver um fórum independente, onde fosse possível criticar as políticas oficiais bem como refletir sobre as ações e organização do próprio movimento, surgindo então o Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental.

Em seguida, ocorre o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987, em Bauru. O qual ficou marcado como o “Congresso de Bauru”, evento muito importante, que cria o lema que traduz a proposta de uma ruptura tanto política como epistemológica do MTSM: *Por uma sociedade sem Manicômios* e que marca também o nascimento do Movimento da Luta antimanicomial (MLA), que tem a ampliação para a participação de usuários e familiares e articula-se com outros movimentos democráticos populares. Esse evento ficou marcado também por tornar o dia 18 de maio, o dia Nacional de Luta Antimanicomial.

“O Congresso de Bauru representou, ao nosso ver, não apenas o início de uma das trajetórias da reforma psiquiátrica brasileira, mas também um momento de superação do

próprio MTSM, a partir da ampliação de seus princípios e da participação de outros segmentos da sociedade civil, principalmente usuários dos serviços de saúde mental, ex-pacientes psiquiátricos e seus familiares, representantes de diferentes associações que passam a ser criadas principalmente no período que sucede à I Conferência Nacional de Saúde Mental.” (SCARCELLI, 1998, p.23 apud KODA, 2002)

As discussões no Congresso de Bauru desenvolveram-se a partir de três eixos:

1. Por uma sociedade sem manicômios – A uma abertura para que o movimento possa discutir acerca da questão, teóricas e políticas, da loucura para além do âmbito assistencial. Levando a concretização de uma utopia onde é possível ter um campo para a crítica das propostas assistenciais que se apresentavam.

2. “Organização dos trabalhadores de Saúde Mental – a relação com o Estado e com a condição de trabalhadores da rede pública. As questões do corporativismo e interdisciplinaridade, a questão do contingente não universitário, as alianças, táticas e estratégias”.

3. “Análise e reflexão das nossas práticas concretas – uma instância crítica da discussão e avaliação (A quem servimos e de que maneiras). A ruptura com o isolamento que caracteriza essas práticas, contextualizando-as e procurando avançar”. (MTSM apud AMARANTE, 1998a, p.80 apud KODA, 2002).

Tal congresso faz com que o MTSM volte às suas características originais e evolui para um movimento social, ao se constituir para além de trabalhadores de Saúde Mental com um caráter mais teórico e técnico, buscando intervir nas políticas da sociedade. E ao obter esse caráter de movimento social, não se prendendo a corrente teóricas, evita a aquisição de olhares mais subjetivistas ou psicologizantes. Com isso, são retomadas as denúncias referentes à psiquiatrização e institucionalização e é pensado como é restritiva uma estratégia que visa somente à modernização da Psiquiatria e de suas instituições, como na trajetória sanitarista, cujo movimento torna-se menos combativo e enfatiza que a medicina alinhada com um bom planejamento ou uma boa administração seria a solução dos problemas na área da saúde. (KODA, 2002)

O hospital psiquiátrico começa a ser visto como símbolo de uma sociedade de exclusão aos que se apresentam de alguma forma diferente. Radicalmente a desinstitucionalização mais propriamente antimanicomial é tomada e ganha maior valor e importância. Sendo o MTSM bastante influenciado pela tradição basagliana, instaurou uma ressignificação de suas estratégias e princípios.

“A estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos pré-estabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades (...) A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos das saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas.” (AMARANTE, 1998a, p.94 apud KODA, 2002)

Os meios exclusivamente técnicos e administrativos passam a não ser a solução para os problemas da assistência psiquiátrica. Questões de diversos âmbitos (teórico, político, cultural, social) da sociedade são postos para discussão, porém a questão da cidadania é que ganha mais foco pelo movimento. De acordo com Amarante (1998a apud KODA, 2002), o conceito de cidadania seria a palavra-chave quando se refere às questões anteriores, junto com o estatuto de alienação mental, o louco não é pertencente ao mundo da cidadania e é desprovido de direitos.

Dentro dessa trajetória surge o projeto de lei nº 3657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado. Em sua tese, Silvia Louzada (2016) informa que o projeto de Lei nº 3657/1989 continha três pontos fundamentais em seus artigos: 1º) a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e da contratação ou financiamento, pelo setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico; 2º) As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial; 3º) A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver (BRASIL, 1989, p.10.696 apud Louzada, 2016).Tendo, assim, outras experiências inovadoras semelhantes apresentados em diversos estados do Brasil que seguissem para a criação de um modelo realmente substitutivo ao modelo manicomial hospitalocêntrico. (SCARCELLI,1998)

Esses novos projetos puderam contar com o enriquecimento de ideias vindas de iniciativas internacionais. Entre elas a proclamação da “Declaração de Caracas”, onde apontou-se a revisão do papel do hospital psiquiátrico como hegemônico e centro do tratamento, revendo também a inserção de propostas de saúde mental na saúde geral, em 1990 pela OPAS/OMS (Organização

Pan Americana e Mundial de Saúde) e “Os Princípios para Proteção dos Portadores de Transtornos Mentais e Melhoria da Assistência em Saúde Mental” em 1991 pela ONU (Organização das Nações Unidas). (KODA, 2002 e SCARCELLI,1998)

(CALICCHIO, 2007, p.15). A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, para além da reformulação do SUS que impactou na política de saúde do Brasil, pois trazia uma nova noção de saúde: como sinônimo de qualidade de vida a partir de um conjunto de condições coletivas a existência e como direito a todos e dever do Estado e demonstrou as vantagens de descentralização e redistribuição do poder e da democratização dos serviços (SCARCELLI,1998). Como explicitado por Louzada, em sua tese, as tais vantagens, em 1988, aprovadas na Constituição Federal, garantindo os seguintes princípios e diretrizes: a) universalidade no acesso; b) descentralização com direção única em cada esfera de governo; c) atendimento integral; d) participação da comunidade (controle social; e) rede hierarquizada e regionalizada dos serviços (BRASIL, 1988)

No Brasil a experiência implantação de práticas de atenção em saúde mental, foi tardia em relação aos países europeus e Estados Unidos, onde processos de reforma psiquiátrica vinham se consolidando desde o final da Segunda Guerra Mundial, tendo essas outras reformas psiquiátricas contribuído para a experiência do Brasil. (SCARCELLI,1998)

Um desses projetos, é o que conduz ao surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo em 1987. Um novo equipamento de saúde mental, que pretendia integrar ações ambulatoriais e oficinas de trabalho com a estrutura de hospital-dia (SCARCELLI, 1998). Rompendo com práticas antigas e apresentava uma reflexão diferente sobre a loucura e de atenção aos portadores de transtornos mentais, que trazia aos serviços públicos brasileiros um olhar para o considerado doente e não só para a doença (GOLDBERG, J. Op cit., 1994, p.21. apud SCARCELLI,1998) Porém esse novo serviço inovador, sozinho, não poderia trazer muitas mudanças a realidade complexa e da situação geral dos pacientes psiquiátricos do município de São Paulo, já que não trouxe mudanças na política de internação.

De acordo com Campos (1997 apud SCARCELLI, 1998, p.43), o CAPS como modelo de atenção seria um intermediário entre os âmbitos técnico e político, o qual seria entendido como:

“tradução para um Projeto de Atenção à Saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura

epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável... Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco tecnologia. Um Fenômeno cambiante que deve combinar categorias histórico sociais com outras cristalizadas em disciplinas supostamente construídas a partir de paradigmas epidemiológicos, clínicos e, no caso da saúde mental, do campo psi.”

A um paradoxo quando se olha a implantação de um sistema de saúde e dentro dele, a superação do modelo manicomial (CAMPOS, 1992, p.32 apud SCARCELLI, 1998). Já que a crise de financiamento do sistema de saúde tem retirado, parcialmente, de uso diversos leitos hospitalares em todas as especialidades, mas dado oportunidade para a criação lenta de alternativas assistenciais em várias frentes.

Bem como Campos (1992, p.17 apud SCARCELLI, 1998) continua a falar, um desses problemas seria as disciplinas que ordenam os profissionais no campo da saúde mental, e os fariam ter que seguir regras e procedimentos complexos e que dificultam ações mais eficientes em uma realidade de sistemas públicos.

A burocratização dos serviços do sistema no campo de saúde mental, devido a transposição das diretrizes do sistema único de saúde como as noções de hierarquização e regionalização dos serviços e práticas, para o campo da saúde mental.

Para Scarcelli (1998) a experiência do modelo de atenção em saúde mental paulista venho com resoluções para esses problemas paradoxos, dentre eles a integração das ações de saúde mental à atenção integral à saúde geral.

“A administração municipal entre os anos de 1989-1992 buscou fortalecer uma forma de governar a partir da inclusão de novos atores sociais ao processo de gestão, os quais eram identificados com a população excluída e segregada da cidade (SCARCELLI, 1998, p.54).”

De acordo com Scarcelli (1998), essa inserção de novos atores sociais se deu por meio uma política de descentralização, contando com a criação de administrações regionais e distritos de saúde. Além do estímulo à participação popular em diferentes níveis de atuação através do: Conselho Municipal de Saúde e de Comissões Gestoras de níveis regionais, distritais e locais.

Nesse momento, também temos a participação de usuários e familiares no movimento por meio de associações como a Sociedade de Serviços Gerais para Integração do Trabalho (SOSINTRA), criada em 1979, é a primeira a ser composta de pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares. Com isso aumenta-se o debate público sobre a loucura, a doença mental, a Psiquiatria e as instituições a ela associadas.

Em 1989, há a ascensão de governos democráticos populares nas cidades de importantes como São Paulo, Santos, Campinas, Santo André, São Bernardo do Campo, Diadema, Ribeirão Preto, entre outras pelo país. A implementação de propostas antimanicomiais nas políticas para o setor da Saúde Mental do mesmo jeito que muitos militantes são colocados no aparelho público dando impulsionando experiências de construção de redes de serviços substitutivos ao manicômio.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorre em 1992 e é organizada por representantes de diversos setores sociais (usuários, familiares, trabalhadores, governo, prestadores de serviços e instituições formadoras) em uma participação paritária dos representantes de cada setor social. Nessa conferência o MLA tem motivos para comemoração, que decorrido somente 5 anos do congresso de Bauru, onde surge uma nova perspectiva ética, teórica e técnica de convivência da sociedade com seus loucos, ocorreu muitos avanços como: a construção um amplo leque de relações político-culturais; a conquista de aliados, e as novas práticas e serviços feitos e a publicação e divulgação disso. (MLA apud SCARCELLI, 1998, p.27 apud KODA,2002)

Tal fase é denominada como uma metamorfose por Castel. Ou seja, há a transformação de diversos elementos do sistema, no qual expressa-se na mudança de para outro tipo de política. Não podendo ser vista com uma simples mudança dentro do dispositivo médico, mas sim um fruto dado pela renegociação global das divisões de poder com as outras instâncias interessadas numa política de controle: a justiça, a administração central, as comunidades locais, a escola, as famílias etc. (CASTEL, 1991, p.13 apud KODA, 2002)

Era necessário romper com o mandato social da Psiquiatria, o qual era instaurado a muito tempo com diferentes formas de se expressar, por exemplo, tratamento moral, teoria da degenerescência, higiene mental, preventivismo.

Pelos fundamentos do MLA, o termo manicomial está para além do hospital psiquiátrico, incluindo o funcionamento social que sustenta essa instituição tal como as relações de exclusão e de estigma que são produzidas. Por esse funcionamento se colocar a dispor do sistema capitalista de produção e sua exploração, acaba ocasionando marginalizados, sendo os manicômios e prisões, dispositivos para controle desse sistema. Desse modo, recaindo a crítica sobre a cultura manicomial que está presente em outras instituições: escolas, fábricas, presídios.

O antagonismo do movimento está relacionado às alterações nos mecanismos e na mudança do sentido da produção (capitalista). Através da defesa da liberdade e igualdade, lutam contra a dominação em todos os âmbitos da sociedade. Assim, produzir torna-se relacionado a criação de informações, de sentidos e de relações sociais. Levando em consideração todo o contexto, que é manipulado por aparatos de controle e de manipulação. Assim atingindo as identidades dos sujeitos e criando questões de reapropriação do direito de ser eles mesmos (LÜCHMANN L.H.H E RODRIGUES J, 2007).

"Dentre as diferentes práticas e mecanismos de exclusão [...] sobressai-se, em seus múltiplos aspectos, a realidade do louco e da loucura. [...] A loucura carrega um conjunto de práticas, concepções e saberes que [...] faz desligar, de forma explicitamente violenta, os diferentes laços de construção e pertencimento humanos. Legitimado pelo saber [...] "subtrai a totalidade subjetiva" [...] uma leitura produtora da redução, exclusão e morte social." (LÜCHMANN, L.H.H E RODRIGUES J, 2007, p.402)

O manicômio é a forma plena como reflexo desse controle e dessa exclusão e violência. É considerado lugar que protege os loucos deles mesmos bem como da sociedade da loucura. Retirando a culpa da sociedade da relação de marginalização. Romper com o sistema de manicômio é mais que o fim do hospital psiquiátrico. É tomar um olhar para as concepções acerca desse fenômeno (LÜCHMANN L.H.H E RODRIGUES J, 2007).

Em documentos políticos que dispõe as diretrizes para a implementação do modelo substitutivo de atenção à Saúde Mental no município de São Paulo, podem ser encontradas as críticas do discurso antimanicomial ao manicomial (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1989 apud KODA,2002, p.37):

“Entende-se como Cultura Manicomial um conjunto complexo de representações e comportamentos coletivos sobre as relações entre os indivíduos, destes com as instituições, sobre a loucura, sua determinação e o modo de proceder da sociedade/instituições com a loucura. Tal cultura tem sua historicidade condicionada pela hegemonia do saber médico conservador, pela implantação de mecanismos de controle social, pela criação de um grande número de hospitais psiquiátricos inicialmente ‘modelares’, pela expansão abrupta de asilos particulares custeados pelo poder público, pela ausência quase absoluta de alternativas extra-hospitalares, por uma legislação psiquiátrica discriminadora e repressiva que inviabiliza o doente mental como cidadão ao considerá-lo perigoso e incapaz; e finalmente, pelo uso sistemático que a população marginalizada faz dos serviços de saúde como solução à miséria, à fome e à

ausência de políticas sociais de apoio.” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1989 apud KODA, 2002, P.37)

Como ponderado por Giovanella e Amarante (1998 apud KODA, 2002), o aparelho manicomial é algo que promove a intolerância, mas também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais. Para os autores, o manicômio é o local que exerce saberes e práticas que definem direitos e deveres diferentes, já que se baseia em preconceitos, e em poderes e saberes de dominação. Um saber que constrói uma hierarquia entre razão e desrazão, que define lugares sociais diversos para os sujeitos, de acordo com sua condição de adaptação/desadaptação social ou de normalidade/anormalidade: *é ‘o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto doença.’*” (GIOVANELLA E AMARANTE, 1998, p.141 apud KODA, 2002)

O MLA parte de buscar novos modos de convivência com a loucura que conte com meios desinstitucionalizantes, que rompa com a exclusão instaurada na história da psiquiatria, visando a noção de ciência neutra e sendo o profissional de saúde mental o propaga essa ordenação. Sendo o projeto antimanicomial um processo complexo, se encaixa dentro de quatro campos fundamentais, inter-relacionados e complementares (AMARANTE, 1999 apud KODA, 2002):

1. Campo teórico-conceitual: Reformulação a partir da reflexão crítica dos conceitos básicos da psiquiatria e psicologia, os quais definem seus objetos e suas práticas.

2. Campo técnico-assistencial: Alinhado a reformulação primeiro campo conceitual, conta com a construção de uma nova rede de novos serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades que sejam efetivamente substitutivos ao modelo manicomial.

Deixando de lado a doença para pensar nos sujeitos, ressignificando o tratamento e as instituições de cuidado para além de medicamentos e terapias, pensando em ocupar o tempo do sujeito de outras formas. *“Em outras palavras trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos.”* (AMARANTE, 1999, p.50 apud KODA, 2002)

3. Campo jurídico-político: Conta com a revisão das legislações civil, penal e sanitária em relação ao trato e lugar dado às pessoas em sofrimento mental para que elas possam exercer seus direitos à cidadania, à trabalho e à integração social.

4. Campo sociocultural: Deseja-se uma transformação do imaginário social relacionado à loucura/doença mental visando uma sociedade mais fraterna e solidária.

Assim, o MLA tem como objetivo construir um novo lugar social para a loucura, a diversidade e a divergência, com seus princípios de inclusão, solidariedade e cidadania.

"Então a loucura se refere a esta experiência humana de estar no mundo de uma forma diversa daquela que o homem, considera como normal. E o louco é o sujeito destas vivências e destas experiências." (Depoimento pessoal. Paulo Amarante, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ apud LÜCHMANN L.H.H E RODRIGUES J, 2007, p.402)

Desse modo, a experiência da loucura se direcionar para ter um lugar no espaço da cultura (LOBOSQUE, 2001 apud KODA, 2002), inserindo-se na sociedade e através de interferências conseguir com que o movimento se relacione com os elementos (políticos, culturais, clínicos etc.) fundamentados por uma discussão ética. Por esse ângulo, o MLA se direciona para a utopia de uma *sociedade sem manicômios*, rejeitando valores neoliberais, que desprezam do bem-estar dos sujeitos e torna mais importante a economia e o acúmulo de capital. (FERNANDES, SCARCELLI E COSTA, 1999 apud KODA, 2002).

De acordo com que já foi falado, o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, é múltiplo e plural. E se faz diferente pela adoção da noção de desinstitucionalização à reforma (AMARANTE, 1998b apud KODA, 2002)

A noção de desinstitucionalização surge nos EUA compreendendo-se como o mesmo conceito de desospitalização devido à função do Plano de Saúde Mental do governo Kennedy (KODA, 2002).

“Essa formulação da desinstitucionalização, nascida dos projetos de Psiquiatria preventiva e comunitária, opera uma crítica ao sistema psiquiátrico, por ser centrado na assistência hospitalar, mas não faz o mesmo com a natureza do saber que o autoriza. Em resumo, inspira-se no paradigma psiquiátrico tradicional, assumindo a validade de seus princípios, e partindo do pressuposto de que a reforma implica a correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, ou seu simples rearranjo e condução administrativa. A causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na Psiquiatria, mas na má aplicação desta.” (AMARANTE, 1998b, p.16 apud KODA, 2002)

Desse modo não questionará as bases da assistência psiquiátrica, se rodear somente questões técnico-administrativas, porém ainda resultando na ampliação do campo de ação da Psiquiatria. (KODA, 2002)

Surgem então, opositores a esse tipo de desinstitucionalização, pensando que se não tivesse substituição aos serviços hospitalares que eram oferecidos anteriormente, significaria um abandono aos doentes. (KODA,2002)

Nesse momento, uma terceira vertente, a qual se destaca o trabalho basagliano, indo contra as concepções anteriores, tem a desinstitucionalização como a desconstrução. Criticando o conhecimento que forma a psiquiatria, junto a ideia de cidadania, questiona o conceito de doença mental que impõe limitações aos direitos dos cidadãos.” (AMARANTE, 1998b, p.20 apud KODA, 2002).

O período durante o término da ditadura militar e da redemocratização do Brasil é considerado como a fase mais combativa dos movimentos sociais, que garantiu avanços na constituição de 1988, no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Estatuto da criança e do Adolescente (ECA) (VASCONCELOS, 2012). Também surgem as primeiras manifestações no setor de saúde e de saúde mental. Em 1976, o Centro brasileiro de estudos de saúde (CEBES) e o Movimento de renovação médica (REME) baseados nos seus princípios, agiam como espaço para discussão sobre a área. (LÜCHMANN E RODRIGUES, 2007)

No campo da assistência em saúde mental, surge o primeiro movimento, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e se constitui como o ator social mais importante no processo da reforma psiquiátrica. Influencia políticas públicas para além do setor da saúde, como por exemplo, trabalho, seguridade social e direitos humanos (AMARANTE E NUNES, 2018). Este movimento tinha como objetivo denunciar atividades de tortura, fraudes e corrupção dentro do sistema nacional de assistência psiquiátrica. (LÜCHMANN E RODRIGUES, 2007)

O início do processo da reforma psiquiátrica acontece em 1978, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), após o episódio conhecido como “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), no qual os profissionais das quatro unidades da DINSAM do Rio de Janeiro denunciaram as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos. Foi realizada uma greve, que resultou na demissão de vários trabalhadores e ganhou grande repercussão midiática durante oito meses (AMARANTE, 1995, p.51-52). Ganhou visibilidade com a ocupação de seus participantes no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria e com a vinda de convidados importantes, como Franco Basaglia, Robert Castel e Felix Guattari para o I Simpósio do Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições (IBRAPSI). O MTSM foi o primeiro sujeito coletivo com o intuito de reformulação da assistência psiquiátrica (AMARANTE E NUNES, 2018).

A aproximação do MTSM com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), proporcionou a organização de comissões de saúde mental em alguns dos estados onde o CEBES estava presente. O relatório da comissão do Rio de Janeiro foi apresentado no I Simpósio de Políticas de Saúde na Câmara dos Deputados, no mesmo dia em que foi apresentado o documento “*A questão democrática na área da saúde*” com a proposta do SUS. (AMARANTE E NUNES, 2018)

Em 1979 ocorreu o I Congresso Nacional De Saúde Mental, em São Paulo, feito pelo MTSM com o intuito de demonstrar iniciativa no campo das políticas públicas em saúde mental. Outro evento marcou o ano. O I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo tema desenvolvido durante o congresso foi de que a luta pela transformação do sistema de assistência em saúde estava ligada à luta dos outros setores sociais pela busca da democracia plena, organização da sociedade com o fortalecimento de sindicatos e associações e movimentos sociais. O relatório final teve a aprovação de propostas pela liberdade de organização de trabalhadores e estudantes, pela anistia, geral e restrita, e principalmente, repudiavam a utilização das instituições psiquiátricas como objeto de repressão. Assim como repudiaram o uso dos hospitais psiquiátricos como reduto dos marginalizados da sociedade, que era uma prática dominante no sistema de assistência da época e que necessitava de transformação. (AMARANTE,1995, p.55)

Neste mesmo ano, 1979, também houve a aproximação com a Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), demonstrando a ampliação das conexões com o campo mais geral da saúde. (AMARANTE; NUNES, 2018)

No início dos anos 80, devido às mudanças políticas, surgiram propostas de reformulação da assistência médica na previdência social, que se encontrava em crise, levando a propostas de modificação não só nesse setor, mas em todo o campo da saúde. Vários dos participantes do MTSM participaram desse processo de reformulação, dentre essas tentativas de mudanças, ocorreu em 1986, a 8ª conferência nacional de saúde, marcada por revolucionar a participação social na elaboração de políticas públicas.

Devido ao fato de a 8ª conferência nacional de saúde ser mais geral, foi necessário convocar conferências específicas, dentre as quais a de saúde mental. Esta foi decisiva para a atuação do MTSM, pois o setor de saúde mental do Ministério da Saúde era contrário às ideias de reformas e à participação popular para construção de políticas públicas. Então, conferências

estaduais e municipais são realizadas sem o apoio e consentimento da DINSAM (que dirigida por setores universitários contrários ao projeto do MTSM, junto com a Associação Brasileira de Psiquiatria com forte tendência tradicionalista e interesse das indústrias farmacêuticas, buscavam a ocupar a liderança na elaboração de políticas de saúde mental no Brasil, que vinha sendo ocupado pelo MTSM). Com o encaminhamento para uma conferência nacional. Mas antes que ela pudesse ser organizada, pelo MTSM, a DINSAM, com o intuito de não demonstrar a poderosa hegemonia do MTSM, promove a I Conferência Nacional de Saúde Mental no RJ entre 25 e 28 de junho de 1987. Entretanto a conferência foi conduzida pelos participantes do MTSM, tendo seu relatório final princípios progressistas tanto para a saúde em geral quanto para a saúde mental. (AMARANTE,1995, p.70)

Em dezembro de 1987 acontece o II Encontro do MTSM/ II Congresso Nacional de Saúde Mental (CNSM), conhecido como Congresso de Bauru. É nesse momento que o MTSM se transforma no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), com a ampliação para a participação de usuários, familiares e ativistas dos direitos humanos, tornando-se um movimento social amplo. Aderiram ao lema “por uma sociedade sem manicômios”, o que revela uma busca não somente por melhorias, mas também pelas mudanças nas políticas e práticas psiquiátricas, não só em relação à discriminação e exclusão dos usuários, devido aos manicômios, mas pela extinção das instituições e concepções manicomiais.

O congresso tem como fruto o *Manifesto de Bauru*. Esse momento marca uma nova fase para o movimento, que conta com a união de profissionais da saúde mental com a sociedade para “o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento” (LÜCHMANN E RODRIGUES, 2007, pag. 403)

Com a nova fase no movimento, baseada no fortalecimento do pensamento crítico contra a institucionalização da loucura, implantada pelos I e II CNSM, houve modificação no modelo assistencial. Em São Paulo, foi implantado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1986. O CAPS oferece serviços substitutivos ao modelo asilar de internação e medicalização predominante naquele período. (AMARANTE,1995, p.82)

Com a incorporação dos fundamentos no SUS, na constituição de 1988, os municípios ganharam mais autonomia. Tendo a aceleração desse processo, houve intervenções nos hospitais psiquiátricos, violadores dos direitos humanos, que levaram a extinção de alguns manicômios. Assim, criaram NAPS (Núcleos de Assistência Psicossocial), uma rede substitutiva distribuída

pelo território, para ter proximidade ao ambiente em que o usuário vive, para o oferecimento de serviços intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar e para abranger outras necessidades de vida.

Assim, ao substituir inteiramente a internação há a desmontagem e a reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali deixados no Hospital Psiquiátrico. E nesta perspectiva ao ampliar as estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais, que assistiram aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos se cria um crivo contra próximas hospitalizações, rompendo com o modelo de revolving door. (ROTELLI et al, 1990)

Em pouco tempo a rede de dispositivos substitutivos ganharam visibilidade, sendo regularizados pela portaria 189 de 1991. Assim, as siglas dos dispositivos NAPS/CAPS foram incorporados no SUS pela portaria 224 em 1992.

Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. (PORTARIA 224, BRASIL, 1992, p.2)

Ainda durante o II encontro do MTSM, ocorrido em 1987, foi estabelecido o dia 18 de maio, como Dia Nacional da Luta Antimanicomial para despertar o pensamento crítico sobre a violência institucional da psiquiatria e a adoção do termo *Mentaleiros* por conta do ‘barulho’ causado por esses atores sociais (AMARANTE E NUNES, 2018)

Com a eficácia das redes substitutivas ao modelo manicomial, no campo jurídico-político, foi apresentado o projeto de lei N°3657/89, que possibilitou um substitutivo que mudasse as políticas no campo, que regulamentava os direitos dos doentes em relação ao tratamento e visava à extinção progressiva dos manicômios com a substituição por “recursos não manicomiais de atendimento” (AMARANTE, 1995, p.84). Tomou o interesse nacional com os temas loucura, assistência psiquiátrica e manicômios.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu cinco anos após a primeira, durante o governo de Fernando Collor, realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, como resultado de longo processo democrático, e teve alguns eventos marcantes para sua efetivação como VIII Conferência Nacional de Saúde, I Conferência Nacional de Saúde Mental, II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental e a Conferência de Caracas (Brasil/MS, 1992)

A lei 10.216 foi sancionada em 2001, ano que também ocorreu a III Conferência de Saúde Mental, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, ocorrendo dez anos após a segunda, que contribuiu junto com as mobilizações sociais, para a traçar um cenário favorável e próspero no campo da saúde mental no SUS. Já que a lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (AMARANTE E NUNES, 2018)

A Lei 10.216 indica uma direção para a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas que apresentam transtornos mentais; regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros.

A IV Conferência ocorre no segundo mandato do governo Lula, após pressão por parte dos movimentos sociais. Mesmo sendo convocada como conferência intersetorial, não se expandindo para além dos componentes do governo.

Enquanto o projeto de lei 10.216 tramitava, leis estaduais e municipais, com influências da reforma psiquiátrica, foram introduzidas por todo o país. Uma delas foi a constituição dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) (Portarias 106/2000 e 1.220/2000). A construção de uma rede de SRTs foi amplamente favorecida com o advento do Programa de Volta Para Casa (Lei nº 10.708, de 31/07/2003). (AMARANTE E NUNES, 2018)

Em 2002, outro programa foi colocado em prática, a partir da portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), incluindo hospitais públicos e privados, que eram conveniados ao SUS. Vários hospitais foram fechados por oferecer assistência imprópria.

Com a portaria/GM nº336/2002 reorganizou-se a especificidade de atendimentos dos CAPS. Foram delimitados os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e outras drogas). E para garantir o cuidado em saúde mental foi estabelecida a portaria 154/2008, que estipulou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que assegurava o “apoio matricial” às equipes de saúde da família da atenção básica.

Já em 2011, por meio da portaria GM/MS nº3.088/2011, foi criada a RAPS. Seus objetivos são: ampliação da atenção psicossocial para toda a população em diferentes níveis de complexidade; proporcionar o vínculo de pessoas com transtorno mental e com necessidades associadas uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção e garantir

a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

De acordo com Amarante e Nunes (2018), o último informativo da Coordenação nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, *Saúde Mental em Dados*, foi publicado em 2015, que coincide com o início das mudanças políticas que redefiniram as políticas públicas além da concepção de estado provedor e de direitos para a população. Nesse informativo estavam as seguintes informações:

Com a reforma psiquiátrica brasileira houve significativa diminuição dos leitos psiquiátricos de 80 mil em 1970 para 25.988 em 2014. Os CAPS reduziram de 75,24% em 2002 dos gastos com hospitais para 20,61% em 2013, enquanto os gastos com atenção psicossocial passaram de 24,76% para 79,39%.

Em 2014 o Brasil contava com 610 SRTs, com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas e o Programa de Volta Para Casa contabilizava 4.349 beneficiários.

Ainda durante o governo de Dilma Rousseff, vimos uma desconstrução do estado como provedor e de direitos. Isso pode ser percebido pela mudança na Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que foi assumida por um ex-diretor de um hospital psiquiátrico defensor do modelo manicomial (AMARANTE; NUNES, 2018), mas que permaneceu por pouco tempo devido à pressão do movimento da Luta antimanicomial. (FOLHA DE S. PAULO, 09/05/2015)

Em 2015, o Ministério da Saúde começou a ser alvo de negociação política, colocando em jogo os princípios do SUS. Tanto o SUS quanto a Reforma Psiquiátrica (RP) passaram por mudanças radicais e significativos retrocessos. No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores tripartite (CIT) traz de volta o modelo manicomial ao aprovar a resolução nº32 de dezembro de 2017, a qual inclui hospitais psiquiátricos na Rede de atenção psicossocial (RAPS), dando início à desmontagem do processo preparado ao longo dos tempos pela RP brasileira (AMARANTE; NUNES, 2018).

A partir de uma pesquisa documental, tentaremos identificar os retrocessos presentes na legislação ligados ao retorno do modelo manicomial e a desconstrução da política nacional de saúde mental.

5 CAPÍTULO II: UMA PAUSA NO PROGRESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O processo do movimento pela reforma psiquiátrica, de acordo com Leal e Ferrari (2019):

“lutava pela construção de uma rede pública de serviços e estratégias de cuidado territoriais e comunitários que promovesse a inclusão social, a superação do estigma e a revisão do modelo assistencial existente no país, ainda centrado nas grandes instituições hospitalares de caráter manicomial e marcado pela violência e desrespeito aos mínimos direitos humanos.” (LEAL; FERRARI, 2019, P.421-422)

Tal movimento se consolida em 2001, com o sancionamento da Lei 10.216, a qual direcionou a criação de alguns programas como: os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta Para Casa, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e, posteriormente, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial. Porém, como movimentos de reformas psiquiátricas não são conquistas históricas definitivas, estão sujeitos a desestabilização e desestruturação das suas ações e podem enfrentar resistências como também sofrer ataques (2002 apud NUNES et al., 2019, p.4490).

O Brasil progrediu a ponto de obter um lugar de destaque no campo da saúde mental global, devido a ser um dos primeiros a estabelecer e implementar uma política nacional de saúde mental, mesmo não sendo um país com muitos recursos disponíveis, é possível identificar fragilidades em sua implementação. O estudo Desinstitucionalização e Atenção Comunitária: inovações e desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira, realizado em 2015, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Gulbenkian e Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou a existência de várias insuficiências na implementação do novo sistema de atenção e que em 2015, havia a permanência de desafios de base, principalmente, quando referente “a ampliação do acesso e integração da saúde mental com a atenção primária, o desenvolvimento de respostas de internação de agudos no hospital geral e a articulação entre os vários componentes do sistema” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2015 apud ALMEIDA, 2019. p.4).

Ainda em 2015, durante o governo Dilma, houve a ascensão de um discurso conservador na psiquiatria, defensor do isolamento como forma de tratamento devido a uma visão moralista e religiosa (REVADAM; SCARTEZINI, ou COMCIÊNCIA, 07/02/2020) e acabamos por ver um “processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica” (DELGADO, 2019a apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p.2).

Segundo Leal e Ferrari (2019), os desmontes feitos nas políticas públicas, incluindo a Política Nacional de Saúde Mental, são consequências de uma realidade social hipermoderna e dominada pela junção do capitalismo à ciência.

Lipovetsky (2004, p.53 apud LEAL; FERRARI, 2019) vê hipermodernidade como a intensificação dos valores modernos como: mercado, eficiência técnica e indivíduo. Assim, os laços sociais e, por conseguinte, o funcionamento público são baseados em “liberalismo globalizado”, “mercantilização quase generalizada dos modos de vida”, “exploração da razão instrumental” e a “individualização galopante”. E mesmo que a realidade brasileira possua princípios democráticos, que necessita de um consenso para suas ações, ainda se submete aos interesses do mercado (LEAL; FERRARI, 2019).

A união entre capitalismo e ciência anuncia uma transformação da ciência, em “um mundo regido pelo capital como valor máximo” (LEAL; FERRARI, 2019, p.423), em um “espectro técnico” do capitalismo (JORGE ALEMÁN, 2009, p. 49 apud LEAL; FERRARI, 2019). “Vale enfatizar, a técnica não se refere à mera produção e reprodução de objetos ou instrumentos, mas situa-se no âmbito da apropriação dos saberes. E, ao se apropriar dos mesmos, os integra em novo projeto que conta com uma ‘vontade acéfala e sem limites’ ” (JORGE ALEMÁN, 2009, p.51 apud LEAL; FERRARI, 2019).

De acordo com Leal e Ferrari (2019), essa realidade social apresentada de uma hipervalorização do mercado até no funcionamento e da utilização da ciência para a produção de saberes em prol do capital, se reflete na Nota Técnica nº 11/2019 (Brasil, 2019).

O artigo *Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health* (THORNICROFT; SLADE; ROSE, 2006 apud LEAL; FERRARI, 2019) aponta três pontos principais necessários a serem pensados quando há a produção de uma política pautada em uma ciência sem limites para debate e reflexão de seus próprios valores: Há diferença entre Medicina Baseada em Evidências e Políticas Baseadas em Evidências mesmo possuindo uma articulação; Deve se observar quem são os interessados (usuários, cuidadores, gestores, profissionais etc) e quais perspectivas existem no campo da saúde mental para a criação de um novo paradigma; E para que esse novo paradigma aconteça, é preciso um diálogo entre as diferentes perspectivas dos diferentes envolvidos, suportando as diferentes perspectivas e evidências presentes. (LEAL; FERRARI, 2019)

Assim, qualquer profissional que ciente e a partir desses pontos, observe a atual política de saúde mental, perceberá que as “ ‘evidências científicas’ gerais são compreendidas sem a complexidade que as envolve e que evidências pautadas na narratividade e na experiência subjetiva de cada cidadão, em sua singularidade, não têm espaço e são desconsideradas.” (LEAL; FERRARI, 2019, p.425)

Pedro Gabriel Delgado (2019a apud LEAL; FERRARI, 2019) e Paulo Amarante (apud REVADAM; SCARTEZINI, ou COMCIÊNCIA, 07/02/2020), grandes defensores e militantes da reforma psiquiátrica (RP), afirmam presenciar retrocessos, após 35 anos de luta pela RP, nas políticas de saúde mental (DELGADO, 2019a apud LEAL; FERRARI, 2019). Os dois apontam, em comum, um maior investimento nas comunidades terapêuticas (CTs) como um desses retrocessos. Sendo considerada por Paulo Amante um dos primeiros retrocessos: o credenciamento e a regulamentação das comunidades terapêuticas, a partir da portaria 1.482 de 25/10/2016, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possibilitando captar os recursos do SUS (GUIMARÃES; ROSA, 2019), que possibilitou ao posterior governo Temer suprimir o orçamento direcionado aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) a favor do aumento do financiamento de comunidades terapêuticas e de manicômios psiquiátricos tradicionais (REVADAM; SCARTEZINI, ou COMCIÊNCIA, 07/02/2020). Assim, resulta em um “financiamento para mais de 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas (CT), instituições que têm sido objeto de vários estudos e reportagens, sinalizando problemas cruciais em seu modo de funcionar”(DELGADO, 2019a apud LEAL; FERRARI, 2019, p.425).

Além da intensificação de investimentos em CT e a supressão do orçamento dos CAPS, os dois apontam como retrocesso a lei Nº 13.840, de 5 de junho de 2019, que troca a estratégia de redução de danos pela utilização da abstinência como forma de tratamento, considerada, pelo governo Bolsonaro, a primeira estratégia, forma de incentivo ao consumo de drogas (DELGADO, 2019a apud LEAL; FERRARI, 2019, p.425) (REVADAM; SCARTEZINI, ou COMCIÊNCIA, 07/02/2020). A lei nº 13.840 ainda “descaracteriza os órgãos fiscalizadores, a participação da sociedade e reduz os recursos/estratégias direcionados a inclusão social, trabalho e geração de renda” (ABRASME, 2020)

Segundo Guimarães e Rosa (2019), ao utilizar verba pública com comunidades terapêuticas, há tendência à quebra dos princípios da administração pública (impessoalidade, publicidade, transparência, moralidade, universalidade), por causa da seletividade que serviços

terceirizados tendem a apresentar. Um exemplo dado foi sobre a não admissão de pessoas com orientação sexual considerada errada, nem a admissão de pessoas sob efeito de SPA(Substância Psicoativa) ou com medicação psicotrópica, mesmo sob orientação médica, por pautarem seus serviços na religião. De acordo com as autoras, essa divisão de trabalho entre CTs e CAPs AD acaba sendo prejudicial aos CAPs AD, pois com a seletividade mencionada, as CTs possuem capacidade de obter, por um olhar simplificado em relação a estatísticas, melhores resultados em relação aos CAPS AD . Com isso, o CAPs AD ficará responsável pelo público refratário, esses que apresentam uma resposta limitada a tratamento, sendo necessário maior investimento financeiro, em profissionais e do serviço na atenção psicossocial devido à complexidade para a assistência a esse público,

Delgado (2019a apud LEAL; FERRARI, 2019) e Amarante (REVADAM; SCARTEZINI, ou COMCIÊNCIA, 07/02/2020) continuam apontando outros retrocessos. Delgado (2019a apud LEAL; FERRARI, 2019) expõe: o reajuste de mais de 60% no financiamento do valor de diárias em hospitais psiquiátricos, a partir da portaria 2434 de 15 de agosto de 2018; o reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico, sendo reafirmado principalmente através recomendação governamental para a não utilização da expressão “rede substitutiva” para nomear qualquer serviço de saúde mental; a recriação do hospital-dia e dos ambulatorios de especialidades; Destacando principalmente, a internação de crianças e adolescentes e “a disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas” (DELGADO, 2019a apud LEAL; FERRARI, 2019, p.425); E, por último, a inclusão do aparelho usado para o tratamento de Eletroconvulsoterapia na lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde. Todos esses retrocessos são vistos por Delgado (2019a apud LEAL; FERRARI, 2019) como um destaque de métodos biológicos em relação ao modelo da atenção psicossocial.

Amarante, em sua entrevista à Comciência (07/02/2020), pontua também a redução dos espaços de participação social, local de atuação dos movimentos pela luta antimanicomial (MLA) (REVADAM; SCARTEZINI, ou COMCIÊNCIA, 07/02/2020). Como ainda é possível visualizar na composição da comissão intersectorial de saúde mental do Conselho Nacional de Saúde Mental, na qual não vemos importantes integrantes do MLA e na Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que perde a contribuição da sociedade civil.

A publicação da nota técnica nº 11 de 2019 do Ministério da Saúde, retoma um discurso que se alega basear no método científico, porém “sem lugar para a incerteza, ou mesmo para o exame e debate sobre os valores e o contencioso em jogo” (GREENHALGH ET AL., 2014 apud LEAL; FERRARI, 2019, p.426). Anula a singularidade das pessoas no coletivo e defende uma ciência que não esclarece suas intenções e valores. E no campo da saúde, essa ciência não considera os estudos que afirmam “que evidências nomotéticas são insuficientes para garantir as boas práticas em saúde e a construção de cuidado que produza saúde e satisfação dos usuários e profissionais”(GREENHALGH, 2014 apud LEAL; FERRARI, 2019, p.426). A chegada dessa nota técnica coloca em ameaça a Lei 10.2016 e a direção dada por ela para a organização da assistência no campo da saúde mental no Brasil (LEAL; FERRARI, 2019). Com isso, há um abandono da substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços territoriais, que é um dos quatro objetivos fundamentais do Plano Global de Saúde Mental da OMS, como também do largo consenso em nível internacional sobre a grande importância de assegurar essa substituição (ALMEIDA, 2019). Os outros três objetivos seriam: “Reforçar a liderança eficaz e governança para saúde mental; fortalecer sistemas de informação, evidência e pesquisa sobre saúde mental,” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016) e por último, que no plano de ação ganha uma ênfase especial, “a proteção de direitos humanos, o fortalecimento e empoderamento da sociedade civil para o lugar central da atenção de base comunitária.” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016)

De acordo com Almeida (2019), interromper essa substituição e tornar o hospital psiquiátrico o centro do sistema de saúde mental, novamente, como estabelece a Nota Técnica, resultará inevitavelmente na diminuição do acesso à atenção de qualidade, no aumento das violações dos direitos humanos e no aumento da exclusão social das pessoas com transtornos mentais.

A nota técnica junto com outros quinze documentos normativos, que variam entre portarias, resoluções, decretos e editais, dentro do período de dezembro de 2016 a maio de 2019, forma a chamada “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, tendo em 2018 sido criada uma Frente Parlamentar em defesa dessa nova política (NUNES ET AL., 2019).

Lima (2019) chega a utilizar o termo “contrarreforma psiquiátrica” para dar nome a esse processo de retrocesso a política de saúde mental amparada pela lei 10.216/2001 (BRASIL,

2019f, p. 4 apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). E percebe-se que a nova política, mesmo que não restaure, de início, o modelo manicomial, também não impede seu retorno em sua integralidade (NUNES et al., 2019). As mudanças ocasionadas pela “contrarreforma psiquiátrica” vão contra o progresso conquistado pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, essa que preconiza a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, sem contar que a “contrarreforma psiquiátrica” não segue a cultura da participação de pesquisadores e representantes dos movimentos sociais em suas decisões (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Esse período de mudanças radicais na Política Nacional de Saúde Mental e nas outras demais políticas sociais tem início, em 2016, com o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, que iniciou uma interrupção do processo democrático no país (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). No campo de saúde mental, a necessidade de cumprir acordos políticos, propostas conservadoras e neoliberais provocam mudanças na gestão da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Os representantes dos segmentos opositores ao MRPB, que tomam posse da Coordenação de Saúde Mental dentro do Ministério da Saúde mesmo que por pouco tempo naquele período (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Entretanto, desde 2011, esse setor já se encontrava em crise devido a inserção das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Já que esse serviço se guia em uma "perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental" (PASSOS, 2017 apud GUIMARÃES; ROSA, 2019, p.121) e a Reforma Psiquiátrica desde quando vista como política pública, se encontrava sob uma perspectiva antimanicomial (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

As crises sociais, políticas e econômicas acabam por vir juntas com políticas de austeridade e de Estado mínimo de um capitalismo neoliberal, manifestando-se, assim, em mudanças, principalmente, na dimensão político-jurídica entregue como o desmonte da rede de atenção psicossocial (RAPS) (NUNES et al., 2019). É necessário deixar explícito que mesmo não se pondo claramente a favor da extinção de hospitais psiquiátricos, até o governo de Dilma, havia a possibilidade da construção de um modelo que, futuramente, tornasse o hospital psiquiátrico um recurso assistencial obsoleto (NUNES et al., 2019).

O primeiro documento que introduz essa ‘nova’ política foi a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017, que institui as ‘novas’ diretrizes para o

funcionamento da RAPS. Caracterizando-se pela reformulação do desenho, do financiamento, da metodologia de avaliação dos serviços e da própria orientação clínica da RAPS, sem formular qual será essa nova orientação e como diferencia da Política já estabelecida pela lei 10.216 e pela portaria 3.088, de 2011, que definia a RAPS (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

A portaria MS 3588/2017, publicada em 21 de dezembro de 2017 institui o CAPSad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV), aumentando a quantidade dos leitos de saúde mental em hospital geral e os recursos hospitalares (BRASIL, 2017 apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). “O CAPSad IV desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPSs ao se apresentar como um serviço capaz de prestar “assistência a urgências e emergências”, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, como até então” (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p.7). Essa nova modalidade de CAPs denota um desvio do referencial de cuidado que é guiado por vínculos, humanização, cuidado de base territorial e visa a construção de projetos terapêuticos singularizados, pois ao se ter enfermarias e não o acolhimento noturno, como nos CAPS III; os CAPSad IV se apresentam como um pequeno hospital psiquiátrico (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

A resolução nº 32 junto com a portaria 3588 trazem o hospital psiquiátrico para compor a RAPS, pela primeira vez desde o sancionamento da lei 10.216. E destina maior financiamento a eles, já que ocorre um reajuste de até 62% na tabela de valores de diárias das internações em hospitais psiquiátrico em detrimento do financiamento mensal destinado aos CAPS desde de 2011(CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020 e NUNES et al., 2019) e ajudam a “Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT [Ministério da Saúde (MS); Ministério da Justiça (MJ); Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Ministério do Trabalho (MT)] em relação às Comunidades Terapêuticas” (Brasil, 2017a, art. 11o apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

A resolução também inclui na RAPS outro dispositivo, o hospital-dia, que teria, segundo CRUZ; GONÇALVES; DELGADO (2020, p.6), como modo de funcionamento “(...) algo parecido com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), mas sem a lógica do território, comprometendo alguns dos mais importantes princípios norteadores da clínica da atenção psicossocial”. Esses dois dispositivos, juntos, reforçam uma estratégia hospitalocêntrica de tratamento.

A resolução nº32 em conjunto com a portaria 3588 cria as bases para o retorno do paradigma da psiquiatria clássica na política nacional de saúde mental “com diversos elementos que apontam para um cuidado de característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária”(CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p.6)

Em 2018, logo em março, temos a chegada da resolução nº1, emitida pelo Conselho Nacional de Política Sobre Drogas, que realinha a Política de Álcool e outras drogas, possibilitando a formalização de instituições que atendem pessoas em uso prejudicial de drogas, facilitando a captação de recursos públicos por parte das Comunidades Terapêuticas. Assim, logo após publicação da resolução no Diário Oficial da União, há a convocação de Comunidades Terapêuticas para o credenciamento e a disponibilização de 87 milhões de reais para a contratação de pelo menos 7 mil leitos (NUNES et al., 2019).

Em novembro do mesmo ano, por meio da portaria GM 3.659, há a suspensão do repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de dispositivos da RAPS, afirmando que não havia o repasse sobre a produtividade dos dispositivos, gerando um desfinanciamento de mais de 77 milhões ao ano (NUNES et al., 2019). Outra portaria, que impacta no orçamento da RAPS, é a GM 3.718, essa exige o retorno de recursos repassados e que possa não ter sido utilizados, diminuído em aproximadamente 43 milhões o orçamento da RAPS (NUNES et al., 2019).

De acordo com Nunes et al. (2019), as mudanças demonstram o surgimento de formas promissoras de mercantilização da atenção em saúde mental, que podem ser comparadas a indústria da loucura da década de 70. Essa afirmação se estabelece em cima das formas de lucro com a loucura que se repetem, como a aquisição de muitos leitos em um estabelecimento de médio porte e em serviços privados, e, paralelamente, aumentar o valor pago por cada leito, além do forte investimento “em instituições como as comunidades terapêuticas, que continuam a desvendar práticas de violação dos direitos humanos, inclusive a prática de trabalhos forçados”(NUNES et al., 2019, p.4494). As consequências, desse aumento do valor das diárias, é o enfraquecimento de processos como os de desospitalização e de desinstitucionalização, principalmente em estados e cidades que prevalece o cálculo econômico e/ou a o discurso seguido pelos governantes. Com a mercantilização da atenção em saúde mental, novas formas de financeirização (SESTELO, 2018 apud NUNES et al., 2019) são acrescidas, visto que estão ligadas a uma aproximação dos setores público e privado “como a compra pelos governos de

serviços de setores privados, tais como os já mencionados procedimentos de alto custo, como a eletroconvulsoterapia e a estimulação magnética transcraniana” (NUNES et al., 2019, p.4494). Além disso, a mercantilização da área de saúde mental, faz com que haja a multiplicação de ambulatórios especializados, levando a ampliação da utilização de psicofármacos, e a estimulação das pesquisas científicas com caráter reducionista que podem promover o risco de “uma molecularização das soluções para problemas humanos altamente multifatoriais e complexos” (NUNES et al., 2019, p.4494).

Nunes et al. (2019) observa essas mudanças na política de saúde mental como uma armadilha. Visto que os pontos mais importantes da reforma psiquiátrica são mantidos, por exemplo, quando os novos documentos ainda se dirigem a um modelo de atenção psicossocial, deixando caminho para que se acredite haver, realmente, uma nova reforma psiquiátrica. Assim sendo necessário analisar os documentos levando em consideração a Reforma Psiquiátrica segundo as quatro dimensões: dimensão epistemológica ou teórico-conceitual; dimensão técnico-assistencial; dimensão jurídico-político e sociocultural. (AMARANTE, 2001 apud RAMÔA, 2005). Como que a dita “nova reforma” é um resgate de elementos do modelo de assistência anterior à RPB.

Nunes et al. (2019) continua com suas afirmações falando que:

“Sabendo-se do poder de atração do capital e de uma política de comunicação com forte lobbying biopsiquiátrico nos meios de comunicação de massa, não é difícil pensar na conquista de novos adeptos, além da reconquista de parte da sociedade que nunca deixou de associar loucura à periculosidade e à cronicidade, nem de manter com esse segmento uma relação atravessada pelo preconceito e pelo estigma. Não se descarta tampouco o magnetismo de um discurso biomedicalizador e sofisticado da psiquiatria biológica. Como já afirmamos, os tensionamentos perpassam todo o período das mudanças propiciadas pela RP, em um tempo de existência infinitamente menor que a longa duração do modelo manicomial”(NUNES et al., 2019, p.4495).

Almeida (2019) reconhece que há ainda desafios importantes a serem superados mesmo após tanto progresso conquistado, e que só serão superados com a construção de uma política cujas prioridades sejam as necessidades da população, se baseando sim em evidências científicas válidas e alinhadas com os instrumentos internacionais de direitos humanos. Importante, também, inserir todos os atores do campo da saúde mental para haver um consenso, para assim ter uma “continuidade aos progressos já alcançados com base na lei de saúde mental do país e nas recomendações técnico-científicas das organizações internacionais competentes nesta matéria” (ALMEIDA, 2019, P.5).

6 CAPÍTULO III: ANÁLISE DO MOVIMENTO DA CONTRARREFORMA PSQUIÁTRICA E OS RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

O presente capítulo apresenta uma análise do movimento da Contrarreforma a partir dos normativos produzidos no período de 2011 a 2019.

QUADRO I: NORMATIVOS REPRESENTATIVOS DA CONTRARREFORMA*

NORMATIVOS	ANO E SETOR	RESUMO DO NORMATIVO
Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011	2011. Ministério da Saúde.	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) com a inclusão das comunidades terapêuticas.
Portaria Nº 131 de 26 de janeiro de 2012	2012. Ministério da Saúde.	Incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016	2016. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.	Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde.
Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017	2017. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite.	Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
Portaria Nº 3.588, De 21 De Dezembro De 2017	2017. Ministério da Saúde.	Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
Resolução nº 1, de 9 de março de 2018	2018. Ministério Da Justiça.	Aprovação das diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal.
Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018	2018. Ministério da Saúde.	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.
Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018.	2018. Ministério da Saúde.	Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos

		(SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.
Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018	2018. Ministério da Saúde.	Publica lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes a parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e não executaram o referido recurso no prazo determinado nas normativas vigentes.
NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS	2019. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas
Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.	2019. Atos do Poder Legislativo.	Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas

***Quadro elaborado pela autora**

No período de 20/12/20 até 06/01/21, correspondente ao recesso dos Poderes Legislativo e Judiciário, foram apresentadas, durante a reunião do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), medidas com finalidade de revogar mais de cem normativos, publicados entre 1991 e 2014, que estruturam o campo da saúde mental no Brasil, como o Programa De Volta pra Casa e o Consultório na Rua, de tal forma que foi compreendido como um dos maiores

retrocessos na política de saúde mental e chamado de “Revogação” (ANTUNES, ANDRÉ. EPSJV/FIOCRUZ, 11/12/2020; CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ, 11/12/2020). Os normativos impediam a implementação das mudanças na política de saúde mental, que foram aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2017 e asseguradas pela portaria 3.588 (ANTUNES, ANDRÉ. EPSJV/FIOCRUZ, 11/12/2020). O “Revogação” converge com o processo de contrarreforma psiquiátrica. Tal processo vem sendo elaborado em articulação com a ABP e com atores sociais ligados a movimentos religiosos e às CTs e culmina com a apresentação do documento em 2014: “Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil”. O conteúdo apesar do título garantir atenção integral, apresenta a centralidade do saber médico, e remete a um retrocesso dos processos a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, pois afirma “a centralidade médica sobre os demais saberes científicos e profissionais, a primazia da abstinência como medida terapêutica única para pessoas em uso problemático (ou não) de substâncias psicoativas e a ambulatorização do cuidado em saúde mental”(Conselho Regional de Psicologia do Paraná, 11/12/2020).

A “nova” política se caracteriza como um incentivo à internação psiquiátrica, ao denominar os hospitais psiquiátricos como “modernos e humanizados” (Nota Técnica 11/2019 do MS apud NUNES et al., 2019) e “fortalece a categoria médica, com o modelo hospitalocêntrico e centrado no psiquiatra, e a utilização de tecnologias duras, sejam elas os psicofármacos ou as intervenções cirúrgicas remotas ou recentes” (NUNES et al., 2019, p.4493). Além disso, separa a política de saúde mental, da política de álcool e outras drogas, denominada “política nacional sobre drogas”, como já citado por Delgado (2019a apud LEAL; FERRARI, 2019, p.425). Essa última, possibilita uma ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas, ou seja, em uma abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019f, p. 4 apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020), assim como beneficia a indústria farmacêutica, ao fortalecer os ambulatórios especializados em patologias, principalmente com as criações de novas doenças nas últimas décadas (NUNES et al., 2019). A abordagem proibicionista, também conhecida como “Guerra às Drogas” tem como objetivo combater o tráfico de drogas e criminalizar tanto traficantes como usuários, para, assim, existir um mundo livre de drogas. Relativo ao discurso antidrogas, resultante de vários tratados internacionais, os quais tem compromisso com a prevenção do consumo e a repressão da produção e da oferta (TEIXEIRA; RAMÔA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017).

De acordo com Nunes et al. (2019, p.4493), “a nova configuração congrega o supostamente mais avançado dos tratamentos neurobiológicos com o mais arcaico tratamento moral, segregador e duradouro, atualmente destinado, de forma mais contundente, aos usuários de drogas ilícitas.”

Nunes et al. (2019) também definem a contrarreforma como um processo sociopolítico e cultural complexo de desconstrução dos progressos adquiridos com a Reforma Psiquiátrica, através de uma correlação de forças e interesses. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) trazem outro ponto sobre essa contrarreforma:

Tomando a questão da forma de implementação, sem qualquer debate com os profissionais e pesquisadores do campo da atenção psicossocial, ignorando instâncias legais como o CNS (Conselho Nacional de Saúde), instâncias colegiadas do Sistema Único de **Saúde** (SUS), como as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas (Brasil, 1988, 1992, 2002, 2010), e toda a legislação nacional e internacional que ampara o modelo da reforma, entendemos que o que vem sendo designado pelo governo como ‘nova’ PNSM está sendo imposto sem nenhuma legitimidade social e política, nem qualquer sustentação legal (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, P.15).

Torrenté (1995 apud NUNES et al., 2019, p.4490) apresenta sete elementos que se estabelecem no processo de Contrarreforma Psiquiátrica: “a desospitalização; a deriva burocrática; a fragmentação da reforma; a instrumentalização neoliberal; a descontinuidade ideológica; o pensamento único e a homogeneização das práticas; e a volta da instituição total”. As Contrarreformas se apresentam como consequência de forças contrárias às forças sociais que idealizaram, conquistaram e implementaram a reforma psiquiátrica, e acabam em lutas paradigmáticas, por vezes radicais (NUNES et al., 2019). Sendo possível o reaparecimento do modelo de atenção centrado no manicômio, também há a hegemonia do modelo biomédico, se baseando principalmente nos aspectos biológicos do adoecimento e nas terapêuticas relacionadas com esse modelo (NUNES et al., 2019). Há a apresentação de três indícios que comprovam essa “Nova” Política de Saúde Mental como uma Contrarreforma psiquiátrica. O primeiro seria o fato dela desconsiderar um dos pontos principais para a tomada de decisões, a democratização e a participação social, por exemplo, quando o Conselho Nacional de Saúde se manifesta para a revogação de documentos que formam a Nova Política através da “Recomendação N° 001, de janeiro de 2018” e é ignorado (NUNES et al., 2019). O segundo indício é a inserção do hospital

psiquiátrico como um recurso de assistência psiquiátrica na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da portaria 3.088/2011, que traz uma contradição com toda a bagagem histórica que a reforma psiquiátrica defende, sobretudo quando o termo desinstitucionalização deixa de ser sinônimo da extinção dos hospitais psiquiátricos, quando se apresenta essa nova política de saúde mental no site do Ministério da Saúde (NUNES et al., 2019).

E a terceira evidência é a criação de formas de financiamento de serviços privados, como as comunidades terapêuticas, com recursos derivados de uma articulação intersetorial de alguns ministérios do governo federal. “À privatização do escasso recurso público soma-se a aposta no retorno do modelo manicomial, centrado no tratamento moral e no isolamento, que nos remete ao período das doutrinas psiquiátricas de Esquirol no século XIX” (NUNES et al., 2019, p.4494).

Guimarães e Rosa (2019) afirmam ser importante entender as circunstâncias (políticas, econômicas e sociais) nas quais são produzidos os marcos legais. O contexto da criação de leis e políticas públicas abarca processos de mudança ou permanência, um estabelecimento de prioridades na agenda pública devido aos atores em cena e a um jogo de interesses que envolve o Estado, o fundo público, os sentidos de proteção social, cidadania, participação e democracia (GIOVANNA, 2012 apud GUIMARÃES; ROSA, 2019).

- **O risco para a exclusão da participação popular como controle social:**

O SUS (Sistema Único de Saúde) e a Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiram a partir de uma organização principalmente da sociedade civil por meio dos movimentos sociais que lutaram contra o autoritarismo; democratização da saúde e por mudanças no campo da saúde mental (PAIM, 2008, P.626 apud MOTTA; SILVA, 2020) (OLIVEIRA; CONCIANI, 2009). E a participação social foi elementar nesses acontecimentos (MOTTA; SILVA, 2020). Tanto que faz parte dos princípios que dizem respeito à operacionalização do SUS, de acordo com a Lei nº 8.080/90, e “com o objetivo de dispor sobre essa participação na gestão do SUS, a Lei nº 8.142/90 define as instâncias colegiadas do SUS - Conferência e Conselho de Saúde - sua composição e atribuições” (OLIVEIRA; CONCIANI, 2009, P.320). Sendo essencial para o fortalecimento do diálogo das políticas públicas de saúde com os movimentos sociais (AMARANTE; TORRE, 2018, P.1096). A participação social permite a todos presente na sociedade e suas organizações a se colocarem como “atores políticos da gestão pública” (MILANI, 2008, P.553), se constituindo como um espaço de escuta que tornem as políticas

de saúde universais e inclusivas para que não haja o silenciamento e a perda de autonomia na tomada de decisões importantes para os inseridos naquela política, além de combater uma tecnificação e uma “verticalização de poder” (AMARANTE; TORRE, 2018, P.1096) (MOTTA; SILVA, 2020, P.86).

Amarante e Torre (2018) veem a participação social como caminho para a construção de uma visão de saúde ampliada, que conte com articulações intersetoriais no campo da saúde que, conseqüentemente, resultem na inclusão dos sujeitos com a finalidade de produzir diversidade, equidade e cidadania. Para o campo da saúde mental, isso é importante para o movimento antimanicomial, pois concretiza uma “ação mais abrangente nas políticas de saúde coletiva, superando o mero assistencialismo e a visão biomédica individual e medicalizante” (AMARANTE; TORRE, 2018, P.1096).

Um dos normativos que constitui a Contrarreforma psiquiátrica, a Lei nº 13.840/2019 em conjunto com o decreto nº 9.926/19, como indicado no Memorial: Retrocessos no Cuidado e Tratamento de Saúde Mental e Drogas no Brasil⁹ (ABRASME, 2020), descaracteriza a participação social com a retirada de vagas do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) destinadas a pessoas da sociedade civil, de profissionais e de acadêmicos. Em Nota de Repúdio, o Conselho Nacional de Direitos Humanos relata que só restaram representantes do executivo e considera que o “CONAD não é mais um conselho de participação e controle social ou de promoção de direitos, mas sim, um grupo de trabalho interministerial” (NOTA DE REPÚDIO DO CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS, Brasília, 14 de agosto de 2019). Considera a quebra da Constituição Federal, que prevê a participação social em sua construção e fiscalização nas políticas públicas e essa participação é negada para a construção das políticas relacionadas a álcool e outras drogas, visto que passa a ter apenas um grupo de trabalho e não um Conselho. A Nota finaliza dizendo que a mudança feita pelo decreto não faz parte dos princípios de um estado democrático de direito, sendo necessária sua revogação.

- **A desconstrução do modelo de atenção psicossocial**

⁹ O título Memorial: Retrocessos no Cuidado e Tratamento de Saúde Mental e Drogas no Brasil⁹ (ABRASME, 2020),

“O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço estratégico para a organização da rede de atenção à saúde mental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira” (FAGUNDES JÚNIOR ET AL., 2016, P.1451). Seu funcionamento é ditado pelas diretrizes dadas pelo Ministério da Saúde e classifica-se em CAPS I, CAPS II e CAPS III, devido à complexidade dos serviços e da responsabilidade populacional. Ademais, existem outras modalidades mais específicas - CAPS Álcool e outras drogas (CAPS AD) e o CAPS da infância e adolescência (CAPSi) (FAGUNDES JÚNIOR ET AL., 2016).

A assistência às pessoas nos CAPS efetua-se por um Projeto Terapêutico Singular que requer a equipe, o usuário e sua família em sua construção para um acompanhamento contínuo a longo prazo (Portaria MS/GM nº 3088/2011 apud FAGUNDES JÚNIOR ET AL., 2016). Dentro desse cuidado, estão englobados “oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar aos usuários e seus familiares, psicoterapia individual ou em grupo e apoio matricial às equipes da atenção primária”(Fagundes Júnior HM et al., 2016, p.1452). Em paralelo, acredita-se que deva ser realizada a articulação intersetorial no território de referência pelo Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) da Área de Planejamento em Saúde (AP), além de providenciar o “processo de desinstitucionalização dos usuários em situação de longa permanência hospitalar”(FAGUNDES JÚNIOR ET AL., 2016, p.1452) e dar apoio aos programas de residências terapêuticas.

Amarante e Torres (2018) citam outro papel que o CAPS, que é para além da comunicação com o território e procurar ocupar seus lugares em espaços transversais da cidade. O CAPS seria um local designado para “a tarefa de acolher e fomentar os coletivos militantes, de politizar os processos de transformação. Nessa direção é possível encontrar o legado do movimento antimanicomial para o campo da saúde coletiva” (AMARANTE; TORRES, 2018, P.1104).

Porém, desde a Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017 já há a demonstração de uma preferência por serviços assistenciais não baseados em um modelo de cuidado de base territorial, com a recriação do hospital-dia, que é considerado uma forma arcaica de assistência, sem explicar sua o motivo de tal recriação (DELGADO, 2019a apud LEAL; FERRARI, 2019).

Posteriormente à Resolução nº 32, a Nota Técnica nº 11/2019, também, propõe a criação de Unidades de saúde mental especializadas em hospitais gerais e Unidades Ambulatoriais Especializadas. Mesmo que tais serviços desempenhem um papel importante em um sistema de saúde mental, se utilizados separadamente do território e sem “uma integração adequada com os CAPS e outros dispositivos da comunidade, levará inevitavelmente a uma fragmentação do sistema e a um desaparecimento da continuidade de cuidados”(ALMEIDA, 2019, P.4). Assim, pode-se perceber que há uma ênfase em abordagens institucionais, suprimindo abordagens integradas com base na comunidade, em oposição ao que é tanto frisado na nota técnica, ou seja, ter suas ações de prevenção, promoção à saúde e tratamento baseadas em evidências científicas, pois não é utilizada nenhuma referência a respeito dos “inúmeros contributos surgidos, nos últimos anos, da epidemiologia psiquiátrica, da investigação de políticas e de serviços de saúde mental e da ciência de implementação, que constituem, hoje em dia, o suporte conceitual e científico das políticas de saúde mental” (ALMEIDA, 2019, p.5) para sustentar tal documento. Com isso, ignoram-se as “evidências que provam a necessidade de basear a promoção, a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais em uma abordagem de saúde pública, sistêmica e intersetorial”(PATEL ET AL., 2018; MS, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017 apud ALMEIDA, 2019, P.4)

- **Desmonte da atenção psicossocial por via do reforço de um modelo de atenção baseado no paradigma biomédico.**

O modelo psicossocial tem sido o norteador do cuidado em saúde mental e das políticas relacionadas à Reforma Psiquiátrica, tendo, assim, criado condições para superação do modelo asilar (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018). Como já dito por Costa-Rosa (2000), a dimensão dos saberes e da prática é composta por duas esferas indissociáveis: político-ideológica e teórico-técnica e essas dimensões se organizam conforme o contexto social ao qual está inserida. Contudo, as políticas de saúde mental, que foram fruto de anos de luta, começaram a sofrer um “processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica” (DELGADO, 2019 apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p.2). Nunes et al. (2019, p.4491) definem esse processo, chamado de contrarreforma:

“como um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até reverterem as transformações produzidas pelas Reforma Psiquiátrica nas quatro dimensões propostas por Amarante: epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural.”

Além disso, todos os retrocessos advindos da contrarreforma têm como destaque o modelo biomédico e suas características em detrimento ao modelo da atenção psicossocial (Delgado 2019a apud LEAL; FERRARI, 2019), como pode ser apontado na análise de normativos feita a partir do quadro I, onde é possível identificar propostas que não consideram um modelo de saúde pública, sistêmica e intersetorial, e partem de perspectiva *stricto sensu*, que ignora o debate atual do campo da saúde mental. (ALMEIDA, 2019). A atual política não integra “referências aos inúmeros contributos surgidos, nos últimos anos, da epidemiologia psiquiátrica, da investigação de políticas e de serviços de saúde mental e da ciência de implementação, que constituem, hoje em dia, o suporte conceptual e científico das políticas de saúde mental” (ALMEIDA, 2019, p.5).

No contexto atual, mesmo após a Reforma psiquiátrica, dois modelos de práticas em saúde mental se apresentam, sendo eles o asilar (ou biomédico) e o psicossocial. Este último surge como uma contraposição ao primeiro, pois Costa-Rosa (2000, p.) afirma que: “dois modelos serão contraditórios se a essência das suas práticas se encaminhar em sentidos opostos quanto a seus parâmetros basilares.” Ele considera as práticas em saúde mental englobam duas esferas - político-ideológica e teórico-técnica – sendo elas diferentes em suas especificidade, porém indissociáveis (COSTA-ROSA, 2000). Além disso, o autor fala que saberes e práticas são a cristalização de visões e interesses do contexto social em que foram originados (COSTA-ROSA, 2000). Sendo assim, após essas considerações, podemos classificar os modelos de acordo com Costa-Rosa (2000):

O modelo biomédico/asilar como aquele que visa o ser humano como o objeto de intervenção. Sendo as doenças ocasionadas por determinações orgânicas, desconsiderando a existência do sujeito, e assim, necessário tratá-las por meio medicamentoso e de isolamento do meio familiar e social. Sendo a sua instituição para tal, o hospital psiquiátrico. Este modelo centra-se principalmente no médico tendo recursos multiprofissionais como um acessório ou colocado como secundário; quando esse recurso é utilizado, pode ser comparado a um “modelo da divisão do trabalho correspondente à 'linha de montagem' da produção comum de

mercadorias” (COSTA-ROSA, 2000, p.153), as tarefas são divididas e encadeadas como uma mercadoria da produção comum, tendo como o elo entre os profissionais o prontuário do paciente.

O modelo psicossocial ao contrário do anterior, considera fatores políticos e biopsicossocioculturais, além das determinações orgânicas, dando ênfase a cada trajetória singular. Neste modelo, o sujeito e a sua dimensão (orgânica e sociocultural) ganha um protagonismo e é a peça principal do tratamento, porém nesse processo há a inclusão da família e do social como agentes também, pois “Na realidade, é em razão da consideração de que loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social e ' como tal deverá ser metabolizada” (COSTA-ROSA, 2002, P.154). O que representa a ocorrência de uma mudança na percepção do indivíduo pela instituição e pelo seu contexto, sendo o sujeito considerado parte do todo. “Aqui a palavra e a ação do homem procuram ganhar a cena; o que se visa é que ele se administre” ” (COSTA-ROSA, 2002, P.155), pois assim ele será uma agente de mudanças da sua condição e não só alguém que sofre os efeitos de sua condição. Os meios de trabalho se dão por uma equipe interprofissional, composto por profissionais diversos e possui dispositivos que buscam superar o modelo da 'linha de montagem' do modo asilar.

Ao analisar os normativos que constroem a Contrarreforma, observamos que o primeiro modelo (modelo biomédico) está colocado da seguinte maneira:

Na Portaria Nº 131 de 26 de janeiro de 2012: Inserindo as Comunidades Terapêuticas (CTs) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois as CTs seguem na contramão da visão antimanicomial, que prioriza o sujeito e seu contexto para o tratamento, advinda com a Reforma Psiquiátrica guiada pelo conceito de desinstitucionalização, apontado por Basaglia. Compartilham de uma visão manicomial, que tem a terapêutica voltada ao isolamento.

Na Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016: AS CTs tornam-se estabelecimentos de saúde por serem inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possibilitando a utilização de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017: Inclui o hospital psiquiátrico e o hospital-dia na RAPS como um serviço e o hospital psiquiátrico recebe um aumento de financiamento.

Na Portaria Nº 3.588, De 21 De Dezembro De 2017: Cria a CAPs Álcool e Outras Drogas IV (CAPSad IV), aumenta os números de leitos em hospitais gerais e os recursos hospitalares. O CAPSad IV é diferente dos outros tipos de CAPS, pois fornece atendimento de urgência e não dar atenção à crise pautada no vínculo terapêutico, também ignora o conceito de “doença entre parênteses”, que valoriza a subjetividade do usuário, e submete a existência do usuário de álcool e outras drogas somente ao local de uso.

Na Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018: Reajuste de 60% no valor das diárias de hospitais psiquiátricos para internação com período superior a 90 dias que pode ser visto como incentivo a institucionalização nos tratamentos psiquiátricos.

Na Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018 e Portaria nº 3.718, de 22 de novembro de 2018: Suspensão do financiamento destinado a 72 CAPSs, 194 SRTs, 31 Unidades de Acolhimento e de 22 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral. E a segunda portaria, exige o retorno de recursos repassados a esses dispositivos, retraindo 43 milhões do orçamento da RAPS. Afirmando que não havia repasse sobre a produtividade dos dispositivos entretanto há dúvidas sobre o real motivo da portaria, já que os serviços suspensos funcionam.

Na Nota técnica Nº 11/2019: Alega a necessidade de um aumento dos leitos psiquiátricos; vai contra o fechamento de hospitais psiquiátricos. Retorna com aparelho de eletroconvulsoterapia, que era um objeto de tortura e punição de pessoas antes da Reforma Psiquiátrica. Apoia a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes e das mesmas permanecerem em CTs para adultos.. E, como será discutido no próximo tópico, separa a Política Nacional de Saúde Mental e a atual Política Nacional Sobre Drogas.

Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019: determina a abstinência como forma de tratamento em detrimento da estratégia de redução de danos.

- **Separação das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas**

A desvinculação da política sobre álcool e outras drogas da política de saúde mental oficializa-se a partir da Nota Técnica nº 11/2019 se firmando então como “Política Nacional Sobre Drogas”, que é atribuída à Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED - Ministério da Cidadania), e “Política Nacional de Saúde Mental” (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). O ato tem objetivo de que as questões referentes a álcool e outras drogas não sejam direcionadas pelos princípios do modelo psicossocial, especialmente no que tange ao cuidado realizado em liberdade (GULJOR ET AL. 2019 apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Também podemos identificar essa separação por via da retirada do controle social do CONAD

A Nota Técnica também visa um tratamento para os usuários de SPA (substâncias psicoativas) em espaços confinados, que o torna distante do controle social, com tratamentos neurobiológicos atuais e o mais arcaico tratamento moral (NUNES ET AL., 2019). Um dos principais beneficiados dessa política são as comunidades religiosas neopentecostais responsáveis por comunidades terapêuticas (NUNES ET AL., 2019).

As comunidades terapêuticas (CTS), também designadas de ‘Centros de Recuperação’ (RIBEIRO; MINAYO, 2015), contam com programas de longa duração que incluem a abstinência como tratamento; “exercem um forte apelo junto à opinião pública e aos familiares dos usuários de drogas” (FAGUNDES ET AL., 2016, p.1456). Esse modelo assistencial organiza-se como uma instituição total¹⁰ (GOFFMAN, 2003 apud RIBEIRO; MINAYO, 2015), objetivando a reabilitação dos indivíduos para retornarem à sociedade, a partir do tratamento individual, no qual dão-lhe “novos valores, como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, honestidade e amor” (SABINO; CAZENAVE, 2005 apud RIBEIRO; MINAYO, 2015, p.516). Entretanto, seu público acaba preso em um esquema de *revolving door*, por saírem das CTs e retornarem às mesmas (FAGUNDES ET AL, 2016).

Os três modelos de CTS que predominam são o religioso-espiritual, o científico e o misto. O primeiro apresentado tem a atuação de religiosos e ex-internos, o segundo atua com médicos,

¹⁰ Goffman (2003) define a instituição total como um local de segregação de indivíduos em mesmas circunstâncias, do resto da sociedade por um grande período, tendo suas vidas controladas de alguma maneira.

psicólogos e assistentes sociais e, o último seria a união dos dois tipos anteriores, que ainda podem incluir o método Minnesota e o método Synanon(RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Além disso, Ribeiro et al. (2016 apud FAGUNDES ET AL., 2016) afirma que o desenvolvimento das CTS ocorre sem a supervisão dos sistemas públicos de saúde e da assistência social, sem designarem com transparência suas práticas clínicas, suas abordagens terapêuticas, e, até então, as CTS não tinham amparo jurídico para seus tratamentos. Tendo o objetivo de recuperar pessoas em uso prejudicial de drogas, estas têm como projeto terapêutico o tratamento religioso, que “substitui ou incrementa outras formas de cuidado, como a medicamentosa” (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p.516).

As CTS expandem sua rede em razão da pouca quantidade de “serviços específicos para usuários de álcool e outras drogas, como os CAPS AD III e as unidades de acolhimento” (FAGUNDES ET AL. 2016, p.1457) ou por causa da suposta baixa efetividade (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p.516). A baixa efetividade na realidade estaria associada segundo Fagundes et al (2016), na cidade do Rio de Janeiro, a uma rede de cuidados às pessoas com problemas associados ao uso de álcool, crack e outras drogas ser insuficiente para o território da cidade, abrindo precedentes para as comunidades terapêuticas, favorecidas devido a aclamação do senso comum com a internação como tratamento (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

7 CONCLUSÃO

A presente pesquisa desenvolveu-se principalmente buscando identificar a importância do movimento da luta antimanicomial para o fortalecimento da política de Saúde Mental no Brasil e analisar os retrocessos ocorridos na política de saúde mental, no que se refere ao risco ou mesmo ao retorno do modelo manicomial em sua relação com a participação do movimento da luta antimanicomial nos espaços de construção das políticas públicas que priorizem a desinstitucionalização de práticas e saberes, no sentido do desmonte do manicômio e da cultura manicomial.

O primeiro capítulo: A História Do Movimento Da Luta Antimanicomial Pela Reforma Psiquiátrica No Brasil, por meio de uma revisão bibliográfica, trouxe a história do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira e seus atores sociais, além de alguns dos movimentos de psiquiatrias reformadas internacionais que deixaram alguma experiência para a brasileira. O segundo capítulo: Uma Pausa No Progresso Da Reforma Psiquiátrica apresentou fatos e acontecimentos que contribuíram para os retrocessos ocorridos na política brasileira de saúde mental.

Por fim, no último capítulo: Análise Do Movimento Da Contrarreforma Psiquiátrica e os Retrocessos Nas Políticas De Saúde Mental, foi apresentada uma pesquisa documental dos normativos publicados durante o período de 2011 a 2019, levando em consideração a Reforma Psiquiátrica tendo como referencial as quatro dimensões: dimensão epistemológica ou teórico-conceitual; dimensão técnico-assistencial; dimensão jurídico-político e sociocultural. (AMARANTE, 2001 apud RAMÔA, 2005).

Foi possível observar como a Contrarreforma retornou com elementos derivados do modelo assistencial psiquiátrico clássico em detrimento do modelo de atenção psicossocial. Há implícito o fortalecimento do modelo hospitalocêntrico e centrado no psiquiatra. A participação social, que possibilita uma democratização na tomada de decisões, e o controle social das políticas públicas, é extinguida com o corte de vagas no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) destinadas a pessoas da sociedade civil, de profissionais e de acadêmicos e ainda há a separação das da política sobre álcool e outras drogas da política de saúde mental

permitindo que questões referentes a álcool e outras drogas não sejam regidas pela psicossocial, especialmente o tratamento dos usuários prejudiciais em liberdade.

Portanto, ao olhar o campo da saúde mental, é possível visualizar que o movimento da luta antimanicomial é importante para a manutenção e sustentação das políticas em saúde mental, mas que existem nas políticas públicas confrontos entre atores sociais e muitas vezes o apagamento da representação social em nome de arranjos políticos caracterizados por políticas de Governo, que rompem com processos democráticos e que é por isso mesmo que é tão importante que o movimento da luta antimanicomial permaneça, reforçando a luta pela democracia e pelos direitos humanos. Por fim, é preciso continuar a luta pela utopia basagliana: “Por uma Sociedade sem manicômios”.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASME. Memorial: Retrocessos no Cuidado e Tratamento de Saúde Mental e Drogas no Brasil. Brasília, 26 de novembro de 2020.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00129519, 2019.

AMARANTE, P. (Org.) Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc. Saúde Colet, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, jun. 2018.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, Dec. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122018000601090&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: DF, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 jan. 1992. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011; 26 dez

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 18 out 2019).

CALICCHO, Renata Ruiz. Vinte Anos De Luta Antimanicomial No Brasil: arte e comunicação como estratégia de participação e transformação social no contexto da reforma psiquiátrica. ECO-PÓS- v.10, n.1, janeiro-julho 2007, pp.13-21.

CAMPOS, G.W.S. Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. Saúde em Debate. CEBES, 1997, 32 (16-19).

CANCIAN, N. Ex-diretor de Manicômio é Demitido de Coordenação na Saúde. Brasília, 09 de maio de 2016. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1769278-ex-diretor-de-manicomio-e-demitido-de-coordenacao-na-saude.shtml>>. Acesso em: 01 de agosto de 2020.

CASTORIADIS, C. O imaginário social: a criação no domínio social-histórico. In: Encruzilhadas do labirinto II: domínios do homem. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

CELLARD, A. A. Análise Documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, organizadores. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 295-316.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7.

DELGADO, Pedro G. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Trabalho, Educação, Saúde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.

DELGADO, Pedro G. G. As mudanças na política de saúde mental. Entrevista do mês de jul. 2019. Entrevistadoras: Inês Costal e Patrícia Conceição. Salvador: Observatório de análise política em saúde, 2019b. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/entrevistado-mes-de-julho-pedro-delgado/>.

DUARTE, Sílvia Louzada. A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental Na Voz Dos Militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica. 2016. 130f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Faculdade em Política Social. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016

FAGUNDES JUNIOR, Hugo Marques; DESVIAT, Manuel; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1449-1460, May 2016. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501449&lng=en&nrm=iso. access on 05 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00872016>.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. O Social em Questão, Rio de Janeiro, ano XXII - nº 44, p. 111-138, Mai-ago. 2019.

GULJOR, Ana P. et al. Nota de avaliação crítica da nota técnica 11/2019. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>

KODA, Mirna Yamazato. Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em Saúde Mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial. Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia social e do Trabalho. São Paulo. 186p. 2002.

LEAL, Erotildes Maria; FERRARI, Ilka Franco. A realidade social brasileira e o retrocesso na Saúde Mental. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. , São Paulo, v. 22, n. 3, pág. 421-438, setembro de 2019.

LIMA, Rossano C. The rise of the psychiatric counter-reform in Brazil. Physis, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290101, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290101>.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro v. 12, n. 2, p. 399-407, abr. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CCMS. Reforma Psiquiátrica: Cuidar, sim. Memória da Loucura. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/cuidar2.html>>. Acesso em 09 de out de 2019.

MILANI, Carlos R. S., O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. rap – Rio de Janeiro 42(3):551-79, maio/jun. 200.

MOTTA, Daniela Belchior; SILVA, Haylyn Giron. A luta antimanicomial e participação social: a experiência da associação pró saúde mental trabalharte. cadernos de psicologia, Juiz de Fora, v. 2 , n. 3, p. 85-107, jan./jun. 2020 – ISSN 2674-9483.

NUNES, Mônica de Oliveira et al . Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 24, n. 12, p. 4489-4498, Dec. 2019 .

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. Physis, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 625-644, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312008000400003&lng=en&nr m=iso

PASSOS, R. G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora. Sociedade em Debate, Pelotas, v.23, n.2, p. 55-75, jul./dez. 2017. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1678/1043>>.

PATEL V; SAXENA S; LUND C; THORNICROFT G; BAINGANA F; BOLTON P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet 2018; 392:1553-98.

PENA, Rodolfo F. Alves. "O que é Neoliberalismo?"; *Brasil Escola*. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-neoliberalismo.htm>. Acesso em 01 de agosto de 2020

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; CONCIANI, Marta Ester. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 319-331, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232009000100038&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Mar. 2021.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100038>

PORTARIA Nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005

RAMÔA, Marise; TEIXEIRA, Mirna Barros; BELMONTE, Pilar. As comunidades terapêuticas no cenário das políticas públicas: o retorno a práticas institucionalizantes. Revista Platô: Drogas e Políticas, São Paulo, v. 3, n.3, p. 35-65, jun. 2019.

REVADAM, Rafael ; SCARTEZINI, Tainá. 50 ANOS EM 5: COMO O BRASIL ESTÁ REGREDINDO DÉCADAS NA LUTA ANTIMANICOMIAL. COMCIÊNCIA, São Paulo. 7 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/50-anos-em-5-como-o-brasil-esta-regredindo-decadas-na-luta-antimanicomial/#more-5314>>. Acesso em: 18 de dezembro de 2020.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 19, n. 54, p. 515-526, Sept. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300515&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Mar. 2021.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>.

RIBEIRO JM, MOREIRA MR, BASTOS FIPM, FERNANDES, FMB, INGLEZ-DIAS A. Políticas de saúde mental, álcool, crack e outras drogas: o caso do município do Rio de Janeiro. Cien Saude Colet 2016;21(1):71-81.

ROTELLI F, LEONARDIS O, MAURI D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: Nicácio MFS, organizadora. Desinstitucionalização. 2ª. Edição. São Paulo: Hucitec; 2001. p.17-58.

SCARCELLI, Ianni Régia. O Movimento Antimanicomial E A Rede Substitutiva Em Saúde Mental: a experiência do município de São Paulo. 1998. 156f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. São Paulo, 1998.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO - Política de Saúde Mental Democrática e Popular, Textos Oficiais, 1989.

SESTELO JAF. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. Ciên Saude Colet 2018; 23(6):2027-2033.

SILVA JL. Terapia de rede para adictos: programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas [tese]. São Paulo (SP): Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2011.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro,

v.22, n.5, p.1455-1466, maio 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002501455&lng=pt&nr=iso>. acessos em 11 nov. 2020.

VASCONCELOS, E.M. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional da Luta antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política. Caderno Brasileiro Saúde Mental, v. 4, nº 8, p.57-67, jan./jun. 2012.