

**A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos
militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica**

Sílvia Louzada Duarte

**Dissertação de Mestrado em Política Social
Programa de Pós-Graduação Graduação em Política Social
Universidade Federal do Espírito Santo**

**Vitória
Maio de 2016**

SÍLVIA LOUZADA DUARTE

**A LUTA ANTIMANICOMIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA VOZ DOS
MILITANTES DO MOVIMENTO PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de mestre. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Garcia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Garcia.
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
Orientadora.

Prof.^a Dr.^a Ana Targina Rodriguez Ferraz.
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Cavalcante Lima.
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Maria Lúcia Teixeira Garcia, que me apresentou ao mundo da pesquisa ainda na graduação e que, ao longo dos anos, vem me ensinando, orientando e me estimulando neste caminho. Toda a sua sabedoria, paciência e exigência, foram, sem dúvida, essenciais para que eu chegasse até aqui.

Aos entrevistados nesse estudo, Cristina Ventura, Domingos Sávio, Eduardo Vasconcelos, Marco Duarte, Márcia Schimidt, Marta Zappa, Melissa Oliveira, Paulo Amarante, Pedro Gabriel Delgado pela compreensão, disponibilidade, e pelas valiosas contribuições.

À banca, professora Rita Cavalcante que desde a graduação vem contribuindo e aceitando participar do debate. À professora Ana Targina Rodrigues Ferraz por aceitar participar da banca de qualificação e defesa trazendo importantes reflexões. Às professoras Edla Hoffman e Iris Maria de Oliveira pela simpatia e disponibilidade na participação da banca de qualificação. Certamente foram contribuições significativas, que proporcionaram o enriquecimento deste trabalho.

Aos meus queridos pais, Lenize e Gilson, pelo amor, apoio, força e financiamento dessa caminhada. Ao meu irmão Gabriel, pela companhia e incentivo. Aos meus parentes, em especial tia Lucinêide, pela acolhida em sua casa nos momentos finais dessa caminhada e aos primos Fernanda, Fábio e Mariana pela torcida.

Ao João Paulo, meu companheiro, pela paciência, amor e incentivo. Obrigada por compreender a minha ausência e me apoiar nos momentos de angústia.

Aos colegas de turma por tornarem esse processo mais prazeroso. Em especial, Cláudio e Verônica pelos diálogos, conselhos, incentivos e experiências compartilhadas.

Ao grupo de estudos Fênix, pelos diálogos e reflexões. Em especial à Mirian pelos conselhos sobre Gramsci, bibliografias emprestadas e pela ajuda em uma das entrevistas. À Edneia pela troca de informações que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Às secretárias do Programa, Damaris e Adriana pela atenção nos momentos que precisei.

À CAPES pelo financiamento, por meio da bolsa de estudos.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	23
3	A LUTA PELA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	34
3.1	A CONFIGURAÇÃO DO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	42
3.2	A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A LUTA PELA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	52
3.3	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL IMPLEMENTADA NO BRASIL	68
4	OS MILITANTES DO MOVIMENTO PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	87
4.1	BANDEIRAS DE LUTA DO MOVIMENTO E SUA CONCRETUDE NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL- UM BALANÇO	87
4.2	A REDE IDEALIZADA E A REDE EXISTENTE- SONHOS QUE SE (DES)FAZEM	95
4.2.1	As comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial	102
4.3	A LUTA NOSSA DE CADA DIA: POR ONDE CAMINHAM AS AÇÕES?	107
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
	REFERÊNCIAS	119
	APÊNDICES	128

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Indicação dos sujeitos a serem entrevistados	25
Figura 2	Situação após o contato com os indicados	27
Figura 3	Cobertura dos CAPS por municípios ao final de 2014	72
Figura 4	Bandeiras colocadas e pontos fundamentais para a sua implementação	93
Figura 5	Rede de Saúde Mental	98

LISTA DE SIGLAS

ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria
AFDM- Associação dos Familiares de Doentes de Saúde Mental
AMA's- Associação dos Amigos dos Autistas
ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APACS- Associações de Proteção e Assistência aos Condenados
BDTD- Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BPC- Benefício de Prestação Continuada
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CAPES-Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
CFP- Conselho Federal de Psicologia
CFESS- Conselho Federal de Serviço Social
CNSM- Conferência Nacional de Saúde Mental
DINSAM- Divisão Nacional de Saúde Mental
FEBRACT- Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FBH- Federação Brasileira de Hospitais
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
OMS- Organização Mundial de Saúde
ONG- Organização não Governamental
PAIUAD- Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas
PNASH- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PPGPS- Programa de Pós-graduação em Política Social
PRH- Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
PSM- Política de Saúde Mental
PVC- Programa de Volta pra Casa
LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social
MLA- Movimento de Luta Antimanicomial
MNLA- Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MRP- Movimento pela Reforma Psiquiátrica
MS- Ministério da Saúde

MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial
NUPPSAM- Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde
ONU- Organização das Nações Unidas
PPGPS- Programa de Pós-graduação em Política Social
RAPS- Rede de Atenção Psicossocial
RENILA- Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimancomial
SENAD- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SOSINTRA- Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho
SUS- Sistema Único de Saúde
TCC- Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES- Universidade Federal do Espírito Santo
UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar os rumos da Política de Saúde Mental (PSM) (2001-2015) na perspectiva dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP) à luz das bandeiras de luta do movimento. Esta reflexão se dá considerando um cenário hoje marcado por resistência de alguns segmentos ao fechamento dos leitos psiquiátricos, a expansão mais recente das comunidades terapêuticas religiosas, o processo de neoinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico e ainda, as mudanças na gestão da coordenação nacional de saúde mental do Ministério da Saúde. Tem-se como hipótese que em um contexto de projetos em disputa, a reforma psiquiátrica vem perdendo alguns dos avanços conquistados desde a década de 1990. Para tanto, foi utilizada como método a história oral, com entrevista semiestruturada, feita a nove militantes do MRP. Para a análise, utilizamos a análise de conteúdo. Os resultados demonstram que a bandeira inicial do movimento, de reforma dos hospitais, foi substituída pela bandeira ‘por uma sociedade sem manicômios’, marcando uma trajetória de desinstitucionalização. A bandeira antimanicomial continua viva na agenda do movimento, considerando que os hospitais psiquiátricos ainda se colocam como parte integrante do tratamento após a aprovação da Lei 10.216 em 2001. Este fato evidencia que a área da saúde mental é fortemente tensionada por diferentes atores que, a partir de seus interesses, se colocam tanto contrários como a favor da reforma psiquiátrica. Marca ainda o tensionamento que estes grupos exercem sobre o aparato estatal. O movimento assume um posicionamento crítico em relação à implementação da PSM. Diante das condições dos serviços de saúde mental, os militantes defendem o fortalecimento não só destes, mas dos serviços públicos em geral. Apesar de não haver um consenso entre os militantes, no que diz respeito aos rumos da PSM, esses denunciam o processo de neoinstitucionalização, com novas formas de institucionalização, por meio do aumento e criação de leitos nas comunidades terapêuticas. Assim, entre avanços, recuos e desafios, enfatizam que a luta no campo da saúde mental não pode ser descolada de um campo maior de luta social, sendo necessário, portanto, o fortalecimento da luta antimanicomial em tempos de crise.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Movimento pela Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização. Neoinstitucionalização. Militantes pela Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The goal of this study is to analyze the direction of mental health politic (MHP) (2001 – 2015) on the perspective of the militants from the psychiatric reform`s movement (PRM) by the light of the movement`s struggle flags. That thinking is built considering a scenario marked by the resistance from some segments to the closure of psychiatric beds, to the most recent expansion of religious therapeutic communities, to the neoinstitutionalization`s process of individuals in psychological distress and yet, to the changings in the management of the mental health`s national coordination from the health ministry. There is a hypothesis that in a context of competing projects, the psychiatric reform is losing some of the advances made since the 1990. Therefore, it was used the oral history as a method, with semi structured interview, done with nine PRM`s militants. For the study, we used this content analysis. The results show that the initial movement flag, of the reform of hospitals, was replaced by the flag of “a society without mental hospitals”, marking a trajectory of deinstitutionalization. The flag of the anti-mental hospitals keeps on the movement`s agenda, considering that the psychiatric hospitals still put themselves as part of the treatment after the approval of the law 10.216 in 2001. This fact shows that the mental health field is strongly tensioned by different agents that from their interest, they stand against as much as in favor of the psychiatric reform. It also marks the tension that these groups have on the state apparatus. The movement takes a critical position in relation to the implantation of MHP. Facing the conditions of mental health services, the militants claim for the strengthening of not only these kind of services, but public services in general. Although there is no consent among the militants, over the directions of the MHP, they condemn the neoinstitutionalization`s process, with new ways of institutionalization, by increasing and creating beds in therapeutics` communities. Therefore, between advances, setbacks and challenges, they emphasize that the struggle on the mental health field can not be detached from a larger social struggle field, being necessary, therefore, the strengthening of anti-mental hospitals` struggle in time of crisis.

Keywords: mental health politic. Psychiatric reform`s movement. Deinstitutionalization. Neoinstitutionalization. Militants of psychiatric reform.

1 INTRODUÇÃO

Constitui objetivo deste estudo analisar os rumos da Política de Saúde Mental (PSM) (2001-2015) na perspectiva dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP) à luz das bandeiras de luta do movimento. Entendemos aqui, que o MRP é o nome genérico de um processo que envolve diferentes segmentos na luta em defesa da melhoria das condições dos sujeitos em sofrimento psíquico, como alguns conselhos - Conselho Federal de Psicologia (CFP) e Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) -, algumas associações de usuários e familiares, o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA)¹, etc. Considerando o cenário atual, marcado pela: **a)** resistência de alguns segmentos ao fechamento dos leitos psiquiátricos, como por exemplo, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Indústria Farmacêutica; **b)** a expansão mais recente das comunidades terapêuticas religiosas; **c)** o processo de neoinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico e; **d)** as mudanças na gestão da coordenação nacional de saúde mental do Ministério da Saúde (MS), nosso objeto reflete a necessidade de fazer um estranhamento dos rumos da PSM e indagarmos: para onde caminha a PSM à luz das bandeiras de luta do MRP?

No centro do debate está a desinstitucionalização como bandeira de luta do movimento e os rumos que a PSM foi tomando pós-implementação da Lei 10.216. Partimos da hipótese de que, nesse contexto de projetos em disputa, a reforma psiquiátrica vem perdendo alguns dos avanços conquistados desde a década de 1990. O objeto escolhido traz em si uma intencionalidade da pesquisadora de trazer à tona debates que estão na agenda do dia do MRP.

Nosso caminho passará pelo debate sobre as ações que estão sendo desenvolvidas no campo da saúde mental desde 2001 (ano de aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica) e o ano de

¹ A principal diferença entre MRP e MLA é que este representou a inserção de usuários e familiares, além dos profissionais da saúde mental ao movimento inicialmente criado – o MTSM em 1978, que em 1987 assumiu a nova denominação de MLA- e é o que tem estado mais presente no desenvolvimento da reforma psiquiátrica (VASCONCELOS; RODRIGUES, 2010). Enquanto o primeiro é um processo que envolve além destes setores, corporações da área, universidades, setores contra-hegemônicos do governo, etc, sendo, portanto, um movimento mais amplo (PITTA, 2011) e com articulações mais institucionais, com espaço político maior no Estado (VASCONCELOS, 2010).

2015 (momento de realização das entrevistas com os militantes do MRP). Assim, o nosso foco é a análise que estes² fazem dos rumos da PSM.

Como objetivos específicos, temos:

- descrever as principais bandeiras de luta do MRP, visando identificar quais foram implementadas e quais foram excluídas da agenda do movimento;
- Descrever como se caracteriza o processo de desinstitucionalização e as lutas do MRP por sua implementação;
- verificar como os sujeitos avaliaram o processo de expansão dos serviços substitutivos e o incremento da neoinstitucionalização;
- identificar as formas de resistência do MRP frente às ações do Ministério da Saúde (MS) por meio da Coordenação de Saúde Mental;
- Identificar o fenômeno da neoinstitucionalização na perspectiva dos militantes;
- problematizar a PSM, buscando identificar seus principais avanços e desafios.
- Contribuir com a luta do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Essa proposta é fruto de um percurso iniciado há cinco anos. A aproximação com o tema surgiu na graduação, inicialmente como bolsista de iniciação científica e, por fim, com a produção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “Redução de Leitos Psiquiátricos- um longo caminho³” (DUARTE, 2013), orientado pela Professora Dr^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia.

No terceiro período da graduação, quando fui indicada para uma bolsa de iniciação científica, o tema “saúde mental” me foi apresentado. Foram três anos estudando a temática ao longo do curso. No TCC investigamos o processo de redução de leitos psiquiátricos, por meio das normalizações do MS, buscando identificar se essas normativas reafirmavam os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (DUARTE, 2013). Concluímos que o processo de redução de leitos se configurou como um importante instrumento em defesa da PSM na luta pela desospitalização, mas distante da bandeira da desinstitucionalização que visa à extinção das

² Os militantes do MRP são inúmeros e nossa escolha recaiu sobre trabalhadores dos serviços, militantes que estiveram na gestão (ex-coordenadores de saúde mental) e aqueles que estão na academia.

³ Este TCC foi fruto de uma bolsa de iniciação científica do CNPq de três anos de duração (de agosto de 2010 a agosto de 2013), pesquisa vinculada ao no Grupo de estudos e Pesquisa em Análise de Políticas Públicas (FÊNIX), na área de saúde mental.

internações em manicômios e a reorientação do modelo psiquiátrico. Ou seja, o processo de implementação da PSM no Brasil avançou, mas ainda estava longe da desinstitucionalização (AMARANTE, 1995). Diversas inadequações nos hospitais psiquiátricos foram apontadas por meio das avaliações feitas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH), levando ao fechamento de alguns destes⁴ (DUARTE, 2013).

Constatamos que no interior desse processo de redução de leitos, se inscreve o embate entre interesses públicos e privados, forças que atuam pró e contra o processo de redução de leitos. Nesse embate, a redução e/ou fechamento de leitos avançou nos hospitais psiquiátricos públicos e privados, mas enfrentou resistências dos hospitais privados por meio da FBH.

Além disso, o cenário em que se desenvolve a política de saúde no Brasil é o do capitalismo em seu estágio atual, onde a intervenção do Estado é pequena na garantia de direitos sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Com o avanço do neoliberalismo no Brasil, na década de 1990, temos um Estado que *pari passu* ao processo de redemocratização, se volta não para a ampliação de direitos sociais, mas para a diminuição dos gastos sociais, voltado para o equilíbrio financeiro do setor público (BEHRING, 2009).

Em termos da dinâmica do capitalismo periférico, as legislações sozinhas não conseguem efetivar conquistas da classe trabalhadora⁵. Marques e Mendes (2012, p. 268) colocam que

[...] a dominação financeira sustenta a permanência de uma política econômica que torna o social apenas um apêndice, sempre subordinado aos objetivos macroeconômicos. Então a realidade dessa área social se apresenta plena de cortes de recursos e contingenciamentos.

O texto de Marques e Mendes (2012) indica que, se por um lado o Estado brasileiro gastou 7,5% do PIB com o pagamento da dívida em 1995 e 6,9% em 2005, por outro o gasto em saúde variou de 1,73 a 1,76% no mesmo período. Considerando as previsões orçamentárias para 2016, a saúde terá um corte de 2,5 bilhões de reais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016).

⁴ Segundo o relatório de gestão 2007-2010, 29 hospitais foram indicados para descredenciamento e 15 foram fechados (públicos e privados) após essas avaliações (BRASIL, 2011).⁴

⁵ Vemos hoje a desregulamentação de direitos da classe trabalhadora, a expansão do desemprego, terceirização, aumento da exploração, flexibilização do trabalho, entre outras consequências.

Esse (des)financiamento da saúde vai refletir em todas as ações da área, e ao contrário do que muitos dizem, a difícil situação em que chegou a saúde não se deve a problemas de gestão da coisa pública, discurso que promove mais brechas à privatização, mas está enraizada nas medidas neoliberais adotadas ao longo dos governos Collor/Itamar, Fernando Henrique Cardoso, Lula e Dilma (SIMIONATTO; COSTA, 2014).

Apesar de o MS ter ampliado a rede extra-hospitalar de base comunitária e terem defendido a desinstitucionalização, a cobertura dos serviços no campo da saúde mental, não alcança a totalidade dos sujeitos que deles necessitam. Há ainda a presença de hospitais psiquiátricos fazendo parte do tratamento, ou seja, muitos avanços devem ser conquistados para que consigamos avançar na luta pelos princípios da reforma psiquiátrica. E mais, esse quadro reflete uma situação crônica no mundo, retratada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). De acordo com a Organização, as respostas dos sistemas de saúde às pessoas em sofrimento psíquico⁶ não ocorre no nível adequado. Isto porque, nos países pobres e em desenvolvimento, entre 76 e 85 % das pessoas que apresentam transtornos mentais graves não recebem tratamento e, nos países desenvolvidos a taxa é de 35 a 50 %. Esse quadro se agrava quando se verifica a baixa qualidade da atenção prestada aos casos tratados em muitos serviços. Ou seja, não basta expandir serviços, sem a garantia dos princípios da reforma psiquiátrica (OMS, 2013).

Ao findar as análises do TCC, algumas inquietações ficaram para serem pensadas: será possível, algum dia, se efetivarem os princípios do MRP em uma sociedade capitalista? As novas legislações em saúde mental caminharão em qual direção? Terão um retrocesso? E os hospitais psiquiátricos, que sempre ocuparam um papel central, deixarão de ser os principais responsáveis pelo tratamento psiquiátrico? Será possível uma sociedade sem estas instituições? Diante de tantas dúvidas, a ideia foi continuar esse caminho em busca de respostas por meio do mestrado em Política Social na mesma Universidade.

Na construção do projeto de mestrado, a ideia inicial era analisar os discursos das forças políticas em disputa - ABP, FBH, Federação Brasileira de Comunidades terapêuticas

⁶ Apesar da OMS utilizar o termo 'pessoas com transtornos mentais', e a legislação brasileira adotar 'portadores de transtorno mental', optamos por utilizar 'sujeitos em sofrimento psíquico' (também utilizado no campo da saúde mental e atenção psicossocial), pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre e que isso faz parte de uma experiência enquanto sujeito. Diferente de um portador, que ao que parece, carrega um fardo, que tem posse de alguma coisa a vida toda (AMARANTE, 2007).

(FEBRACT), MLA, CFP e CFESS - sobre uma sociedade sem manicômios. Porém, a partir de orientações, vimos que esse objeto estava muito amplo.

Além disso, a partir de uma entrevista feita por Mírian Cátia Vieira Basílio (integrante do grupo Fênix), durante seu doutorado em Serviço Social na UFRJ, com Pedro Gabriel Delgado⁷, este evidenciava que a oposição à PSM se faz no eixo de redução de leitos. Segundo ele,

[...] Havia, digamos, até 2003-2004, certa posição que favorecia a discussão de alguns pontos da questão de saúde mental. Esse quadro começa a se complicar de fato, porque, a partir do momento que avançava a implantação dos serviços de saúde mental, avançava a criação de CAPS, residências terapêuticas, se fazia a redução de leitos e o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Essa relação pacífica durou muito pouco tempo, porque, com a questão do fechamento de leitos, começou a se organizar, dentro do legislativo, grupos de parlamentares que começaram a fazer a crítica da política de saúde mental e do fechamento de leitos [...] **A oposição à saúde mental se fazia na oposição a redução de leitos. A ABP, a partir de 2006, passou a verbalizar essa oposição sempre associada a parlamentares [...]** (grifos nossos)⁸.

Assim, considerando: **a)** a assertiva de Delgado acima e o processo de redução de leitos estudado no TCC; **b)** algumas mudanças que vinham ocorrendo no decorrer dos anos com a implementação da política, principalmente com o debate em torno das drogas, tema tão evidente no momento atual (como o Plano de Enfrentamento ao Crack, marco do governo Lula e seguido pelo governo Dilma, que interfere e traz vários desdobramentos negativos em direção à luta antimanicomial), decidimos inicialmente relacionar dois pontos – a resistência ao processo de redução de leitos e expansão das comunidades terapêuticas religiosas sob o marco do Plano Crack.

A partir desses dois pontos, e vendo a importância de analisar a PSM de uma forma que não fosse análise documental, visto a grande prevalência de textos e estudos sobre reforma psiquiátrica por meio de documentos, entre outros, optamos por analisar os rumos da PSM a partir da perspectiva dos militantes do MRP. Nosso desafio era vocalizar a luta antimanicomial, a partir de seus militantes que fizeram (e ainda fazem) parte da luta em defesa dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico. Assim, diante de indagações que ficaram do TCC, dessa entrevista cedida a mim, e tentando dar continuidade ao estudo inicial,

⁷ Psiquiatra, doutor em Medicina pela US, Professor da UFRJ, Ex- coordenador de saúde mental do MS por dez anos e militante histórico do MRP no país.

⁸ Sobre o legislativo federal e saúde mental, a tese de Mírian Cátia Vieira Basílio (2015) traz importante análise.

uma nova questão surgiu – Como os militantes do MRP analisam os rumos PSM à luz das bandeiras de luta do movimento?

No levantamento bibliográfico realizado na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) e no Portal de Periódico Capes sobre Reforma Psiquiátrica e PSM, encontramos produções que traziam diversos enfoques sobre os serviços substitutivos em saúde mental, da reforma psiquiátrica em outros países, como Espanha, Itália, Dinamarca; a questão do trabalho em rede, a família no processo de institucionalização, a formulação e a implementação da PSM, entre outros. Todos esses sendo tratados por diferentes áreas de estudo, como a psicologia, a enfermagem, a psiquiatria, a saúde, o direito, o serviço social, a educação, a comunicação e as artes, a saúde coletiva, etc. Com isso, identificamos que o tema Reforma Psiquiátrica vem sendo discutido, de forma bastante heterogênea, e que não é só uma particularidade brasileira.

Entre as produções que abrangem a reforma psiquiátrica e a PSM destacam-se quatro teses, dez dissertações e dez artigos. Os estudos enfatizavam: **a)** o planejamento das ações de saúde mental (TONINI, 2005); **b)** o processo de reforma psiquiátrica brasileira, envolvendo temas como desinstitucionalização e loucura (HEIDRICH, 2007); **c)** a política e recursos/gastos em saúde mental (MATEUS, 2009; GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012); **d)** a implementação da política de saúde mental e agentes formuladores (PORTO, 2010; SANTIAGO, 2009; OLIVEIRA, 2009; SORDI, 2010; OLIVEIRA; GARCIA, 2011); **e)** a implementação da reforma psiquiátrica (ARY, 2009; AMARAL, 2006; PITTA, 2011; BORGES; BAPTISTA, 2008); **f)** os direitos humanos sob a perspectiva de profissionais de saúde (BRITO, 2011); **g)** a saúde mental na atenção primária (PÔRTO, 2012); **h)** a gestão (MIELKE, 2013); **i)** os desafios e obstáculos da política (FERREIRA DE LIMA, 2010; ZGIET, 2010).

Dias e Ribeiro (2011) fazem uma avaliação da política quanto aos aspectos normativos, de demanda, de oferta e de financiamento. Concluem que a sustentabilidade das inovações da reforma psiquiátrica depende de melhor financiamento e de integração dos serviços comunitários à rede de atenção primária, do desempenho geral do SUS e da redução de serviços exclusivos e autônomos na atenção primária.

Oliveira e Garcia (2011) analisaram a PSM e sua inserção no planejamento e na gestão dos municípios do estado do Espírito Santo. Concluíram, por meio de dados, que a saúde mental apareceu como item da agenda municipal em seu planejamento, mas sua configuração não garante que as ações propostas sejam efetivadas, pois não asseguram os recursos necessários à sua execução.

Há também estudo sobre a evolução do gasto federal entre 2001 e 2009 na política de saúde mental no Brasil (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012). Neste caso, os autores fazem a análise a partir da promulgação da Lei 10.216 de 2001. Concluem que houve aumento dos recursos nesse período e que no ano de 2006 ocorreu a inversão nos gastos, na direção dos serviços extra-hospitalares.

A avaliação da Política também é feita a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Aqui, a partir desses documentos, estão propostas que vão ao encontro dos pressupostos da reforma psiquiátrica, mas há também propostas contrárias, de cunho autoritário e disciplinador (JARDIM; CARTANA; KANTORSKI; QUEVEDO, 2009).

Oliveira (2009) analisa a implementação da PSM em municípios de pequeno porte no Espírito Santo, neste caso 43, mas os que possuem serviço de saúde mental são apenas 21. Na maioria dos municípios estudados pela autora, inexistiu um serviço estruturado nesta área, conforme as diretrizes da política nacional de saúde mental. Além disso, o processo de descentralização dessa política não possibilitou aos municípios capixabas, de forma homogênea, a existência de um projeto de base comunitária e territorial nem definição de recursos destinados a esse tipo de tratamento no orçamento da saúde.

Porto (2010) estuda a implementação da PSM no município de Fortaleza, no contexto do MRP de 2001 a 2008. Conclui que neste município existe uma rede que não está efetivamente organizada em relação à estrutura física, aos recursos humanos dos CAPS, que são insuficientes para a demanda, à precariedade do vínculo empregatício dos profissionais, ao quantitativo insuficiente de residências terapêuticas, apenas uma para uma população de quase dois milhões e meio de habitantes.

Sordi (2010) analisa a formulação da PSM no período de 2001 a 2004, enfocando os principais agentes formuladores, assim como busca reconstruir o contexto das políticas nacionais de saúde mental como substrato à compreensão da política local. Conclui que o

período mostrou investimento voltado à formulação de um modelo político em saúde mental, dentro de uma proposta de gestão coletiva e participativa. Mostrou ainda que os agentes formuladores, assim como as lideranças políticas, mantiveram relações com a rede pública do município, contribuindo para a implementação do novo modelo. Não apareceram na pesquisa grandes divergências entre o grupo de agentes decisores, mas estes colocavam que existiam tensões entre secretaria municipal de saúde e o serviço de saúde envolvendo disputas políticas.

Borges (2007) busca compreender as transformações na atenção ofertada à luz do avanço da implementação do SUS, resgatando os conceitos que orientam a proposta da reforma psiquiátrica, além de adotar diferentes olhares analíticos sobre a produção normativa e política dessa estrutura e o modelo assistencial que se logrou construir desde 1990 até 2004. Este período é abordado em quatro momentos específicos: momento germinativo, de latência, de retomada e de expansão. A autora afirma que a Coordenação Nacional de Saúde Mental tem se esforçado, mas considera que a história da política não é a história da implantação da reforma psiquiátrica, mesmo que o movimento tenha mantido sua posição de principal informante da política.

Santiago (2009), em sua dissertação, traça um panorama da saúde mental pública no Distrito Federal entre 1987 e 2007 visto a relação desse campo com o processo de reforma psiquiátrica nacional. A análise demonstrou que o Distrito Federal apresenta uma atenção predominantemente asilar, enfrentando dificuldades para a implementação de serviços de atenção psicossocial propostos pela Política Nacional de Saúde Mental e a transformação dos serviços já existentes.

Há ainda cinco produções mais específicas sobre a reforma psiquiátrica, que perpassam também pela PSM. Ferreira de Lima (2010) estuda os movimentos progressivos e regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil, a partir de uma análise da saúde mental na perspectiva da psicologia social crítica e analisa os desafios atuais para uma eficaz desinstitucionalização e emancipação social.

Pitta (2011), em artigo publicado na revista *Ciência e Saúde Coletiva*, faz um balanço da reforma psiquiátrica após a homologação da Lei 10.216/2001 enfatizando instituições, atores e políticas e os desafios encontrados. Conclui que houve avanços nas prescrições e diretrizes

do Ministério da Saúde, da Justiça e Direitos Humanos, da Cultura, do Trabalho, para a área, que podem ser vistos por meio de legislação, nos relatórios das Conferências, nas portarias, entre outros. Essa autora nos questiona: após anos de resistência cívica e vitórias acumuladas estaria a reforma psiquiátrica brasileira dando sinais de exaustão? Esta questão provocativa de Pitta ilumina as indagações e conclusões de outras pesquisas e também o nosso caminho.

No que diz respeito a livros, podemos citar *Loucos pela vida*, de Paulo Amarante, que conta a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, enfatizando o movimento da reforma no Brasil⁹ no início das décadas de 1970 e 1980, assim como as tensões, lutas, diretrizes, objetivos, conceitos, enfim, momentos que marcam sua história.

Portanto, as produções exploram dimensões do gasto, formulação e implementação da política em algum município a partir de determinado estabelecimento, dos técnicos ou quanto aos aspectos normativos, análise da reforma elencando história, desafios, avanços, entre outros. Dessa forma, não há nenhum trabalho que realiza o estudo sobre a compreensão dos militantes do MRP sobre os rumos da PSM à luz dos dias atuais. Os textos de Amarante fazem um resgate histórico da reforma psiquiátrica datado, que não cobre o momento presente, alvo de nossa proposição. Assim nossa proposta de investigação tem relevância científica.

Quanto à relevância social, a discussão poderá trazer novos argumentos, novas críticas, proposições e contribuir no debate e formação para aqueles que estão envolvidos no campo da saúde mental, seja no campo da reforma psiquiátrica, seja no campo das drogas, entre eles, familiares, movimentos sociais, usuários, profissionais envolvidos, entre outros. Acredito ainda que a sociedade como um todo poderá repensar o seu olhar sobre o sofrimento psíquico, assim como o debate sobre as drogas que tanto têm sido enfatizado nos tempos atuais.

⁹ Essa trajetória do Movimento requer inscrevê-lo em um dado processo histórico que não se circunscreve à Saúde Mental, mas a atravessa. Esse é um debate que faremos em nossa dissertação.

Cabe ressaltar que nosso objeto faz parte da agenda da OMS, que realizou um evento em 2015 reunindo as principais lideranças do MRP de diversas áreas, envolvendo a academia, a gestão, para discutir e analisar a PSM no Brasil, enfatizando seus principais avanços e problemas¹⁰.

Considero importante ainda, para os profissionais de Serviço Social aprofundarem o debate na área, visto que, além de outras, esta também constitui um campo de atuação para nós. Assim, é necessário que percebam, aprofundem e reflitam sobre as políticas e ações que são implementadas.

Entendemos que, no processo de formação de uma política pública, existem as fases de formulação, implementação e avaliação e que no seu decorrer acontecem inúmeros embates, negociações, resistências, que envolvem interesses na maioria das vezes divergentes entre vários sujeitos coletivos. Podemos perceber que o campo da saúde mental é visto como um espaço de luta entre forças que, diante de um processo decisório, no qual se estabelecem alianças e disputas que facilitam ou impedem o avanço das ações de desinstitucionalização – um dos objetivos de luta do MRP, buscam alterar ou não a forma de tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico (GARCIA, 2011). O campo em disputa envolve a construção de um projeto contra-hegemônico, a desinstitucionalização, que se choca com duas vertentes de um mesmo projeto: o de institucionalização e o de desospitalização (conceitos que aprofundaremos na dissertação).

Nesse sentido, a construção da hegemonia, da luta que se trava em torno dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, assim como pelo seu protagonismo e espaço na sociedade que acontece em espaços desfavoráveis, não se dá apenas na esfera superestrutural, mas envolve também o campo econômico (SIMIONATTO; COSTA, 2014). Assim,

Se no âmbito da superestrutura [...], Gramsci aponta a possibilidade das classes subalternas visualizarem as contradições que partem do mundo econômico e espraiam-se na totalidade das relações sociais, por outro lado a esfera cultural e a transformação das visões de mundo e dos modos de pensar constituem-se em fatores decisivos para os que lutam por uma nova hegemonia (SIMIONATTO; COSTA, 2014, p.70).

Inserido nesse processo, é importante o papel da ideologia – concepções de mundo presentes em diversos grupos da sociedade. Ideologias estas que, nas palavras de Gramsci (2015, p. 237)

¹⁰ A partir desse evento, está sendo elaborado um documento que sistematiza o que foi discutido que poderá auxiliar no debate de quem se dedica ao tema.

“organizam as massas humanas, formam o terreno no qual os homens se movimentam, adquirem consciência de sua posição, lutam, etc”.

Portanto, decorrente de um processo longo e ainda em curso, entendemos que esses embates não cessaram, pelo contrário, continuam bastante expressivos nesta área. Seja dentro do aparato estatal ou não, entendemos que, no decorrer do desenvolvimento PSM em 2001 (ano de aprovação da lei de Reforma Psiquiátrica) até hoje, os conflitos se fazem presentes.

Em abril de 2016, em um momento de crise política e econômica, o filme no Brasil “Nise, o coração da loucura” nos recorda a história da psiquiatra alagoana Nise da Silveira que revolucionou o tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico e mostrou ser possível uma forma mais humana de lidar com os mesmos.

Outro momento de grande destaque, e que evidencia a luta no campo da saúde mental, é a luta “Fora Valencius”, no final de 2015 e início de 2016, que gira em torno da posse do novo coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde, Valencius Wurch. Valencius já foi diretor do maior hospital psiquiátrico privado no Rio de Janeiro e o maior privado da América Latina na década de 1990. O Hospital Drº Eiras foi alvo de sucessivas denúncias de maus tratos, mortes, falta de higiene, descaso com os pacientes. Ou seja, Valencius sintetiza um currículo oposto à luta antimanicomial. Sua nomeação como coordenador nacional da saúde mental expressa o crescimento de uma tendência no campo- a neoinstitucionalização. Mas há também resistências a essa nomeação. Espraiam-se no Brasil o movimento Fora Valencius, em que são urdidas articulações com outros movimentos sociais e ocupação da sala da coordenação do Ministério da Saúde, para mostrar que o movimento precisa de um representante identificado e comprometido com as lutas pela defesa do SUS e claro, com o processo de reforma psiquiátrica. Polariza-se o embate, reacendendo no MRP novos motes para suas ações. Mas é preciso deixar claro aqui que no interior desses embates, as ações se voltam para: **a)** a institucionalização enquanto modelo tradicional de tratamento; **b)** a desinstitucionalização buscando alterar a forma de tratamento asilar com a extinção das internações em manicômios; **c)** a desospitalização vendo a necessidade de redução do tamanho e do tempo de internação dos sujeitos nos hospitais, entendendo que, muitas vezes há o reconhecimento de que a internação em hospitais não é a melhor forma, mas que ainda assim se faz necessária na sociedade. Há autores que entendem este processo como uma etapa transitória na direção da eliminação dos hospitais psiquiátricos. Entretanto, há críticas a essa

perspectiva, entendendo que os hospitais ao continuarem no presente, sob outras roupagens, resultariam naquilo que vem sendo denominado de neoinstitucionalização. É um longo caminho de construção de um modelo hegemônico de exclusão do dito louco. E, mais longo ainda, a construção de uma sociedade sem manicômios.

A fim de dar continuidade aos estudos iniciados na graduação, e aprofundar reflexões sobre a reforma psiquiátrica brasileira e sobre a implementação da PSM, além de suas implicações para a sociedade, proponho esse novo debate e venho reafirmar meu compromisso com a defesa dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico – sujeitos da PSM e com os princípios do MRP.

Nossa dissertação está organizada em três capítulos, sendo que no primeiro capítulo vamos falar do caminho metodológico adotado. Este caminho privilegiou a história oral e envolveu entrevistas com nove militantes do MRP em 2015. Esse encontro possibilitou uma reflexão sobre os rumos da PSM antes e após a aprovação da lei 10.216.

No segundo capítulo, vamos abordar a luta pela desinstitucionalização e o processo de configuração da PSM. Aqui, vamos expor o processo de institucionalização do tratamento em saúde mental e a luta contra a institucionalização, passando pelas psiquiatrias reformadas e pelo processo de desinstitucionalização, baseado nos moldes italianos que refletiu no processo da reforma que se dá no Brasil. Além disso, vamos explicitar como se configura o processo de reforma psiquiátrica (destacando momentos da formulação e implementação da PSM no país).

No terceiro capítulo, apresentaremos os resultados da pesquisa feitos a partir das reflexões dos militantes do MRP sobre a PSM. Abordaremos as principais bandeiras do MRP, cotejando quais delas foram incorporadas pela política. A seguir falaremos da expansão dos serviços substitutivos, da configuração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011 e o lugar das comunidades terapêuticas em seu interior e os desdobramentos desta inserção. Apontamos ainda os rumos das ações em saúde mental, enfatizando os debates atuais e as dificuldades que se colocam na área da saúde mental.

Por fim, as considerações finais da dissertação apontam que a bandeira inicial do movimento, de reforma dos hospitais, foi substituída pela bandeira ‘por uma sociedade sem manicômios’, marcando uma trajetória de desinstitucionalização. A luta antimanicomial persiste, considerando que os hospitais psiquiátricos ainda se colocam como parte integrante do

tratamento. Não há um consenso entre os militantes entrevistados sobre o caminho tomado pela política, apesar de denunciarem o processo de neoinstitucionalização, assumindo um posicionamento crítico em relação à implementação da PSM. Apontam que há momentos de avanços e outros de retrocessos, resultante dos interesses envolvidos no campo da saúde mental – palco de embates e disputas por projetos hegemônicos e contra hegemônicos. É momento de lutar!

2 O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Considerando que a ciência não é neutra, mas atravessada por valores, entendemos que não existe neutralidade axiológica (LOWY, 1978). Entendemos ainda que a saúde mental pode ser afetada por diferentes fatores, em que esta não pode estar descolada de uma totalidade maior, isto é, vai além do âmbito individual no que diz respeito a modos diferentes de ser e interagir, novas emoções e comportamentos, mas envolve também fatores sociais, culturais, econômicos, ambientais, níveis de vida, condições de trabalho, entre outros (OMS, 2001). Assim, é necessário desvelar o que está oculto, evidenciando as contradições, as disputas, os interesses que perpassam nosso objeto deste estudo. Ou seja, nosso percurso metodológico tem um posicionamento ético e político que orienta a relação entre o sujeito que pesquisa e o objeto pesquisado.

Partindo de nosso objeto, nosso percurso exigirá recorrer, por meio das formulações gramscianas, os conceitos de Estado ampliado (sociedade política e sociedade civil), hegemonia e contra-hegemonia, que serão aprofundados no decorrer do processo e com os quais estruturaremos a base para análise que nos dispomos a realizar. Além dessas categorias, será problematizada a reforma psiquiátrica, e as noções de desinstitucionalização, desospitalização e luta antimanicomial, visando atender aos objetivos propostos.

Com relação ao método, lançamos mão da história oral. Esta, como método permite “que se recrie a multiplicidade original de pontos de vista” (THOMPSON, 1992, p.25). Construída em torno de pessoas, a história oral tem como objetivo trazer à tona fatos vivenciados num determinado processo, dando voz aos sujeitos envolvidos. Assim, o método permite apreender acontecimentos da história que os documentos não mostram, como por exemplo, a disputa de interesses, os embates ideológicos (THOMPSON, 1992). Partindo desses indicativos, o uso da história oral se justifica nesse estudo para poder melhor compreender os rumos da PSM partindo dos sujeitos que militaram e militam no MRP brasileira.

A história oral requer pesquisa de campo com a realização de entrevista, com foco no resgate da memória dos sujeitos que vivenciaram o processo. Optamos pela entrevista semiestruturada, que dá ao entrevistador maior liberdade para encaminhar a entrevista, assim como estabelecer um diálogo com o entrevistado (MAY, 2004). Desenvolvemos roteiros que

sofreram pequenas alterações¹¹ no que se refere às duas primeiras entrevistas e as demais (apêndice B). O roteiro continha tópicos considerados imprescindíveis para nos ajudar no processo, devido à necessidade de maiores esclarecimentos e aprofundamento em relação ao objeto de estudo. Esses tópicos eram os fios condutores para o resgate da memória dos entrevistados.

Para a seleção dos sujeitos foi escolhida a técnica da bola de neve. Para tanto, utilizamos informantes-chave. Inicialmente planejamos fazer três entrevistas exploratórias, com Eduardo Vasconcelos, Paulo Amarante e Pedro Gabriel Delgado. Na técnica da bola de neve, o primeiro informante indicaria outros que seriam entrevistados a seguir e a delimitação do número de entrevistados seria por critério de saturação. Mas, no decorrer do processo (e por oportunidades que foram surgindo), esse planejamento inicial tomou novos rumos, visto que realizamos apenas duas – com Eduardo Vasconcelos e Marco Duarte. É válido ressaltar que apesar da mudança, ambos tinham informações privilegiadas em relação ao nosso objeto de estudo.

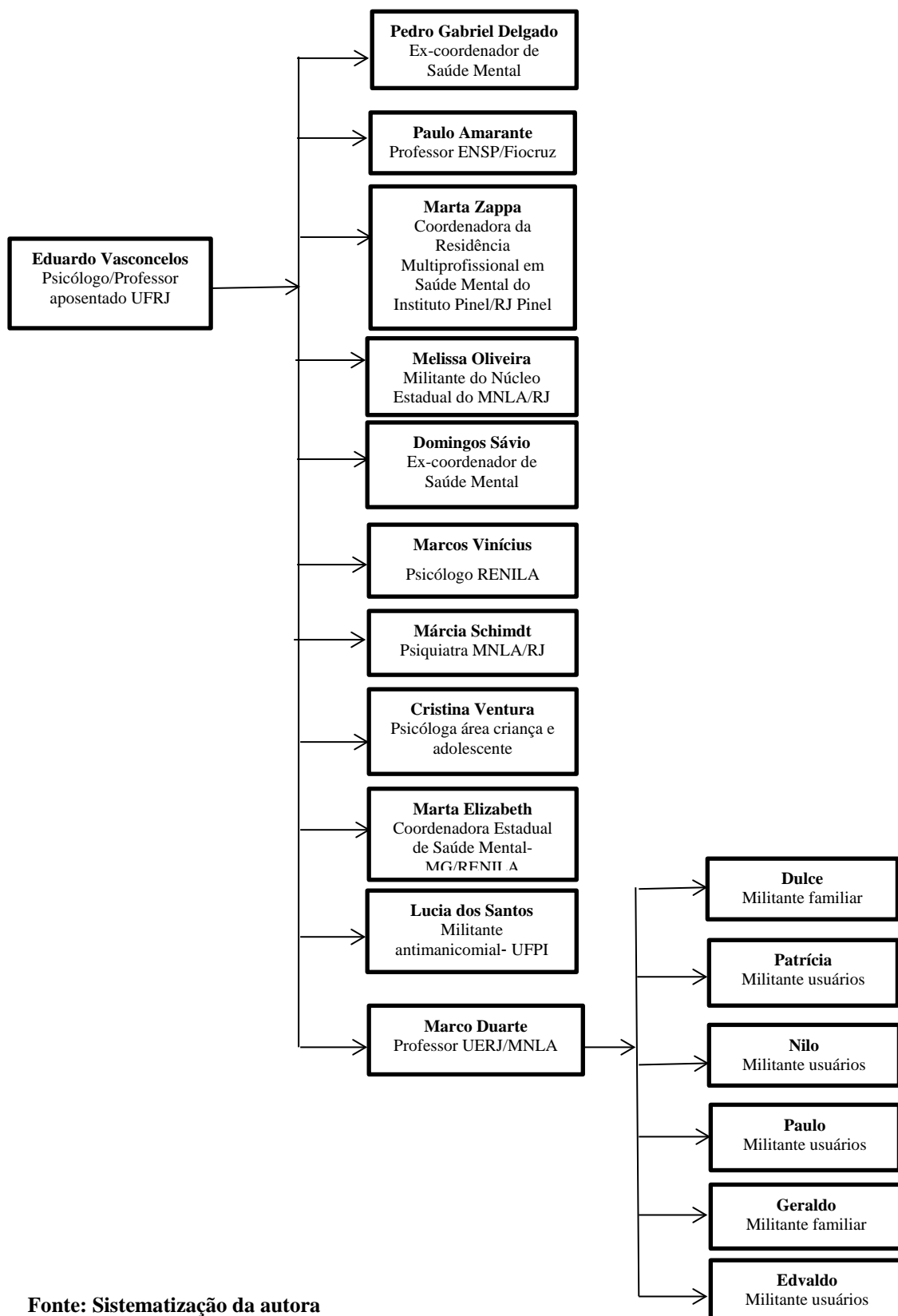
Como critério de inclusão no processo de pesquisa, o sujeito deveria reconhecer-se e ser reconhecido como militante na luta antimanicomial, o que abrange militantes tanto do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) quanto da Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA)¹² que estão na gestão, na academia, e nos próprios serviços.

Nessa etapa de identificação dos principais sujeitos da pesquisa, realizamos as duas entrevistas exploratórias e, estes indicaram outros sujeitos representados na figura 1 (abaixo).

¹¹ Nas duas primeiras entrevistas, que foram exploratórias, houve a pergunta sobre indicações de sujeitos a serem entrevistados. Nas demais essa pergunta foi retirada, e a ordem de algumas das perguntas foi modificada.

¹² Rede formada por diferentes núcleos em defesa da luta antimanicomial, presente em doze estados brasileiros e criada após uma separação do MLA.

Figura 1 – Indicação dos sujeitos a serem entrevistados



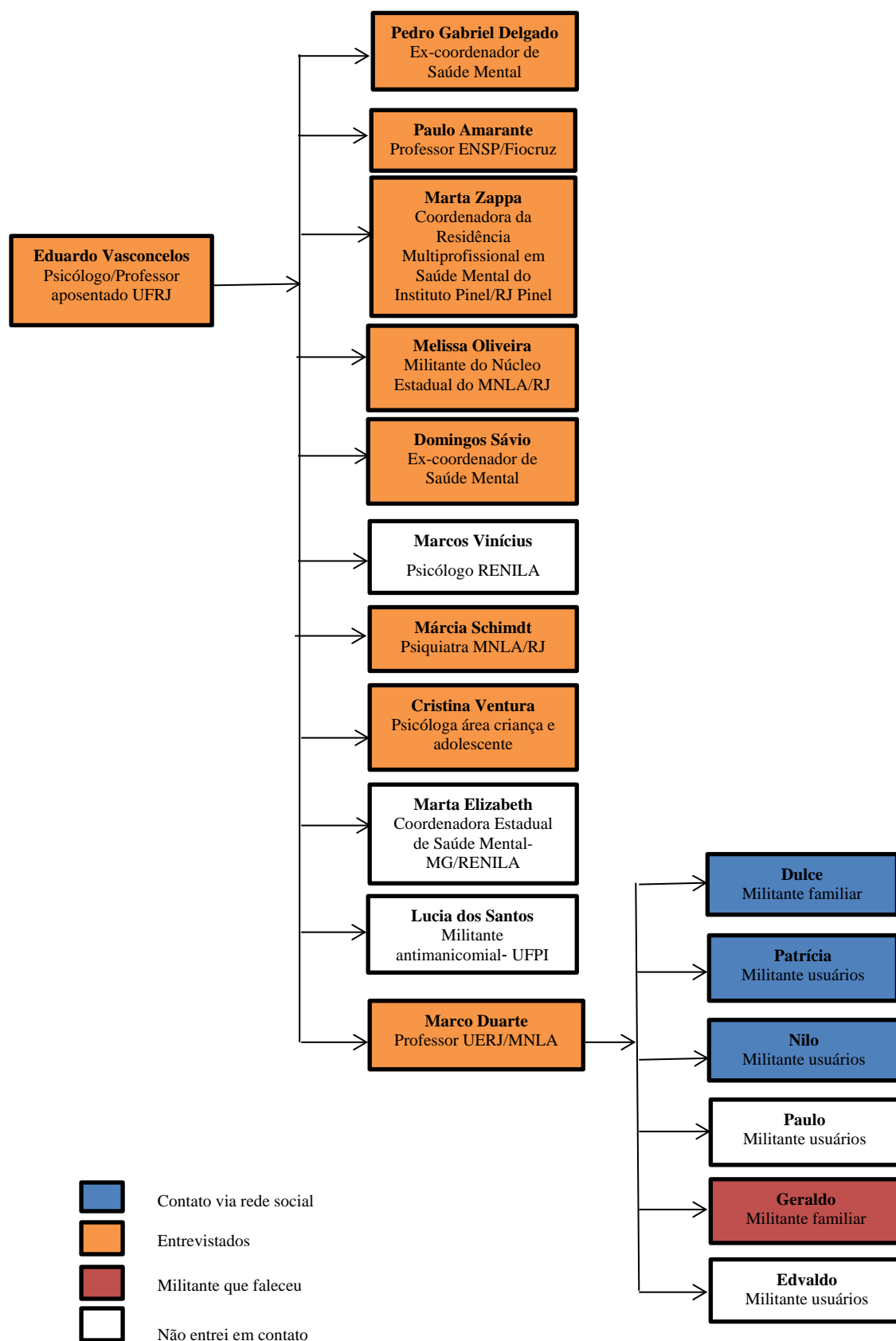
Fonte: Sistematização da autora

Eduardo indicou nomes de militantes da academia, outros que estiveram na gestão da Coordenação de Saúde Mental do MS e profissionais dos serviços. Entre os indicados por Eduardo, estava Marco que foi nosso segundo entrevistado. Já na segunda entrevista, Marco indicou nomes de militantes que representam usuários e também familiares, a partir do momento que eu falei quais foram os nomes sugeridos por Eduardo. Assim, os nomes não se repetiram e Marco, apesar de concordar com os nomes já sugeridos, apontou a necessidade de abarcar outros tipos de militantes, de forma que todos os segmentos presentes no interior do movimento (profissionais de saúde, academia, usuários e familiares) fossem entrevistados. Mas no decorrer no processo de pesquisa não foi possível entrevistar todos eles.

Realizamos nove entrevistas, sendo que duas foram exploratórias e sete com os nomes que Eduardo me indicou. O contato inicial para agendamento de entrevistas foi principalmente via email, pois os sujeitos residem em diferentes estados, sendo a maioria do Rio de Janeiro. Mas, alguns contatos também ocorreram via rede social, em conversa conjunta com alguns dos militantes indicados. Na mensagem falamos a respeito do tema e objetivo da pesquisa, bem como a solicitação de participação na mesma.

Entre os indicados por Marco, um havia falecido meses após a indicação de seu nome. Do restante, apenas dois me responderam, porém, não realizamos as entrevistas, um devido a incompatibilidade de horário e outra por morar em São Paulo. Portanto, todos os entrevistados foram do Rio de Janeiro e a razão foi econômica (o Programa de Pós-graduação em Política Social (PPGPS) pagou o deslocamento da pesquisa – duas viagens ao Rio- e por restrições orçamentárias obtidas em 2015) não pudemos entrevistar sujeitos de outros estados. A figura 2 ilustra quais foram os sujeitos indicados e destes, quais foram entrevistados.

Figura 2- Situação após o contato com os indicados.



Fonte: Sistematização da autora.

Na história oral, é *mister* identificarmos os sujeitos entrevistados, visto serem portadores de uma memória social que buscamos recuperar e estes são pessoas que trazem longas e importantes trajetórias na luta antimanicomial.

Em março de 2015 fiz a primeira entrevista com Eduardo Vasconcelos em sua residência no Rio de Janeiro. Este, além de ser psicólogo, cientista político, doutor pela Universidade de Londres, militante do movimento antimanicomial no Brasil é também integrante do MRP desde o início da década de 1980.

A entrevista foi iniciada com uma informação relevante para a minha pesquisa sobre um encontro da OMS em que foi feita a análise da PSM por lideranças do movimento da reforma de todo o Brasil, e que será produzida um documento¹³ com a sistematização deste encontro. O entrevistado, que se coloca como membro do MNLA, descreve a sua vinculação ao MRP, além de outras militâncias que se deram anteriormente. Trouxe informações importantes, principalmente relacionadas à divisão do MLA, onde traz o seu ponto de vista sobre essa questão, além dos outros pontos colocados no roteiro.

A segunda entrevista exploratória foi realizada em junho, três meses depois da primeira, durante um encontro de Política Social realizado na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Como o primeiro entrevistado tinha indicado este militante, aproveitei a ocasião para tentar entrevistá-lo. No processo da entrevista, Marco ratificou sua militância no MLA, se mostrou crítico em relação às comunidades terapêuticas, à RAPS (por burocratizar e engessar os serviços) e à RENILA. Por outro lado, defendeu a lógica dos CAPS, principalmente os CAPS III e uma estratégia de atenção psicossocial enquanto uma forma de cuidado, em que a porta de entrada não seja só a atenção primária pela estratégia de saúde da família, fora da lógica da verticalização (atenção primária, secundária e terciária), mas que envolva os diferentes serviços, na lógica do território. Então a atenção psicossocial seria mais ampla, e a estratégia de saúde da família faria parte desta atenção e não o contrário.

No fim de mais ou menos uma hora de entrevista, Marco apontou alguns nós da reforma como: os manicômios judiciários que agora são chamados de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, mas ainda continuam manicômios. Com relação a estes aponta que

¹³ Este documento ao final desta dissertação ainda estava em processo de elaboração.

ainda é muito difícil até para a própria rede lidar com o “louco infrator”; o Programa de Volta pra Casa (PVC) relacionado ao benefício do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS) no que diz respeito à curatela e tutela dos usuários. Outro nó são as residências terapêuticas, por sua precária estrutura, tanto relacionada aos profissionais, quanto a estrutura física; a lógica da privatização na saúde mental, entre outros. Faz a indicação de militantes representantes de familiares e usuários, por entender que seria importante eu também ver o ponto de vista deles acerca da implementação da PSM, visto que, também são atores importantes no processo da reforma. Além disso, na primeira entrevista só foram indicados militantes que estiveram na gestão, que estão na academia, ou nos serviços.

Passados quatro meses após esta entrevista, embarco novamente para o Rio de Janeiro, com sete entrevistas agendadas, para serem realizadas em três dias. A primeira delas, foi na casa da entrevistada. Psiquiatra participante do MTSM, do MNLA e do Núcleo Estadual do MLA do Rio de Janeiro, Márcia se dedicou durante anos como trabalhadora em grandes hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, e se aposentou em 2015.

Esta entrevista durou quase duas horas e a entrevistada detalhou sua trajetória de militância, descreveu a preparação de alguns encontros e conferências na área de saúde mental e, principalmente, pelo processo que se deu até a divisão do MLA em 2001. Traz o termo transintitucionalização, que também foi apontado por outros entrevistados.

No segundo dia, três entrevistas estavam agendadas. A primeira delas foi realizada no Hospital Philippe Pinel, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), pois a entrevistada trabalha nesse local. A entrevista é marcada pela ênfase no atual período do país, no que diz respeito às políticas públicas, principalmente a de saúde. Marta enfatiza também a formação para a militância no movimento de reforma que está faltando hoje nas universidades. Em relação à divisão do MLA, hesitou um pouco em responder, alegando que não sabia muito sobre o assunto, que isso era até uma autocrítica dela.

Na parte da tarde, fui à residência de Domingos, ex-coordenador de saúde mental do MS e atual presidente do Instituto Franco Basaglia no Rio de Janeiro/RJ para realizar a segunda entrevista do dia. Antes de iniciarmos a conversa, pediu para ver o roteiro que eu tinha preparado. Durante a entrevista fez um paralelo entre o período em que foi coordenador de saúde mental (1991 a 1996) e sua relação com o MLA. Coloca que no momento em que

esteve na coordenação nunca se avaliou como um representante do movimento, mas sim como um representante do ideário do mesmo. Quando surgiu a questão da divisão do MLA disse que preferia não falar, porque não via profundidade no mesmo, apesar de enfatizar que essa cisão trouxe prejuízos para a luta. Houve um momento em que pediu para que eu não gravasse. Faz ainda uma avaliação muito positiva da PSM nos últimos anos, mas apontando também os percalços, como as comunidades terapêuticas na RAPS, gerando uma forte contradição na política, e a permanência de hospitais psiquiátricos.

Na terceira e última entrevista do dia, Paulo Amarante (um dos fundadores do MRP, militante do MLA) me recebeu em seu apartamento por pouco mais de duas horas. A entrevista foi marcada pela riqueza de detalhes com que falava sobre os assuntos, desde sua trajetória como um dos fundadores do Movimento pela Reforma, até o momento atual. As críticas também foram uma das marcas do encontro, pois trouxe discordâncias em relação à Declaração de Caracas, à nomenclatura das residências terapêuticas, ao termo transtorno mental, e assim como os outros entrevistados, Paulo criticou as comunidades terapêuticas, a forma como alguns CAPS estão estruturados hoje, alguns pontos da RAPS, entre outros. Assim como Eduardo falou da divisão do MLA, destacando aspectos semelhantes, e deixou bem claro que sempre foi contra o mesmo.

No último dia de entrevistas, fui ao encontro de uma militante do Núcleo estadual do MNLA do RJ. A entrevista foi em um café, na Tijuca. Melissa se mostrou muito animada com o convite e era a mais nova entre os entrevistados. Assim, por ser uma militante jovem no movimento e por não ter acompanhado todo o processo, apontou que poderia responder às perguntas a partir do momento em que se aproximou do movimento e colocou também que poderia falar mais sobre o movimento atual do Rio de Janeiro. O processo de transinstitucionalização e a crítica com relação ao atual formato de alguns CAPS, também estiveram presentes em suas falas. Estas estiveram muito voltadas para a defesa da ocupação da cidade pelos sujeitos em sofrimento psíquico, como uma forma de aproveitar os espaços que ela proporciona.

Mais tarde fui ao encontro de dois entrevistados na UFRJ, mais precisamente no Núcleo em que trabalham. Primeiro, entrevistei Cristina, psicóloga da área de criança e adolescente, doutora e pesquisadora em Saúde Mental do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria (NUPPSAM/IPUB/UFRJ) e que também já foi

consultora do Ministério da Saúde na área da saúde mental de crianças e adolescentes. No início da entrevista deixou clara a sua posição de trabalhadora na área de saúde mental e disse não se reconhecer enquanto uma militante específica do MLA, apesar de lutar pela causa da Reforma Psiquiátrica. Em relação à divisão do MLA colocou que não saberia analisar as principais tendências – MNLA e RENILA, por não conhecer as pautas, etc, porém sabe que ocorreu o racha. Citou uma coisa nova a respeito da internação familiar que está sendo feita na própria casa do paciente, além de citar o termo neoinstitucionalização, no que diz respeito a questão das comunidades terapêuticas.

Em seguida, realizei a última entrevista, com pouco mais de 50 minutos, com Pedro Gabriel, outro ex-coordenador de saúde mental do MS. A entrevista foi interessante porque ao mesmo tempo em que foi um dos fundadores do MTSM, também foi coordenador de saúde mental, enfatizando momentos mais diretos de militância, e também sobre o período em que esteve na gestão. Apesar de colocar muitos pontos positivos, também faz a crítica à PSM do MS com relação às ações na área de álcool e drogas. Assim como outros entrevistados trouxe também os termos transinstitucionalização e neoinstitucionalização, como processos que vem ocorrendo com frequência, sendo que o primeiro se dá principalmente no Rio, relacionado ao processo de tirar as pessoas de hospitais privados e levá-las para o público, enquanto não se efetiva o processo de desinstitucionalização. Já o segundo, coloca que vem acontecendo no geral, e diz respeito às novas formas de institucionalização, mas em outros locais, como nas comunidades terapêuticas, por exemplo.

A escolha de nossos entrevistados foi adequada e cobriu temporalmente o período da constituição do MLA e a luta pela reforma psiquiátrica (décadas de 70, 80 e 90); a luta pelo marco normativo no Congresso Nacional (décadas de 80, 90 e 2000) e, por fim, o momento atual de implementação da PSM (após 2001).

No processo de coleta de dados, todas as entrevistas foram gravadas em áudio e em seguida transcritas. Vale ressaltar, como dito anteriormente, que mesmo Cristina não se reconhecendo como militante, optamos por utilizar suas reflexões por trazer considerações relevantes acerca de todo o processo. No geral, os pontos colocados entre eles coincidiam em muitos aspectos, as reações dos entrevistados diante das perguntas foram de tranquilidade e disponibilidade em respondê-las, exceto em uma questão relacionada à divisão do MLA, em que quatro pessoas hesitaram um pouco em respondê-la, mas acabaram fazendo algumas considerações. Por outro

lado, houve aqueles que se consideram militantes do MNLA e falaram bastante sobre os temas abordados.

Ao término dessas entrevistas, voltei para casa mergulhada em um rico conjunto de depoimentos que resgatam processos da luta pela implementação da PSM que não estão nos livros. Esse resgate pela memória contribui para “uma história mais rica, mais viva e mais comovente, mas também mais verdadeira” (THOMPSON, 1992, p.137).

Como uma pesquisa envolvendo seres humanos, adotamos procedimentos éticos em conformidade com a resolução 466¹⁴:

- Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFES para aprovação do projeto¹⁵;
- Encaminhamento de solicitação de entrevista para os informantes-chave;
- Solicitação de autorização individual de participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Apêndice A);
- Encaminhamento da entrevista transcrita aos entrevistados para verificação de possíveis modificações ou exclusão daquilo julgado como necessário;
- Devolução dos dados da dissertação produzida e sua divulgação à CAPES, à sociedade, por meio de relatórios, disponibilização na BDTD, possíveis publicações em periódicos, entre outros;
- Destruição dos dados das entrevistas após término da pesquisa.

Utilizamos a análise de conteúdo do tipo categorial como técnica de análise de dados. Envolve três fases: 1) a pré-análise como uma fase de conhecimento, organização e sistematização das ideias iniciais e dos documentos, 2) a exploração do material que consiste na operação de codificação e, 3) o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Já a seleção de categorias “pretende tomar em consideração a totalidade de um texto, passando

¹⁴ Resolução das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

¹⁵ Projeto aprovado pelo CEP/UFES sob o nº 44201815.9.0000.5542.

pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido” (BARDIN, 1977, p. 32).

Organizamos as informações obtidas em unidades de registro, a saber: trajetória da PSM, a expansão das comunidades terapêuticas religiosas, divisão do MLA, bandeiras de luta, redução e eliminação dos leitos psiquiátricos, resistências ao processo, RAPS, desinstitucionalização/desospitalização. Em seguida, organizei em quadros separados, em que cada um estava relacionado a uma dessas unidades e continha o nome de todos os entrevistados, para fazer comparações. A ideia aqui era organizar o que cada entrevistado colocou sobre esses pontos e ver quem concordava com quem a partir de suas falas. Depois disso, construí outro quadro com as categorias de análise definidas a priori, a saber: o processo de implementação da política da PSM e as bandeiras de luta do movimento.

Considerar a perspectiva de militantes da reforma psiquiátrica implica mostrar pontos de vista de quem fez e ainda faz parte, de quem esteve ou está na luta pela mudança de tratamento dos pacientes de uma forma mais direta. Mas é também trazer luzes para as lutas travadas no interior do aparato estatal que requer a adoção de estratégias e negociações com as forças políticas existentes.

Nesse campo de luta, é necessário resgatarmos a configuração da PSM e a luta pela desinstitucionalização, nosso capítulo a seguir.

3 A LUTA PELA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O objetivo deste capítulo é abordar a forma e a lógica de tratamento das pessoas em sofrimento psíquico que vêm sendo ofertada no Brasil. Nossa problematização passa pelo debate da institucionalização como forma típica de tratamento, tendo, como exemplo, os hospitais psiquiátricos, e por outro lado a luta pela desinstitucionalização, visando alterar essa forma estabelecida na sociedade. Abordaremos a configuração do processo de reforma psiquiátrica, a partir da década de 1970, com o MTSM, destacando a constituição e os atores do MRP e a formulação da PSM no Brasil. Na análise da PSM, refletiremos os rumos tomados por esta, enfatizando o processo de redução de leitos e expansão das comunidades terapêuticas religiosas, principalmente a partir do Plano de Enfrentamento ao Crack (síntese da luta entre desinstitucionalização e neoinstitucionalização).

Para a OMS, utilizando a padronização dos manuais médicos, os transtornos mentais e de comportamento atingem pessoas de todas as idades, países e sociedades. Considerados como uma série de distúrbios segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10), os sintomas variam consideravelmente e os transtornos caracterizam-se por

[...] uma combinação de ideias, emoções, comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos a esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativa (OMS, 2001, p.9).

A partir disso, segundo a OMS em 2001, as perturbações mentais e comportamentais afetam de 20 a 25 % das pessoas em algum momento durante a vida e trazem impactos negativos na qualidade de vida dos indivíduos e também das famílias. O peso que essas doenças trouxeram no que diz respeito à incapacitação por todas as doenças e lesões foi de 12 % do total em 2000, e a previsão em 2020 é de aumentar para 15% (OMS, 2001). A OMS afirma ainda que apesar da prevalência de transtornos mentais, somente uma pequena maioria das pessoas afetadas recebem algum tipo de tratamento.

Entender o lugar e o status que o sofrimento psíquico possui é entender o fenômeno historicamente denominado de loucura. Segundo Foucault, antes do século XVIII a loucura nem sempre esteve ligada a internação, isto porque era considerada como uma forma de erro ou de ilusão (FOUCAULT, 2015). Mas,

[...] ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo, podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas. Nessas condições, compreende-se a impossibilidade de o espaço artificial do hospital ser um lugar privilegiado, onde a loucura podia e devia explodir em sua verdade. Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza; pois que era a forma visível de verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir as quimeras. As prescrições dadas pelos médicos eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo são e artificial da cidade (FOUCAULT, 2015, p.201).

Tempos depois, mas ainda na idade clássica, o enclausuramento que passa a ser feito, não só dos loucos, mas também de ladrões, leprosos, prostitutas, vagabundos, tinham como característica a hospedaria, o recolhimento e a guarda desses indivíduos estando associada à desrazão. Aqui, os hospitais e as Santas Casas de Misericórdia davam conta desse acolhimento (AMARANTE, 1995).

Já na Idade Média, a internação foi ganhando características diferenciadas, em que critérios médicos, científicos e terapêuticos foram sendo introduzidos, ao passo que a desrazão, o erro foi perdendo espaço para a alienação, associada à periculosidade e à desordem mental (AMARANTE, 1995). Era um momento em que a percepção, a dedução e o conhecimento penetravam nesses espaços e suscitavam as características médicas e terapêuticas.

Entre o final do século XVIII e início do XIX, a loucura começou a ser tratada pela medicina, isto é, o hospício deixa de ser uma instituição social, filantrópica para ser medicalizado. É importante ressaltar que as condições de surgimento de um saber e de instituições médicas estão relacionadas às condições econômicas, políticas e sociais que vão se dando a partir dos anos (AMARANTE, 1995). Sá Jr (2007, p.156), destaca que

Foi entre o fim do século XVIII e início do XIX, com o avanço do conhecimento científico e da consciência social, que a medicina começou a tomar a forma atual. A Revolução Francesa, no plano político, e os avanços científicos relacionados com a Revolução Industrial, no plano econômico, foram as influências mais significativas desse processo. Foi quando a assistência aos doentes mentais se tornou médica [...] e estatal.

Curioso notar como Foucault avalia a função do hospital psiquiátrico no século XIX: um “lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta” (2015, p.203). Ao mesmo tempo, expõe as condições desses espaços, considerado também como um “espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória

e submissão” (2015, p.203). A crítica que ele coloca a essa nova forma do hospital psiquiátrico mostra as condições em que se ergue um novo saber sobre a loucura.

Um ramo da medicina, portanto – a psiquiatria – toma para si como objeto de estudo a doença mental e não a saúde, tendo sua ação voltada para a limpeza das ruas e, conseqüentemente, a prisão e a exclusão do dito louco da sociedade (AMARANTE, 1995). De acordo com Amarante (1995, p.24) “A caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional”. Desta forma, o hospital psiquiátrico é uma instituição destinada a atender certo tipo de demanda, neste caso, sujeitos em sofrimento psíquico. Mas a institucionalização posta na sociedade acontece em vários espaços. Goffman (2013, p.11) caracterizou este espaço como um tipo de **instituição total**, isto é, “um local de residência ou trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Nestes espaços, segundo ele, existe uma divisão entre dois grupos – um grande grupo controlado e uma pequena equipe que os supervisiona, estabelecendo uma relação de poder. Enquanto um grupo tem um espaço e contato restrito com o mundo externo, o outro se integra mais; ao passo que a mobilidade social para um também é mais restrita que para o outro (GOFFMAN, 2013). Desta forma,

[...] seu ‘fechamento’ ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos (GOFFMAN, 2013, p.16).

Ao passar pelo processo de hospitalização, a pessoa está sujeita a diversas conseqüências, como, por exemplo: perda de identidade, perda de escolha pessoal, castigos, submissão às regras institucionais, rebaixamentos, entre outras (GOFFMAN, 2013).

Ainda com referência às instituições enquanto categoria, Goffman afirma que

[...] quase sempre, **muitas instituições totais parecem funcionar apenas como depósitos de internados** e que usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades dadas oficialmente confessadas e aprovadas (2013, p 69, grifo nosso).

O manicômio, como um tipo de instituição total, produz e reproduz práticas de controle, consistindo em um espaço em que o louco se torna objeto da ação de profissionais. Amarante (2002) indica que o manicômio consiste em saberes e em práticas que definem direitos e deveres distintos baseados em preconceitos, poderes, dominação. Apesar disso, com o passar dos anos, a construção de mais hospitais, na maioria de grande porte (acima de 160 leitos), espalhou-se pelo mundo.

A institucionalização de vários segmentos da sociedade gera também seu oposto – a luta pela **desinstitucionalização**, luta essa que busca mudar esse quadro desfavorável ao sujeito em sofrimento psíquico em vários países, incluindo o Brasil.

No mundo, iniciativas de contestação à institucionalização dos loucos ocorreram após a Segunda Guerra Mundial (1945) e em decorrência da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão em 1948 (GOMES, 2013). Nesse período histórico,

[...] Foi evidenciada a situação de privação de liberdade e de desrespeito aos direitos humanos a que eram submetidas as pessoas internadas em instituições psiquiátricas. Tal situação foi comparada a daqueles que viveram os campos de concentração durante o Holocausto (GOMES, 2013, p.39).

Assim, essas iniciativas que surgiram em contestação às práticas desenvolvidas nos manicômios foram denominadas por Amarante (1995) de movimentos reformistas da psiquiatria. Estes foram agrupados em três grupos: **1) a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas; 2) a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva e; 3) a antipsiquiatria e psiquiatria democrática**. O primeiro grupo diz respeito às reformas propostas somente no âmbito asilar, isto é, na melhoria da estrutura e funcionamento das instituições (GOMES, 2013). A experiência da comunidade terapêutica em 1959, na Inglaterra, partiu da deprimente condição dos asilos à época, comparados aos campos de concentração, que não recuperava os pacientes; pelo contrário, agravava o quadro dos mesmos. Situações de violência, abandono, desrespeito aos direitos humanos se faziam presentes. A partir disso, a dinâmica da instituição foi mudada com medidas administrativas, democráticas, coletivas e também participativas.

A psicoterapia institucional na França, também esteve voltada no sentido de transformar o hospital psiquiátrico, de torná-lo terapêutico, reformado, eficiente. Amarante, em sua análise sobre os movimentos reformistas da psiquiatria, recorre a Tosquelles, quando este questionava

e criticava a instituição psiquiátrica, pois a considerava um espaço de segregação, poder e verticalidade das relações intrainstitucionais (AMARANTE, 1995). Assim, esse movimento defendia a permanência do hospital psiquiátrico, pois acreditam que ele era um espaço de tratamento, que tinha como finalidade a cura do paciente para que assim ele pudesse ser reinserido na sociedade.

O segundo grupo superou um pouco as reformas voltadas somente para o espaço asilar. A psiquiatria de setor, por exemplo, também nascida na França, considerava o hospital como auxiliar ao tratamento, sendo que a internação deveria ser uma etapa, e que o paciente deveria ser prioritariamente tratado na comunidade, em seu próprio meio social, antes ou depois da internação psiquiátrica. No entanto, essa experiência encontrou resistências de alguns intelectuais e conservadores pela possível invasão dos loucos nas ruas (AMARANTE, 1995).

Já a psiquiatria preventiva ou comunitária nasce nos Estados Unidos, e demarcou um novo território para a psiquiatria, na medida em que adotou um novo objeto, a saúde mental. Atuou no sentido da prevenção e da promoção da saúde mental, criticando a alienação e a exclusão social dos sujeitos. Uma das contribuições desse modelo foi a expressão desinstitucionalização, que surge neste país, para se referir ao um conjunto de medidas de desospitalização. Na ocasião, a ideia era reduzir as internações e a permanência dos pacientes nos hospitais psiquiátricos e ampliar a oferta dos serviços extra-hospitalares. Mas, ao fazer o processo de triagem e outros mecanismos de captação, o serviço preventivista acabou aumentando a demanda ambulatorial e extra-hospitalar, não obtendo assim os resultados esperados (AMARANTE, 1995).

O último grupo é caracterizado por experiências de ruptura com os movimentos anteriores, visto que, coloca em discussão o modelo médico-psiquiátrico, as instituições a ele relacionadas. A antipsiquiatria surgiu na década de 1960, na Inglaterra, criticando e rompendo radicalmente com o modelo psiquiátrico vigente. Considerava a loucura não como um sofrimento mental, mas “um fato social, político, e até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento” (AMARANTE, 1995, p.44).

A Itália, na experiência denominada Psiquiatria Democrática, iniciada em 1961, teve como líder o psiquiatra Franco Basaglia. Foi o primeiro país a aprovar a lei antimanicomial, de nº

180 em 1978 (AMARANTE, 1995). Para Basaglia (1985), o discurso antipsiquiátrico e antiinstitucional consiste em ir além da esfera psiquiátrica, atingindo as estruturas sociais que a sustentavam. Além disso, “[...] traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença” (AMARANTE, 1995, p.47) Deste modo, Basaglia introduziu mudanças radicais enquanto esteve na direção do Hospital de Gorizia.

As mudanças radicais que aconteceram no Hospital de Gorizia tiveram a inspiração da Inglaterra com as comunidades terapêuticas e a psicoterapia institucional, em que neste contexto, a ideia era abrir as portas dos setores para quem quisesse entrar e sair, com espaços de discussão (assembleias e reuniões), e eram nestes espaços que a vida do hospital era decidida. Além disso, aboliu métodos que estavam presentes na instituição, como a punição e a coerção. Neste momento, uma dimensão negativa se instaurava na comunidade, isto é, negava-se a instituição, a relação médico-paciente, tentando destruir o princípio da autoridade, o saber psiquiátrico, a doença, enfim, tudo que envolvia a ideia de poder, exclusão, violência que se instalava naqueles espaços. Isto significava destruição, e ao mesmo tempo superação, de toda uma lógica que estava instaurada na sociedade (BASAGLIA, 1985).

Nesse primeiro momento, Basaglia acreditava na possibilidade de reforma do hospital psiquiátrico, de transformá-lo em um ambiente terapêutico, mas depois chegou à conclusão de que para se conseguir a liberdade deveria haver a destruição do hospital. Ou seja, a comunidade terapêutica não poderia ser vista como uma fase final no processo, isso porque ainda mantinha a relação médico/paciente (BASAGLIA, 2005). Aqui, o interesse era pela pessoa mais que pela doença, colocando assim em crise o paradigma da psiquiatria italiana que enfatizava mais a doença (BASAGLIA, 2005). Colocou em xeque o conceito de doença mental, no momento em que propôs colocá-la entre parênteses, isto é, retirar todo o foco que se tinha em torno dela e privilegiar o sujeito com toda a sua experiência e sofrimento com a loucura.

Diante da luta, da redefinição do objeto de intervenção, da negação da psiquiatria, da inovação de instrumentos e métodos, foi instituída a lei italiana de Reforma Psiquiátrica que determinou a extinção dos manicômios no ano de 1978. Portanto, Basaglia empenha-se não só na aprovação da lei, mas também na sua implantação. Essa lei representa o acolhimento do “processo de desinstitucionalização até então praticado e sanciona as inovações por ele

produzidas: a eliminação da intervenção psiquiátrica e a construção de serviços de comunidade inteiramente substitutivos da intervenção” (ROTTELLI; LEONARDIS; MAURI 2001, p. 48). Esse processo de desconstrução/invenção de práticas e discursos comprometidos com a objetivação da loucura e da sua redução a doença, fez parte do processo desencadeado por Basaglia.

Segundo Rotelli e colaboradores (2001), o processo de desinstitucionalização tem como primeiro passo desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir a solução racional de atingir a normalidade. Isto é, a ênfase não se coloca no processo de cura, o que não significa dizer que se exclui totalmente o cuidado, o tratamento, mas sim no projeto de invenção na saúde e de reprodução social do paciente. Isto demonstra que os autores consideram a psiquiatria e outras instituições tendo como base o racionalismo, procurando uma solução para um determinado problema. Assim, este primeiro passo procura romper com esse paradigma racionalista, transformando o modo de como os sujeitos são tratados.

Ainda segundo estes autores, todo esse processo de desconstrução envolve alguns aspectos: **1) A desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional**, sendo que os principais atores são os técnicos que trabalham nestas instituições, porque ativam toda uma rede de relações, mas os pacientes também são atores da mudança, juntamente com a comunidade local, a opinião pública, os sujeitos políticos institucionais e não institucionais. **2) O objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes** que envolve algumas ações como a eliminação dos meios de contenção, o restabelecimento do indivíduo com o próprio corpo, a reconstrução do direito e da capacidade de uso dos objetos pessoais. **3) A desinstitucionalização é trabalho homeopático que usa as energias internas da instituição para desmontá-la**, ou seja, as transformações são produzidas a partir de dentro, trabalhando com aquilo que existe usando os mesmos espaços, os mesmos recursos, o mesmo pessoal, mas mudando a forma de interação, as ações para poder “construir pedaço por pedaço as novas estruturas externas”(p.35). **4) A desinstitucionalização libera da necessidade da internação construindo serviços inteiramente substitutivos**, para que estes substituam o hospital psiquiátrico respondendo mais às necessidades dos usuários do que das instituições (ROTTELLI; LEONARDIS; MAURI 2001).

Resumindo, o processo de desinstitucionalização é caracterizado pela:

a) a construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados; b) a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos doentes, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição; c) a construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio [...] (2001, p.36)

Como vemos, esse processo é bastante amplo e vai além do simples fato de deslocar o centro da atenção para a comunidade, mas envolve não só os profissionais da área, mas também os próprios pacientes. Aqui, é estruturada uma rede de relações no sistema de ação institucional envolvendo todos os atores, dinamizando interesses, demandas, poderes, competências transformando as relações de poder entre instituições e sujeitos. Desconstrói ainda, a necessidade de internação construindo serviços substitutivos ao hospital, em que estes deverão atender a totalidade das necessidades em saúde mental (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Essas novas possibilidades de serviços pressupõem a mudança nas formas de administrar os recursos públicos para a saúde mental, entendendo que seriam recursos para ser investidos mais nas pessoas, do que nas instituições.

A desinstitucionalização é considerada um processo social e contraditório, que não se completa com a aprovação da reforma, ou lei, mas prossegue com a sua implantação, pois ela suscita conflitos, transformações dentro de uma rede mais ampla, entre outros (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Assim, no momento em que é anunciado o fim da internação psiquiátrica, que constitui o principal objetivo, “ela confirma e amplia o campo de ação da desinstitucionalização” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p.53). Isto é, a partir do que se deseja serão necessárias mudanças na organização sanitária, na justiça, nos modos de administração, nos recursos públicos, entre outros, que serão medidas e lutas posteriores ao processo de aprovação da reforma. Portanto,

[...] desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (AMARANTE, 1995, p.49).

O processo que se desenvolveu na Itália com Basaglia, influenciou a luta antimanicomial no Brasil. Quando a Lei 180 é aprovada na Itália em 1978, começam as primeiras articulações no

país no sentido da mudança no tratamento psiquiátrico. Além disso, suas vindas ao Brasil (1978 e 1979) e os contatos com militantes daqui foram de extrema importância para o início do processo (AMARANTE, 1995). À luz dos ideais basaglianos, a luta pela reforma psiquiátrica brasileira foi sendo urdida.

3.1 A CONFIGURAÇÃO DO PROCESSO DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL

O Brasil, entre 1964 e 1985, com a chamada ditadura militar, foi governado por militares, sendo um período marcado principalmente pelo autoritarismo, pela repressão e tortura, pela supressão aos direitos, pela censura e pela aversão ao regime democrático, entre outras. A partir de 1974, começaram tímidos processos de redemocratização do país, pelo fim da ditadura militar. (CASTRO, acesso 21 de abril 2016). Esse processo de transição para a democracia foi lento, mas foi marcado por organizações sociais e políticas, com movimentos sociais e sindicais que começavam a reagir.

O país, emergindo então de um período ditatorial, que “em determinada conjuntura, valeu-se do grande capital (nacional e internacional) para consolidar e expandir o modo de produção capitalista no Brasil, já agora em sua etapa monopolista” (COUTINHO, 2006, p.43) tem uma sociedade civil complexa e articulada, devido ao desenvolvimento capitalista que estava ocorrendo. Houve muitas experiências exitosas de reprimir e tentar neutralizá-la, mas a ditadura não conseguiu inverter uma tendência que já era dominante, que era a relação entre Estado e sociedade civil que estava surgindo (COUTINHO, 2006).

A sociedade civil, nas palavras de Gramsci (2001, p.20), aqui toma outras formas, onde passa a ser “o conjunto de organismos designados vulgarmente como privados¹⁶”, com elementos que envolvem a direção cultural e moral, responsáveis pela difusão das ideologias, como por exemplo, o sistema escolar, as igrejas, sindicatos, partidos políticos, organizações de profissionais, revistas, jornais, etc. (COUTINHO, 2006).

O regime ditatorial, não sendo capaz de subordinar somente por vias totalitárias essa nova sociedade civil, buscou reprimi-la, por meio de terrorismo de Estado ou domesticá-la,

¹⁶ “A denominação "privados" não aparece em contraposição ao que é público, nem nega o caráter de classe desses organismos e suas diferentes formas de expressão, na medida em que a sociedade civil não é um espaço homogêneo, mas permeado por contradições” (SIMIONATTO, 1997, sp).

passando a ideia aparente de um Estado de direito, e terminou sendo obrigado a conviver com ela apesar de não ser uma convivência livre de conflitos (COUTINHO, 2006).

Como aponta Bravo (2001, p.7)

O bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais.

Inserido nessa dinâmica, na década de 1970, e com governos autoritários com forte centralização de poder, foi adotado um sistema de Proteção Social Brasileiro caracterizado como um conjunto disperso, fragmentado, com reduzidos índices de cobertura e com frágil financiamento de iniciativas governamentais na área social (ARRETCHE, 1999). Este sistema, marcado pela forte centralização financeira e administrativa refletia negativamente nas várias políticas sociais.

A política da saúde¹⁷ era marcada por programas verticais do MS e também pela prática centralizadora do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (ARRETCHE, 1999), levando a uma medicalização da vida social. Apesar dessas práticas, o primeiro deveria ter uma atuação mais preventiva e ações de âmbito coletivo e o segundo por meio de um sistema de proteção social cobria somente uma parcela da população, no caso dos trabalhadores assalariados, através de uma contribuição social. No último, os serviços ofertados eram principalmente da iniciativa privada e comprados pelo Estado com recursos da Previdência Social (ABREU, 2009).

Há expansiva privatização da assistência médica, e registra-se a quase ausência de mecanismos de controle nos períodos de admissão e saída dos pacientes, aumentando o tempo das internações. Assim, tanto a saúde como a loucura foram transformadas em mercadorias, objetos de consumo que demandou o aumento dos leitos psiquiátricos privados (GOMES, 2013). No subsetor da assistência psiquiátrica, as longas internações em grandes asilos eram constantes e com péssima qualidade na assistência prestada e, medidas com caráter hospitalizantes eram oriundas tanto do MS quanto da Previdência Social (PEREIRA, 2004). Os recursos da Previdência eram destinados principalmente à compra de serviços privados

¹⁷ O setor de saúde que até os anos de 1960 era predominantemente público toma outros rumos a partir de 1964, em que a compra de serviços médicos a terceiros aparece bastante expressiva no cenário da ditadura (BRAVO, 2001).

(hospitalares), o que transformavam os órgãos dominados pela iniciativa privada (AMARANTE, 1995). A internação compulsória na época era o instrumento que alavancava a perda dos direitos civis nos inumeráveis hospícios privados ou públicos localizados nos grandes centros urbanos (DELGADO, 1992).

Assim, associada às diversas lutas que já estavam tomando conta naquele momento, nos fins da década de 1970, começa a assistir uma luta com vistas à transformação da assistência psiquiátrica que, reuniu e ainda reúne diversos setores da sociedade, fundamentada por uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental e também uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 1995).

As condições das pessoas internadas e dos trabalhadores nas instituições levaram ao início de críticas, insatisfações, manifestações populares e denúncias, principalmente relacionadas à violação dos direitos humanos (GOMES, 2013). É importante ressaltar que no início essas manifestações não giravam em torno somente da saúde mental, mas englobando a saúde como um todo, como, por exemplo, o desenvolvimento dos ideais da Reforma Sanitária. Neste momento, movimentos sociais, profissionais e usuários passam a contestar a prática asilar tradicional que estava instaurada, a privatização dos serviços de saúde, e as condições de trabalho, juntamente com todas as suas consequências ao paciente psiquiátrico.

Assim, por meio de ações dessa nova sociedade civil, foram criados sindicatos, partidos, movimentos que foram ganhando espaço na vida política nacional. Isso acontece devido à dinâmica contraditória em que se deu o processo de transição ao fim da ditadura. Os regimes ditatoriais “apresentam uma contradição fundamental: desencadeiam forças que, a médio prazo, não podem mais controlar, ou, em palavras mais precisas, desenvolvem os pressupostos de uma sociedade civil que escapa progressivamente à sua tutela” (COUTINHO, 2006, p.44).

Na área de saúde mental, por meio da deflagração de greve de profissionais de quatro unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) que se manteve por oito meses, é que surge o MTSM, com profissionais da área da saúde fazendo denúncias, acusações ao tipo de assistência psiquiátrica que estava sendo prestada (AMARANTE, 1995). Segundo Amarante (1995), o movimento é fruto de um amplo debate, críticas, lutas em torno dos saberes e da prática psiquiátrica, que surgiu em 1978, que buscou e busca um novo modelo de

psiquiatria em que os “ditos loucos” tenham direitos civis, políticos e sociais, ou seja, sejam cidadãos. Caracteriza-se ainda pela resistência à institucionalização, que fazia parte de uma estratégia proposital, pois a burocracia, a limitação da abrangência política e a cronificação do movimento poderiam constituir os riscos que correriam, caso ele fosse institucionalizado.

O MTSM, juntamente com outros movimentos sociais, organizam vários eventos para dar maior visibilidade as suas pautas. Os integrantes do MTSM participaram do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú, conhecido como Congresso de Abertura, em que participaram setores conservadores, organizados em torno da ABP. Neste congresso, se estabeleceu um momento de discussão e organização político-ideológica, que abrangeu não somente a saúde mental, mas também representou uma crítica ao regime político nacional (AMARANTE, 1995).

Amarante (1995), resgatando a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, a estrutura em três momentos: **trajetória alternativa, trajetória sanitaria e trajetória de desinstitucionalização.** A **trajetória alternativa**, no final da década de 1970 é considerada como um momento de discussão para se ter melhorias na saúde e na área de saúde mental, em que são feitas denúncias, críticas ao modelo asilar com práticas excludentes, desumanas, violentas e opressoras, no sentido de trazer a tona os problemas que ali ocorriam, tendo como principal ator o MTSM (AMARANTE, 1995).

No segundo momento, caracterizado como **trajetória sanitaria**, com início dos anos 1980, havia um contexto de crise e falência previdenciária, da insatisfação da população com a privatização e o sucateamento dos serviços públicos. O fato de o Estado comprar serviços psiquiátricos do setor privado, tornando a dita doença mental um objeto bastante lucrativo, gerou uma indústria da loucura (GOMES, 2013).

É um momento em que militantes do movimento se inserem no aparato estatal, principalmente nos hospitais, demonstrando a institucionalização da reforma psiquiátrica, a partir de um convênio estabelecido entre MS e Ministério da Previdência e Assistência Social, denominado cogestão. Ao longo dos anos, foram ocorrendo possibilidades de uma atuação de forças políticas dentro do aparato estatal, na tentativa de construir uma contra-hegemonia nos modelos de atenção à saúde e saúde mental (AMARANTE, 1995).

A ocupação dos espaços públicos de poder vai refletir em encontros e Conferências de Saúde Mental com destaque para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)¹⁸ em 1987, como um desdobramento da 8ª Conferência de Saúde, marcando o fim dessa trajetória (AMARANTE, 1995). No auge do contexto reformista, a 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986, reuniu mais de quatro mil pessoas, onde na ocasião “foi discutido e aprovado a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, foram elaboradas ainda novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social” (SCOREL, 2012, p.357).

Ainda na segunda metade dos anos 1980, tem-se a chamada **trajetória da desinstitucionalização ou desconstrução/invenção**, marcada pela construção de um novo projeto na saúde mental, por muitos eventos e acontecimentos importantes como o II Congresso do MTSM, também conhecido como Congresso de Bauru. O movimento vai se tornando mais amplo, ganhando novos atores, como usuários e familiares, e tomando outras proporções, mostrando como ele é heterogêneo (AMARANTE, 1995).

Devido à “necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento de questões relacionadas à saúde mental e à assistência psiquiátrica” (PITTA, 2011, p.4583), além das críticas às lideranças pela crescente entrada no aparelho do Estado, cria-se o Movimento da Luta Antimanicomial que passa a incorporar o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o qual significava

[...] um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura (AMARANTE, 1995, p.80).

O laço que passou a existir entre profissionais e sociedade, a renovação teórica e política do movimento, mostrava as principais características deste período. Além disso, essa fase de

¹⁸ A I conferência contou com a participação de delegados eleitos nas conferências estaduais, usuários e outros segmentos da sociedade, em que foram feitas algumas recomendações, entre elas, a necessidade de participação da população, a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais e que os trabalhadores realizem esforços juntamente com a sociedade civil a favor das melhorias na área da saúde. Mas, essa conferência foi realizada em meio a dificuldades, isso porque havia resistências na aceitação das ideias do MTSM por parte dos dirigentes da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e ABP. Estes eram contrários à Conferência de caráter participativo, com usuários e familiares, pois temiam perder o controle da mesma (AMARANTE, 1995).

transição teve como embasamento central um documento¹⁹ do MTSM, no qual expressa esse momento de transição de um movimento só de trabalhadores para um movimento mais amplo, o MLA.

Mais tarde, em 1988, foi aprovada a Constituição Federal, como reflexo das longas mobilizações feitas até então. Desta forma,

[...] a Constituinte foi um processo duro de mobilizações e contramobilizações de projetos e interesses mais específicos²⁰, configurando campos definidos de forças. O texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, com destaque para a seguridade social, os direitos humanos e políticos [...] (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.141).

A saúde passa a ser integrante da seguridade social e “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, sp). Passa a valer os seguintes princípios e diretrizes em relação à saúde: **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, sp.).

A Constituição estabeleceu princípios e diretrizes para a implementação de uma política de saúde, processo que tem implicações diretas para a área de saúde mental (BRASIL, 2007). Foi em 1991 que o MS criou uma coordenação nacional de saúde mental, para a formulação e implementação da política (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Neste mesmo ano de criação da coordenação, foi realizado um evento juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a fim de elaborar um documento que desse

¹⁹ **Manifesto de Bauru**

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada [...] (MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 1987).

²⁰ Para aprofundamento recomendamos a leitura do livro “Saúde- Promessas e limites da Constituição” de Eleutério Rodriguez Neto.

base a PSM a ser adotada no Brasil. No momento, colocavam que essa política deveria lutar contra a má qualidade da assistência prestada que se colocava cara financeiramente e socialmente, deveria adotar recursos mais terapêuticos e ter a descentralização “como potencializadora de novas relações políticas e culturais” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 458).

Em uma síntese, o ex-coordenador de saúde mental Domingos Sávio, na entrevista resgata três momentos que significam para ele a marca da solidificação do movimento. São eles:

[...] o **encontro de Bauru** em 87. O outro foi também em 87, foi até anterior ao Congresso de Bauru, que foi a **primeira conferência nacional de saúde mental**. Que foi um evento convocado pelo Ministério da Saúde, mas que teve grande participação do Movimento da Luta Antimanicomial, inclusive alterou o rumo do próprio congresso, da própria conferência nacional. Então é um momento muito significativo, do ponto de vista político. E ainda do ponto de vista político, é dessa mesma época em 89, a questão da **apresentação do projeto de lei** do deputado Paulo Delgado, cujo projeto eu tive o privilégio também de participar das reuniões preparatórias com o deputado para a apresentação do projeto. Então assim, do ponto de vista político, assim mais visível, eu acho esses três marcos, são os marcos mais importantes de 87 e 90.

Ou seja, o período da Nova República no Brasil é fértil na produção dos rumos da reforma psiquiátrica no país. É válido salientar que o projeto de lei 3.657 apresentado em 1989, pelo deputado Paulo Delgado colocava mudanças na assistência psiquiátrica, em que regulamentava os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico e a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por serviços substitutivos²¹ (AMARANTE, 1995). Esse projeto de Lei, continha três artigos: *1º) a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos* públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico²²; *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 manicomiais 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 devera ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade*

²¹ Segundo a ementa do projeto que “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (BRASIL, 1989, p.10.696).

²² Apesar de não propor a extinção do hospital psiquiátrico privado, constitui uma ameaça o setor privado, que o rejeita no Senado Federal (AMARANTE, 1995).

judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver (BRASIL, 1989, p.10.696).

O projeto de lei em 1989 foi apresentado e tramitou por longos 12 anos no Congresso Nacional. Entretanto, iniciativas importantes como legislações estaduais em saúde mental²³, a II CNSM em 1992, e alguns dispositivos são criados visando uma reforma na assistência psiquiátrica de maneira a humanizar os serviços e melhor organizar os recursos destinados a essa área.

Apesar dos primeiros passos na saúde mental estarem ocorrendo, o contexto da década de 1990 apresentou alguns obstáculos à área das políticas sociais. O neoliberalismo avança no Brasil configurando a mínima intervenção na área social, gerando consequências negativas para a população, como a redução dos direitos dos trabalhadores, políticas sociais focalizadas e compensatórias e condições de trabalho precarizadas (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

É válido ressaltar aqui, que o Estado não significa somente um conjunto de aparelhos repressivos, tendo como função produzir e reproduzir a divisão de classe. Aqui, tal como proposto por Gramsci, “por Estado deve-se entender, além do aparelho do governo, também o aparelho “privado” de hegemonia ou sociedade civil²⁴” (2002, p. 54).

O Estado é composto por duas esferas que se situam na superestrutura em que adquirem novas determinações: na **sociedade civil** estão os aparelhos privados de hegemonia - sistema escolar, igrejas, partidos políticos, organização material da cultura, etc - responsáveis pela difusão das ideologias e na **sociedade política** (ou Estado-Coerção) é formada por um conjunto de mecanismos por meio das quais a classe dominante detém o monopólio da coerção, da violência, e execução das leis (COUTINHO, 2006). É válido ressaltar que estas esferas que compõem o Estado ampliado[...] “correspondem respectivamente, à função de ‘hegemonia’ que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e àquela de ‘domínio direto’

²³ O Espírito Santo foi o oitavo estado a aprovar uma legislação em saúde mental. A Lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996 abordava principalmente a questão dos direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais. Como forma de garantia dos direitos, a lei regulamenta a internação compulsória (PEREIRA, 2004).

²⁴ “A real originalidade de Gramsci – as novas determinações que ele aduz ao conceito marxista de Estado-manifesta-se em sua definição “da sociedade civil”, que, como vimos, indica a nova esfera do ser social que surge com os processos de socialização política” (COUTINHO, 2011, p.25).

ou de comando, que se expressa no Estado e no governo ‘jurídico’, sendo que estas funções são precisamente organizativas e conectivas²⁵” (GRAMSCI, 2001, p.20).

Entretanto, a forma de conservar ou promover determinada forma econômica pode variar entre as duas esferas de acordo com a classe social e seus interesses, como ressalta Coutinho (2011, p.26)

No âmbito da sociedade civil, a cujos organismos se aderem voluntariamente (não sou obrigado a fazer parte de um partido, de um sindicato, de uma igreja, etc.), as classes buscam exercer sua hegemonia, isto é, buscam ganhar aliados para suas posições através da direção político-intelectual e do consenso. Por meio da sociedade política, ao contrário, exerce-se sempre uma ditadura, ou seja, uma dominação mediante a coerção (e pura coerção não se deve entender apenas a violência pura e simples, mas todos os atos governamentais que sou obrigado a cumprir, ainda que não concorde com eles, como, por exemplo, pagar impostos, prestar serviço militar etc).

Em termos da saúde mental, a lógica da institucionalização do dito louco é difundida e inculcada em nossas mentes, tornando algo como natural o que não é. Em termos ideológicos escamoteiam o que não quer que enxerguemos: a indústria da loucura. Como uma tendência hegemônica, vemos que grupos com vistas aos lucros defendem a medicalização e as internações hospitalares.

O sistema e a mentalidade vigentes estavam organizados em torno da internação (e da internação prolongada), as empresas hospitalares auferiam benefícios financeiros significativos com as internações (sua única fonte de lucro) e havia total falta de controle por parte do Estado – tem-se aí um verdadeiro empuxo à internação, e pode-se perceber por que o sistema veio a ser chamado de indústria da loucura (TENÓRIO, 2002, p.47).

A indústria da loucura fabrica loucos pela via da medicalização da vida. A utilização de medicamentos e serviços de saúde passa a ser demandados com maior frequência. Essa indústria que entorpece, mascara um contexto de interesses que estão em jogo. Entre os interesses, a lucratividade que só aumentava, portanto era *mister* manter o hospital psiquiátrico. Mas são interesses que se ajustam à dinâmica da sociedade capitalista. Se se reduzem os leitos psiquiátricos, a indústria farmacêutica, por exemplo, luta pela manutenção da lógica da medicalização. Assim, nem sempre a expansão dos serviços extra-hospitalares representa a mudança da lógica. Ou reduzindo esse espaço, a frente passa a ser os serviços extra-hospitalares – e, em ambas, a medicalização pode se fazer presente.

²⁵ Assim, não há para Gramsci uma distinção orgânica entre sociedade civil e sociedade política, é apenas uma distinção metodológica (COUTINHO, 2006).

Portanto, todo esse movimento da luta antimanicomial se constitui face a face ao seu oposto - a luta manicomial. É um processo onde se colocam diferentes forças políticas que, aos poucos, interferem no processo de constituição de uma política. No interior do próprio MLA, as posições trazem divergências. Amarante e Diaz (2012, p.84) colocam que a

(...) a **homogeneidade da sociedade civil é uma ficção**. Longe de mistificar esse campo como virtuoso, observa-se que a natureza da sociedade civil é contraditória e heterogênea, com sua pluralidade de interesses gerando uma **guerra de posições em seu interior**, como se observa nos **movimentos sociais da reforma psiquiátrica** (...).

Os autores nos alertam para a necessidade de percebermos a complexidade inscrita no debate sobre sociedade civil. Nas interpretações de Gramsci, esta se apresenta com articulações mais autônomas, e o Estado se torna mais amplo, tornando suas relações mais complexas e cautelosas. Assim, o embate aqui gira em torno da hegemonia, na luta pela direção política, que se dá no âmbito da sociedade civil, remetendo, portanto, ao que Gramsci chama de guerra de posição. Ela “encerra em si um processo de luta para a conquista da direção político-ideológica e do consenso dos setores mais expressivos da população, como caminho para a conquista e conservação do poder” (SIMIONATTO, 2004, p.41).

A guerra de posição “supõe um consenso ativo, ou seja, organizado e participativo, implicando também na unidade da diversidade, um movimento dialético e democrático” (SIMIONATTO, 2004, p.41). Essa guerra aludida pelos autores representa que, em meio à polarização de grupos contrários e a favor da reforma psiquiátrica, além de ser vista em toda a sociedade, também é vista internamente aos movimentos sociais da reforma psiquiátrica, em que existem os grupos sociais favoráveis - associações de usuários e familiares, mas existem também grupos desfavoráveis – familiares contrários ao rumo da política (AMARANTE; DIAZ, 2012). Com isso, existem diferentes forças que disputam a hegemonia no campo da saúde mental.

Considerando a sociedade civil como o espaço em que as classes disputam a hegemonia, podemos enfatizar aqui as principais disputas no campo da saúde mental, como sendo a disputa pelo conceito de saúde, em que de um lado temos saúde como um direito e por outro a saúde como mercadoria, e a disputa pelo tratamento ofertado, ora baseado na institucionalização em hospitais psiquiátricos ou outras instituições baseadas na mesma lógica, ora em serviços extra-hospitalares, na defesa de um tratamento mais humanizado.

Devemos nos atentar para o conceito de sociedade civil que amplamente vem sendo utilizado na tentativa teórico-prática de despolitizá-la convertida num “terceiro setor homogêneo falsamente situado para além do Estado e do mercado” (COUTINHO, 2006, p. 48) que se baseia numa lógica solidarista e filantrópica, em que o Estado deveria transferir suas responsabilidades, no que diz respeito a gestão e implementação das políticas sociais (COUTINHO, 2006).

Em oposição a esse modelo, temos uma sociedade civil que não deve ser tratada como oponente do Estado, mas inserida num contexto de lutas sociais e disputa pela hegemonia, sendo uma esfera própria, autônoma em relação ao Estado em sentido estrito, que funciona como uma mediação entre sociedade econômica e sociedade política (COUTINHO, 2006).

Inseridos nessa dinâmica, veremos a seguir os principais movimentos sociais inseridos no campo da saúde mental, seus atores, e o processo de formulação da PSM e seus desdobramentos que nos levam ao que está instituído hoje.

3.2 A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A LUTA PELA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A luta pela aprovação da lei de saúde mental no Brasil é parte de uma luta que ocorre no mundo em torno dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico. Segundo a OMS (2013), são os países mais desenvolvidos que possuem políticas, planos e legislação em saúde mental, sendo que nestes países 92% das pessoas estão amparadas por algum tipo de legislação, enquanto nos países pobres a abrangência é de 36% das pessoas.

Ter legislação é uma etapa, mas ela em si não assegura que o disposto em lei é adequado ou que será implementado em sua totalidade. Mas, não ter um marco normativo é alarmante em um contexto de desproteção social.

A desigualdade entre países e pessoas, as diferenças de políticas criadas, a exclusão e violência, assim como a exploração humana, resultam da dinâmica de um sistema no qual estamos inseridos e que se baseia no processo de acumulação e concentração do capital. Consiste numa sociedade de classes que se apresenta como um campo de lutas por interesses contraditórios e que, portanto, não é homogênea (CORREIA, 2012).

As lutas podem se dar em defesa tanto de interesses do capital quanto do trabalho, ainda que, desta contradição resulte em outros desdobramentos que podem levar a lutas em defesa de direitos, preservação do meio ambiente, etc. (CORREIA, 2012).

Partindo desse entendimento, existem movimentos organizados, articulados, com identidades próprias e ações coletivas de caráter contestatório que visam a mudanças em defesa de interesses ou de segmentos sociais específicos ou da sociedade como um todo (ainda que seja mais difícil), são os chamados movimentos sociais (CAMINO, 2005). Essas ações sociais coletivas são consideradas de caráter sócio-político e cultural, que podem viabilizar formas diferentes da população se organizar, expressar suas demandas e criar estratégias para defendê-las (GOHN, 2011). Assim, os movimentos sociais, um dos componentes da sociedade civil, onde estão os aparelhos privados de hegemonia, garantem a direção política e ideológica de uma classe e “surgem como uma tendência contra-hegemônica, que politiza as desigualdades sociais moldadas por práticas sociais e culturais; como uma concepção alternativa à cidadania desengajada” (AMARANTE; DIAZ, 2013, p.84).

Os movimentos formados por grupos e indivíduos que no cotidiano geram questionamentos, lutas, reflexões sobre a realidade social, podem permanecer em estado de latência, mas sua visibilidade acontece por meio de manifestações, conflitos, encontros, eventos, protestos, entre outros (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

No campo da saúde, merece destaque o Movimento Sanitário, um sujeito coletivo, que passa a defender mudanças no setor de saúde no Brasil, em que esta “deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2001, p.8). Formado pelo movimento estudantil, profissionais da saúde e da academia, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), juntamente com outros movimentos sociais e partidos políticos, defendem a Reforma Sanitária com as seguintes bandeiras: universalização do acesso; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; a saúde como direito de todos e dever do Estado; o Sistema Único de Saúde (SUS); a efetividade no financiamento; a democratização do poder local por meio de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001).

De acordo com Paim (2007, p.151),

a Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª. CNS e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo.

Também como um projeto, um movimento e um processo, o MRP, ao qual nos debruçamos em nossa pesquisa, é o protagonista na luta pela reforma psiquiátrica brasileira. Este, no mesmo contexto de redemocratização anteriormente citado, mais precisamente em 1978, surge com a bandeira de luta pela reforma psiquiátrica. Este movimento vai iniciar uma estreita relação com os movimentos sociais na década de 1980 sendo considerado amplo, pois além de incorporar militantes da luta antimanicomial, “também incorpora setores contra-hegemônicos do governo, corporações da área, usuários, familiares, universidades, entre outros” (PITTA, 2011, p. 4585).

Inserido no MRP, mas, “diferentemente de outros movimentos sociais²⁶, o Movimento Antimanicomial originou-se pela integração dos profissionais que atuam nas instituições manicomiais” (CORREIA, 2006, p. 87). Ou seja, os principais sujeitos envolvidos eram os profissionais e não os próprios usuários das instituições, que sofriam com todos os problemas existentes nestas. Isso demonstra que os pacientes, por estarem em situações que os impediam de ter voz, não faziam parte do movimento em seu início. Mas, apesar da inserção dos mesmos no MLA, além dos familiares como participantes importantes, o que predomina na saúde mental são iniciativas geralmente induzidas por profissionais (VASCONCELOS; RODRIGUES, 2010).

O MLA tem estado mais presente no desenvolvimento da reforma psiquiátrica brasileira e também na luta pelos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico. A busca por modificar as relações entre loucura e sociedade é desenhada por esse movimento no processo pela reforma. Isto é, lutam para que o consenso passivo sobre o modelo de tratamento desses sujeitos seja transformado. Este consenso passivo realizado sobre as classes subalternas em ver as coisas do dia-a-dia como naturais, aceitando o que se coloca como já estabelecido sem possibilidades de grandes mudanças é o que Gramsci considera como hegemonia da pequena política (COUTINHO, 2010).

²⁶ Como, por exemplo, o Movimento Popular de Saúde, do município de Campinas que desde o seu início contou com a participação da população por meio das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e dos profissionais da área (FERRAZ, 2005).

Assim, o movimento luta pela superação desta pequena política, pois aqui, concordamos com Amarante (1995, p.87); e entendemos a reforma “como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

Mas, como constata Amarante (1995), o termo “reforma” sempre foi utilizado com relação a transformações superficiais e não em transformações estruturais e mais radicais, sendo contraditório, portanto, sua utilização no conceito de reforma psiquiátrica. A bandeira da desinstitucionalização, defendida a partir da segunda metade da década de 1980, num contexto de eventos importantes (a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a I CNSM, Congresso de Bauru, a apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado, entre outros), foi outro sinal de que o que se queria não era uma simples reforma. Isso porque, esse é um momento em que a luta toma dimensões maiores. Isto é, as transformações deixam de ser exclusivamente no campo técnico-assistencial, para se tornar mais complexa e articulada, entre os campos político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural²⁷ (AMARANTE, 1995). Mas essa posição nem sempre é convergente e há polarizações no movimento, como será tratado nas páginas a seguir.

Partindo “do princípio de que o hospital psiquiátrico, por sua natureza e função social, era uma instituição de violência e segregação” e da permanente reivindicação do MRP, tem início a adoção da desconstrução do manicômio e de mudanças mais práticas na área (AMARANTE, 2012, p.642). No **campo assistencial**, que trata da organização e princípios do cuidado, novas modalidades de serviços que se apresentavam como alternativas ao modelo tradicional, como os CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram criados (AMARANTE, 1995). O primeiro serviço de atenção psicossocial foi o CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, em São Paulo. Assim, os serviços não deveriam ser pensados como local de repressão, exclusão, disciplina, mas sim como espaços que lidam com pessoas, em que o acolhimento, o cuidado e as trocas sociais prevalecem.

Já no campo **teórico-conceitual** o lema “por uma sociedade sem manicômios” e a desinstitucionalização se fazem presentes. Como já destacado anteriormente, “é a influência da tradição basagliana que propiciará a ruptura mais radical nas estratégias e princípios do

²⁷ Tal como também defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária.

MTSM” (AMARANTE, 1995, p. 79). O fato de colocar a doença entre parênteses, privilegiando o sujeito com toda a sua experiência, este que antes estava neutralizado e invisível, significa o rompimento com o modelo da psiquiatria que era adotado. Além disso, tem-se o pensamento de que o debate que estava sendo colocado na saúde mental deveria ser levado para a sociedade e é quando “o Movimento se apropria da discussão que extrapola o campo da psiquiatria e passa a entender que transformar o manicômio significa transformar a sociedade. Significa transformar o lugar social destinado à loucura e ao louco” (HEIDRICH, 2007, p.108). E poderíamos aqui ampliar o foco, é a necessidade de se pensar, propor e agir tendo o homem como centro, organizador do processo, diferente da lógica do capital que prioriza o crescimento econômico a todo custo, baseado na exploração dos trabalhadores e da natureza, transformando coisas e também pessoas em mercadorias.

No campo **sociocultural**, o surgimento de associações de usuários e familiares é que se destaca. Atuando no fortalecimento do movimento, contribuem no processo e ajudam na repercussão do tema na sociedade, por meio da participação em projetos de novas práticas do cuidado e atenção, a realização de eventos, conferências, congressos, esses novos atores passam a ter voz. Temos como exemplo, a Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), Associação Loucos Pela Vida, entre outros²⁸. Evidencia-se aqui que o processo de reforma psiquiátrica saía do âmbito exclusivo dos trabalhadores e chegava à sociedade (AMARANTE, 1995).

O plano **político-jurídico** aqui tem um papel central, pois é especificamente neste âmbito que se trata dos aspectos legais do tema e, portanto, da Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto de lei 3.657 de 1989 é essencial nesse processo (AMARANTE, 1995). Pereira (2004) reflete que

O processo constituinte alavanca uma ampla discussão sobre o arcabouço jurídico como um todo, trazendo reflexos nítidos no campo da psiquiatria. A necessidade de revisão da legislação sobre a doença mental torna-se um objetivo claro no movimento social, sendo construídas proposições concretas dos aspectos a serem mudados nos instrumentos legais. A incorporação da temática legal na agenda do movimento social em saúde mental espelhava o próprio momento de inflexão crítica pelo qual estava passando [...].

É importante ressaltar que não só no Brasil estava ocorrendo a luta na tentativa de reestruturação da assistência psiquiátrica. A década de 1990 foi marcada por uma Conferência realizada em Caracas (Venezuela), da qual resultou em um documento importante para a

²⁸ Na página 62 abordaremos cada uma dessas associações.

história das políticas sociais na América Latina, que foi a Declaração de Caracas. Este evento traçou algumas orientações e caminhos para a mudança e o documento sistematizou as principais ações que deveriam ser tomadas (PEREIRA, 2004). A defesa da reorientação do modelo assistencial, não mais centrado no hospital, a defesa dos direitos, recursos e legislação em saúde mental foram temas centrais na Conferência.

Apesar de esta Declaração ser um marco para alguns autores, há quem critique, como é o caso do entrevistado Paulo Amarante. Este diz:

*A declaração de Caracas entrou como um golpe no meu entendimento...e muita gente, “ah reforma psiquiátrica...”, eles não falam em reforma psiquiátrica, não falam em ruptura do paradigma, eles falam **reestruturação da assistência psiquiátrica**. Então é muito mais uma ideia de humanização e etc.(grifos nossos).*

Por outro lado, Domingos aponta:

*E eu me lembro que a primeira conversa com o ministro foi: “Declaração de Caracas, o senhor concorda? Concordo. Então está bom.” Quer dizer, eu acho que a Declaração de Caracas ela resume o nosso ideário do ponto de vista da nossa organização da política, da organização **da reestruturação da assistência**. Agora a conferência foi pra isso, a conferência se chama Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Por isso que eu estou insistindo na questão de Caracas. Eu insisto nisso, porque existe uma certa tendência de considerar as proposições da conferência como reducionistas. Na verdade, não são reducionistas.[...] Ela é uma carta de compromisso com os países, para reestruturar a atenção.(grifo nosso).*

Podemos ver que há dois pólos da questão: reestruturação e ruptura. Ou seja, a eliminação ou redução gradual dos hospitais psiquiátricos. E isso rebate na própria política, porque apesar de ser inicialmente proposto pelo Projeto de Lei Paulo Delgado a extinção progressiva, foi aprovado o redirecionamento da assistência, e implementada a redução dos leitos. Então, pontos de vista divergentes entre os próprios militantes, nos mostram como a área da saúde mental se coloca como um campo de disputa por diferentes modelos de atenção. O substrato aqui também expressa a implementação e os acordos possíveis no interior do aparato estatal. Paulo fala como atuante do MRP e Domingos na posição de gestão.

Nesse processo, outro documento que merece destaque em nível mundial é a resolução nº 46/119 da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1991. Pereira (2004, p.82) afirma que:

Essa resolução reforça a importância da garantia dos direitos dos doentes mentais e a responsabilidade dos governos no desenho de estratégias e medidas legais para a sua promoção. Pretende ser um guia de referência para que os governos construam ou

revisem as legislações nacionais, levando em conta os princípios propostos. O texto reafirma que os direitos (civis, políticos, econômicos, sociais e culturais) preconizados pela ONU devem ser também garantidos para as pessoas com doença mental sem nenhuma forma de discriminação. E mais ainda, vem reforçar a garantia do tratamento, e sua realização preferencialmente na comunidade onde a pessoa vive de forma menos restritiva possível.

Portanto, vemos que o debate na área de saúde mental estava em pauta mundialmente na agenda dos organismos nacionais e internacionais e esses documentos, apesar de serem vistos sob diferentes pontos de vista, demonstram a importância e a urgência de mudanças. No Brasil, num contexto de aprovação da Constituição Federal, de retorno às eleições diretas para a presidência da República (1989), após vinte e um anos de ditadura militar, foi apresentado o projeto de lei nº 3657 decorrente do debate que estava sendo feito sobre a loucura, cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e mudança no modelo assistencial (HEIDRICH, 2007).

De acordo com Pereira (2004), a apresentação do projeto à Câmara dos Deputados representava uma elaboração de um movimento social, e não somente de um parlamentar, pois buscavam uma forma de ter representado suas ideias e proposições, diante da luta que estavam encaminhando. E Paulo Delgado representou essa possibilidade, pois também compartilhava dos ideais do movimento, sendo, portanto, um interlocutor importante nesse processo.

Mas, como um lugar de disputas por projetos e interesses, a Câmara dos Deputados não tardou a reagir à proposta de Paulo Delgado. No ano de 1990, como afirma Pereira (2004, p.112),

[...] neste momento final de discussão na Câmara dos Deputados que os argumentos que embasaram o discurso dos grupos de atores contrários ao projeto de lei foram apresentados pela primeira vez na arena parlamentar. Os questionamentos centravam-se na exequibilidade do fechamento dos hospitais psiquiátricos, e aparece em cena a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), através da exigência do PTB de que esta instituição fosse ouvida na tramitação do projeto, como forma possível de acordo para a votação final.

Uma das críticas ao projeto fundamentava-se nos argumentos de periculosidade social e, portanto, na defesa da manutenção da assistência hospitalar (PEREIRA, 2004). Outro ponto que era enfatizado pelos deputados era o conflito entre o projeto e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), pois questões do projeto deveriam ser de responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde. Depois de discutido na Câmara dos Deputados, o projeto foi aprovado e encaminhado ao Senado Federal, onde permaneceu por quase uma década.

A necessidade de apresentação de um substitutivo ao projeto de lei original, a defesa do hospital psiquiátrico como importante recurso, emendas modificativas a respeito da diferenciação entre manicômio e hospital psiquiátrico, a função da revisão das internações involuntárias para o Ministério Público foram incorporadas ao substitutivo. No que diz respeito à reorientação do modelo e a extinção dos manicômios, foi proposta a substituição progressiva dos mesmos. Além disso, houve o discurso de associar a extinção dos manicômios com a desassistência e o aumento da população em situação de rua. Estes foram alguns dos pontos apresentados pelos senadores. Mas,

[...] o ponto nodal de toda a discussão no Senado Federal era a proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos. Era a partir desse ponto que os opositores e defensores travaram os debates mais intensos que estiveram, em certa medida, presentes na discussão final do projeto em plenário (PEREIRA, 2004, p. 136).

Entre 1991 e 1999, período em que o projeto foi discutido no Senado Federal, muitas críticas, propostas de substituição, modificações pelos senadores, pausas na discussão (1991 a 1995) ocorreram. O projeto teve momentos de fluxos, mas também momentos de interrupções passando por várias modificações até a aprovação final (PEREIRA, 2004).

Em 1999, o projeto de lei retornou à Câmara dos Deputados agora sob a forma de substitutivo no Senado. Foi retomada à discussão e foi amplamente debatido. Novamente críticas ao substitutivo foram feitas e proposições de mudanças também.

Mas, somente doze anos após a proposição do projeto de lei 3657 é que foi aprovado um substitutivo desse projeto, que é a atual **Lei 10.216/2001** que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, sp). Esse longo trajeto de proposição e aprovação reflete a luta travada no Congresso em torno de um novo modelo de saúde mental que deveria ser adotado, assim como a força dos opositores ao projeto. Como constata Heidrich (2007, p. 116), “a lei aponta para a ‘reforma psiquiátrica possível’ naquele momento”.

Temos que considerar que o processo de constituição de uma política não acontece de forma tranquila ou livre de resistências. E o processo de constituição da PSM não foi diferente. Num campo marcado por uma luta ideológica, tendo como palavra de ordem “por uma sociedade sem manicômios”, alguns dos atores inseridos se colocam enquanto parte da luta antimanicomial, e outros, combatem essa ideologia (AMARANTE, DIAZ, 2012). A

existência de forças contrárias, entre elas a ABP, FBH, a indústria farmacêutica, que representam o setor privado, segmentos da psiquiatria, além da Associação de Familiares dos Doentes Mentais²⁹, refletiu na demora da aprovação da lei. Assim, o debate que estava sendo colocado da loucura, dos manicômios, das denúncias, foi repercutindo na sociedade ganhando forças contrárias, mas também a favor.

O MLA tinha em mente que “sob a produção normativa, existe uma sustentação política, jurídica e teórico-conceitual que dá o tom da reforma psiquiátrica em curso” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p.457). Apesar dessa necessidade, temos que ter claro, que o fato de serem criadas leis, portarias, resoluções, enfim, normativas, estas não garantem a efetividade de todas as bandeiras. Na maioria das vezes, temos uma lei que define as políticas, as regras, as diretrizes, mas na sua implementação de fato, as coisas podem ser diferentes, pois requerem também mecanismos legais para a implementação (como resoluções, portarias, etc)³⁰. O que temos é que a reforma psiquiátrica é um processo em curso, com resoluções sendo aprovadas progressivamente, resoluções que permitem a expansão da rede substitutiva, etc, mas um processo de muitas lutas e embates que ainda não se findou.

Esse fato rebateu diretamente na configuração da lei, visto que, o que ocorreu foram mudanças significativas no projeto. A defesa pela extinção progressiva dos hospitais e, portanto, a eliminação dos leitos psiquiátricos e sua substituição por outros recursos como propunha o projeto de lei original, limitou-se a redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, colocando os serviços substitutivos como preferenciais no tratamento em saúde mental. A ideia sempre associada de que com a extinção dos manicômios haveria a perda da garantia no atendimento e a impossibilidade de se ter uma rede realmente substitutiva estava sempre em debate (PEREIRA, 2004).

Concordamos com Melo (2005) que grande parte dos processos que almejam transformações práticas, assim como valores sociais, culturais e profissionais, apresentam muitos desafios, tensões e resistências. Estas se referem principalmente ao campo sociocultural, com a questão da periculosidade, o campo econômico com a busca pela lucratividade de alguns grupos, entre

²⁹ Essa associação criada no início dos anos 1990 assumiu uma postura contrária ao processo de reforma psiquiátrica e contra a lei da reforma, obtendo suporte financeiros dos donos dos hospitais psiquiátricos privados (VASCONCELOS, 2008).

³⁰ No estudo realizado no TCC pudemos ver que 195 legislações em saúde mental (entre leis, portarias, resoluções e decretos foram criadas entre 2003 e 2012) (DUARTE, 2013).

outras questões. Nesse sentido, o processo de reforma psiquiátrica não é considerado um movimento homogêneo, assim como o processo de formulação e implementação da PSM.

Os processos de transformação e da “superação da condição de subalternidade requer, para Gramsci, a construção de novos modos de pensar, a elaboração de uma concepção de mundo crítica e coerente, necessária para suplantar o senso comum e tornar as classes subalternas capazes de produzir uma contra-hegemonia” (SIMIONATTO, 2009, p. 43).

Para Gramsci, vencer as forças sociais que se colocam no cenário requer levar em conta a situação objetiva e também subjetiva, sendo que nesta existem os elementos norteadores de uma consciência de classe que é crítica e também uma independência em relação às outras classes (SIMIONATTO, 1997). Sendo assim,

[...] na construção de uma contra hegemonia há a necessidade de que as classes sociais abandonem o seu modo de pensar corporativo, produto das relações sociais e do modo de ser próprio da sociedade burguesa, que obstaculiza a formação de um projeto coletivo. A construção da hegemonia exige, assim, compromissos de classe, superação de interesses particularistas e individuais, abertura de espaços para congregar as várias frações de classe. A partir da superação desse modo de ser e de pensar, a vontade coletiva avança e vai delineando uma nova consciência, que se manifesta e se concretiza na prática política (SIMIONATTO, 1997, sp).

No conjunto, isso significa passar de um momento econômico-corporativo ao ético-político, da estrutura para a superestrutura, do reino da necessidade ao reino da liberdade, constituindo o que Gramsci coloca de “catarse”- momento amplo da política (SIMIONATTO, 1997).

Nesse momento de passagem, ganha destaque a cultura, como uma esfera constitutiva do ser social e em sentido amplo, coletivo, fazendo uma interface com a política e a economia. Para Gramsci, “crítica significa cultura e cultura não significa a simples aquisição de conhecimentos, mas sim tomar partido, posicionar-se frente à história, buscar a liberdade” (SIMIONATTO, 1997, sp).

Portanto, a luta da hegemonia se dá nas relações entre economia e política (relações materiais de produção e poder estatal), mas também na esfera cultural. Nesse terreno contraditório, que caracteriza a sociedade civil, a luta de classes não desaparece e as alianças continuam cada vez mais necessárias.

No processo da reforma psiquiátrica existem diferentes sujeitos coletivos que, a favor ou contra o desenvolvimento da reforma, vão interferir e compor um campo de disputas. São eles:

a) **ABP**, constituída na década de 1970, composta por médicos que atuam na prática clínica particular, na universidade e na iniciativa privada, com objetivos tipicamente científicos e corporativos. Em 1978, essa associação se aproxima do MTSM em um Congresso, mas em 1980 houve um distanciamento, em que esta assume um posicionamento meramente técnico e científico.

b) **FBH**, com a prestação de serviços em psiquiatria. Criada em 1966, inicialmente como Federação Brasileira de Associações de Hospitais, mas em 1973 assume a atual nomenclatura. Segundo Amarante (1995), a FBH no final da década de 1970 tem seu domínio ameaçado, devido ao processo de redemocratização, ao próprio modelo de privatização, em que o Estado passa a ter maior controle do setor privado, trazendo problemas principalmente econômicos, e por outras formas de modalidades de medicina de grupo e de seguros. Contrários ao Projeto de Lei nº 3657/89, ao movimento pela reforma psiquiátrica e também ao movimento sanitário, a FBH pressionou familiares, bem como setores acadêmicos pela rejeição do projeto no Senado.

c) **indústria farmacêutica** atua sistematicamente sobre os médicos, principalmente sobre a ABP, trazendo um embate entre política de saúde *versus* política industrial. Isto é, de um lado uma política de medicamentos no interior da política de saúde e de outro uma política visando ao aumento da produção (AMARANTE, 1995).

d) **associação de usuários e familiares**, que na verdade, são várias, criando um novo protagonismo na área e de construção de novas possibilidades. Enquanto associações de usuários, familiares e amigos não ligados a serviços públicos de saúde mental, sendo, portanto, de iniciativas independentes da sociedade civil, temos como exemplo, a SOSINTRA, entidade de familiares, que surge em 1979, “nascendo da constatação da insuficiência da assistência pública (e contratada pelo setor público), que busca soluções na participação dos próprios familiares e problematizados” (AMARANTE, 1995, p. 119). A partir do final dos anos 1980 os simpatizantes da causa também passam a fazer parte e a discussão com familiares, técnicos, pacientes se torna uma atividade regular; a rede das

Associações dos Amigos dos Autistas (AMA's) fundada em 1983, que se expandem (em 2003 existia uma rede de 28 associações organizadas por pais e 19 em treze estados e no Distrito Federal) e a Associação dos Familiares de Doentes de Saúde Mental (AFDM) (VASCONCELOS, 2008). O Instituto Franco Basaglia, no campo das ONGs, fundado em 1989 no Rio de Janeiro, formado por lideranças profissionais e lideranças de usuários. Além disso, existem as associações e grupos de usuários, familiares, trabalhadores e amigos ligados à serviços de saúde mental, principalmente aos CAPS, como Associação Loucos pela Vida (usuários, familiares e operadores do hospital Juqueri em Franco da Rocha/SP), a Associação Franco Basaglia (que reúne usuários, familiares e operadores do CAPS Luiz Cerqueira), a Associação Franco Rotelli (usuários, familiares e técnicos do sistema de saúde mental do município de Santos/SP), entre outras (AMARANTE, 1995).

e) **MTSM** como uma mobilização política feita em torno da saúde mental e como uma das faces do amplo movimento (AMARANTE, 1995). Nasce com o objetivo de constituir-se em

um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de base, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 52).

Em torno da Reforma Psiquiátrica todos reconhecem o caráter desumano presente na assistência prestada no passado, mas defendem aparentemente ao menos três perspectivas de presente e futuro: 1) a eliminação dos hospitais psiquiátricos, mudando a relação loucura e sociedade, com o movimento antimanicomial; a RENILA, algumas associações de usuários e familiares 2) a permanência dos hospitais como modelo tradicional de tratamento, como a FBH, a ABP, Indústria Farmacêutica, AFDM e 3) a remodelagem dos HPs com redução do tamanho e do tempo de internação dos sujeitos nos hospitais, mas podendo gerar o que muitos estão chamando de neoinstitucionalização, com o aumento dos leitos nas comunidades terapêuticas³¹ e não nos próprios hospitais, como alguns deputados, senadores, partidos políticos, setores mais conservadores, etc. Cabe ressaltar que a segunda e a terceira não se diferenciam em essência, pois ambas reafirmam a permanência dos hospitais, porém modernizados.

³¹ Mas estas comunidades terapêuticas não se assemelham à experiência inglesa de 1950, na qual falaremos mais adiante.

Estas diferentes perspectivas de presente e futuro geram no decorrer do processo diversos enfrentamentos e debates, sendo que estes também podem acontecer internamente ao MRP, pois como este envolve diferentes atores, está sujeito a divergências e dificuldades de lidar com os seus participantes nos diferentes momentos de tomada de decisão. Desta forma, estão em conflito por apresentarem ideologias e perspectivas que refletem em suas práticas diferenciadas (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

No mesmo ano de aprovação da lei da reforma psiquiátrica, o MLA passou por uma crise de organização e política interna que o levou a dissidência. O que favoreceu a divisão foi o caráter espontaneísta, antiautoritário e antihierárquico comum a movimentos coletivos (AMARANTE; DIAZ, 2012), além de questões políticas. Duas tendências internas foram criadas: a RENILA e o MNLA (VASCONCELOS, 2008). A **RENILA** foi criada a partir de decisão coletiva de representantes de 13 núcleos que defendem a luta antimanicomial, em que estes núcleos são organizações autônomas, militantes, trabalhadores em saúde mental, usuários e familiares (OBSERVATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS, acesso em 15 abr. 2015). O **MNLA** também envolve profissionais, militantes, usuários e familiares que buscam assegurar os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, o fortalecimento da rede extra-hospitalar.

Para Paulo Amarante, esse racha (ou divisão) decorreu de uma questão política, ligado à crescente autonomia dos usuários e familiares

*Eu sempre fui contra o racha, intervi lá na hora, tentei coordenar a mesa quando começou a desenvolver o racha, eu assumi a coordenação da mesa de discussão para tentar evitar o racha, mas não teve jeito. Foi uma questão pequena, **tinha uma questão política, que era a crescente autonomia dos usuários e familiares no movimento, que é o reflexo do nosso trabalho, positivo, entendeu?**(grifos nossos).*

A crescente autonomia dos familiares e usuários, como uma das causas do racha reflete o processo da reforma, mas apesar disso, algumas pessoas se colocam contrárias a isso. Assim, de acordo com Vasconcelos, os dois grupos possuem prioridades diferentes, apesar de lutarem pela mesma causa – a construção de uma sociedade sem manicômios. A Rede Internúcleos tem uma atuação mais politizada, organizada, e se volta principalmente para a constituição da PSM (VASCONCELOS, 2010). Ou como colocam Amarante e Diaz (2012, p.88), “se legitima na eficácia da ação política dentro dos conselhos e do aparato do Estado”, por meio de recursos políticos e administrativos de organizações corporativas/sindicais de profissionais,

gestores comprometidos com a área da saúde mental. Já o Movimento Nacional tem como prioridade a organização dos usuários e familiares para assim fortalecer o movimento de base, a fim de evitar “formas de aparelhamento, politização e centralização excessivas e verticalizadas” (VASCONCELOS, 2012, p.60). Essa diferença é retratada por Eduardo também na entrevista:

*[...] então eles (RENILA) criam uma **estrutura mais centralizada, mais politizada para intervir na política**. Nós, e nós, vamos dizer, a prioridade é a organização dos usuários e familiares sem passar por cima deles e ao mesmo tempo interferir na política local. Mas nunca sem descolar do **movimento de base**. Essa foi a razão do racha principal em 2001/2002. E, de certa, isso, as nossas fragilidades do movimento da luta que é a nossa ala, de certa forma era compensada pela presença do Pedro Gabriel Delgado na coordenação nacional. Agora eu diria que a crise nossa começa quando o Pedro sai em 2010. [...] Então eu diria que a RENILA assumiu a gestão da coordenação de Brasília e tem um papel fundamental lá, mas ao mesmo tempo o protagonismo dos usuários não tem sido contemplado no nível que a gente desejaria. (grifos nossos).*

Em relação à crise do próprio MNLA, Vasconcelos (2012) aponta que, se não houver mudanças no que tange à identidade, nas suas estratégias, suas formas de articulação e organização política, o movimento corre um sério risco de institucionalização, fragmentação e dispersão política. Mudanças internas como: o envelhecimento natural e institucionalização das lideranças do período mais combativo, a diversificação interna dos atores sociais aliados à sua fragilização e dificuldade econômica para sustentar a militância (associações de usuários e familiares, estudantes, profissionais) muitas vezes sem manter as mediações necessárias, a criação das duas tendências internas do MLA, a manutenção e relativo distanciamento das lutas mais gerais do SUS, entre outros, demonstram alguns impasses políticos atuais.

A saída do Pedro Gabriel da Coordenação Nacional de Saúde Mental em 2010, como já colocado, fragiliza o MNLA, visto que a ocupação na coordenação do MS representou um espaço importante. Segundo Vasconcelos (2012), a presença de Pedro dá uma direção principal na PSM, além de auxiliar na normalização de serviços e mecanismos de financiamento, entre outros aspectos positivos.

Sobre seu momento na coordenação, Pedro Gabriel ressalta que

*[...], quando a lei foi aprovada eu já estava na função de gestor, **então a minha posição já era uma posição de gestor, que é diferente da posição de quem está apenas na militância do movimento**. Eu assumia todos os bônus e ônus da questão da gestão né. Bônus eu digo, uma capacidade de intervenção política que era ampliada pelo fato de estar na gestão da política*

pública, esse seria o bônus. O ônus era, eu não sou do movimento, você faz parte, você acaba fazendo parte de uma gestão da saúde pública com os problemas todos da saúde pública e não pode dizer: não, agora eu não sou gestor, agora eu sou militante. Não, isso não existe. Não podia me dividir em dois. Além do que também muito frequentemente tinha que participar de debate para defender a proposta de criação de uma rede de assistência em saúde mental. (grifos nossos).

Pedro Gabriel sintetiza os limites da luta no interior do aparato estatal: a construção da política possível. A aprovação da lei 10.216 é uma síntese.

Outro aspecto importante em relação a essas duas tendências e que consiste numa das principais questões no quadro atual da luta antimanicomial, segundo Vasconcelos (2010), é a questão da sustentação financeira, organizacional e política do movimento. Enquanto algumas lideranças da RENILA conseguiram se sustentar institucionalmente nos Conselhos Federal e Regional de Psicologia, o MNLA não se sustenta por meio de uma categoria profissional, não conquista meios organizacionais próprios, nem recursos, tendo uma base organizacional precária. Os recursos são das suas próprias lideranças, fazendo com que o custo da militância seja alto e de certa forma, um pouco desmobilizado (VASCONCELOS, 2008).

Podemos inferir que essa conjuntura vivenciada no interior dos movimentos está aliada também ao avanço do neoliberalismo no Brasil, a partir da década de 90, quando impõe restrições à implementação efetiva das políticas sociais e também aos movimentos sociais no geral. Assim, as dificuldades de avanço no SUS, na política de assistência social, e nas demais políticas sociais não são fruto somente de governos Collor, Fernando Henrique Cardoso, e até mesmo do Governo Lula que gerou muitas expectativas, mas também de traços estruturais do capitalismo e particularmente em sua periferia (VASCONCELOS, 2010). Vemos então, que o campo democrático, que propõe a cidadania, entra em antagonismo com o neoliberalismo, que defende o Estado mínimo, assim como a despolitização da questão dos direitos e redução da sociedade a consumidores (AMARANTE; DIAZ, 2012).

Mas, a cidadania aqui aparece de uma forma diferente e que, segundo Boito Jr., constitui uma nova cidadania criando uma dualidade em áreas como saúde, educação, previdência - de um lado “voltada para um ramo público decadente voltado para os trabalhadores de baixa renda, e, de outro lado, um ramo privado em expansão, voltado para a burguesia e demais setores de alto rendimento” (2003, p.4).

Tudo isso reflete em uma ampla desmobilização dos movimentos sociais, com perda de fontes de financiamento, institucionalização de algumas lideranças, fragmentação política, entre outras coisas que limitam e colocam desafios aos movimentos sociais (VASCONCELOS, 2012). Essa fragilidade nos remete também à

maneira de agir do Estado em que se reveste de um grande poder desmobilizador, na medida em que bloqueia as iniciativas da sociedade civil na articulação de interesses e propostas voltados à luta pela superação da divisão entre “governantes e governados”, dirigentes e dirigidos (SIMIONATTO, 2009, p.42).

O Movimento Antimanicomial e o MRP constituem na área da saúde mental dois movimentos importantes, sendo que o primeiro envolvendo, trabalhadores, usuários e familiares e o segundo mais amplo, com articulações mais institucionais, com espaço político maior no Estado (VASCONCELOS, 2010). Assim, é preciso reconhecer que:

[...] o processo de reforma psiquiátrica, depende fundamentalmente da presença e da ação política de movimentos, atores e forças sociais comprometidos com os interesses popular-democráticos, que pressionam de fora e ocupam os espaços possíveis de luta e gestão dentro do aparelho do Estado, para garantir o financiamento e a implantação das novas políticas e programas (VASCONCELOS, 2010, p.23).

Outro aspecto ainda a se destacar é que em âmbito mundial, somente em 49% dos países pobres existem movimentos sociais de luta pela saúde mental em comparação a 83% dos países desenvolvidos. Há apenas organizações de pessoas com deficiência mentais e psicológicas. Já com relação às associações de familiares nos países pobres o número é de 39% e 80% nos desenvolvidos (OMS, 2013).

Todos esses pontos sinalizam que a mobilização de vontades políticas ainda que com menos intensidade, principalmente nos países em desenvolvimento, a criação de mecanismos de resistências por meios dos movimentos sociais, além da participação e atuação nas conferências de saúde mental, ainda que de forma não regular, constituem fatores que agregam e favorecem todo o processo de constituição da política.

Concordamos com Amarante (1995, p.121) quando enfatiza que

O movimento em saúde mental no Brasil, ora identificado como movimento de luta antimanicomial, ora como movimento pela reforma psiquiátrica ou de alternativas à psiquiatria, e assim por diante, com suas propostas, revolucionárias ou utópicas em alguns momentos, pragmáticas e normativas em outros, cumpre um importante e único papel no campo das transformações em saúde mental: é o ator político a construir as propostas de possibilidades de mudanças. Se algumas de suas

propostas são cooptadas ou capturadas pelas instituições e entidades (mesmo algumas contrarreformistas), o certo é que estas são levadas a modernizarem seus discursos e projetos políticos para não ficarem defasadas das épocas e dos cenários que o movimento vem construindo (grifos nossos).

Nesse sentido, Amarante evidencia um aspecto às vezes recorrente – a não diferenciação entre MRP e MLA. Essa afirmação é ainda um vislumbre de um processo que culmina (mas não termina) com a nomeação do novo coordenador de saúde mental do MS em 2015. Fato como este tem envolvido e demandado o fortalecimento de diferentes sujeitos coletivos e organizados, como entidades e movimentos sociais, que vem lutando para evitar retrocessos ainda maiores na luta pela reforma.

Portanto, depois de abordar o início do processo da reforma caminhando até a formulação da PSM é hora de refletir sobre os rumos da mesma no Brasil, a partir das ações tomadas pós-aprovação da Lei 10.216.

3.3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL IMPLEMENTADA NO BRASIL

Como vimos, a Lei 10.216/2001, aprovada após doze anos de tramitação no congresso, apresenta como diretrizes: **1) a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar objetivando uma redução gradual, programada e pactuada dos leitos psiquiátricos** de baixa qualidade hospitalar. Essa reestruturação envolve o PRH, por meio da redução gradual e programada dos leitos a partir de macro-hospitais (acima de 600 leitos); o PNASH/ Psiquiatria para vistoriar todos os hospitais públicos e conveniados ao SUS; a implementação do Programa de Volta pra Casa (PVC) que estabelece um auxílio reabilitação psicossocial para egressos de longas internações psiquiátricas; a expansão dos serviços residenciais terapêuticos; reorientação dos manicômios judiciários e leitos em hospitais gerais; **2) expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial**. Essa expansão requer aumento e qualificação dos CAPS; qualificação dos ambulatórios; implantação dos centros de convivência; inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; política de saúde mental infanto-juvenil; Programa Permanente de Formação de profissionais para a saúde mental; programas de geração de renda e trabalho, intervenção na cultura, mobilização de usuários e familiares (BRASIL, 2008).

O processo de redução gradual, programada e pactuada dos leitos psiquiátricos, apesar de estabelecido em 2001, começa só no ano de 2004, por meio da Portaria 52 que cria o PRH. Nas suas considerações, o MS indica a “necessidade de estabelecer critérios técnicos para a redução progressiva de leitos, especialmente nos hospitais de maior porte, de modo a garantir a adequada assistência extra-hospitalar aos internos” (BRASIL, 2004, sp). E como destacado por Delgado em entrevista a Mírian Cátia Vieira Basílio e por nós reproduzido na introdução deste trabalho, é nesse momento que se coloca a oposição à PSM.

De um modo geral, a ideia do MS é reduzir o porte dos hospitais, pois os de grande porte tendem a apresentar baixa ou péssima qualidade nos serviços prestados³². Além disso, *pari passu* à redução dos leitos, uma rede alternativa deve ser criada para que não haja desassistência aos pacientes. Um dos critérios é a reorientação dos recursos que seriam destinados aos hospitais para os serviços extra-hospitalares. Assim, para impor essa redução, uma das propostas é a remuneração menor para os hospitais de grande porte (BRASIL, 2004). No processo de redução de leitos foi criado o PNASH-Psiquiatria em 2002 que visava à avaliação da qualidade do atendimento hospitalar prestado e a indicação dos principais problemas na assistência³³.

De acordo com o relatório de gestão 2007-2010, entre os anos de 2002 e 2010, 29 hospitais foram indicados para descredenciamento e 15 foram fechados (públicos e privados) após avaliação do PNASH/Psiquiatria (BRASIL, 2011). No que diz respeito à redução dos leitos psiquiátricos, foram reduzidos 26.393 leitos entre os anos de 2002 e 2014. Em relação à mudança no perfil dos hospitais, o quadro abaixo indica que a maior concentração dos leitos está nos hospitais de pequeno porte, ao passo que os hospitais de maior porte (acima de 400 leitos) estão cada vez menos presentes (DUARTE, 2013).

³² Inúmeros são os estudos, relatos, denúncias desse quadro. Temos como exemplo, o livro *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex, que retrata a história de maus tratos do Hospital colônia de Barbacena (MG) onde 60 mil pessoas morreram.

³³ As avaliações feitas por uma equipe técnica, e também por parte dos usuários da instituição, apontam ao final os indicadores de qualidade que demonstram a condição do hospital. Podem ser classificados como excelente, bom, regular, ruim ou péssimo. Nessa qualificação, são identificados aqueles que precisam melhorar, outros que precisam de adequações e sofrem uma nova reavaliação, e os de baixa qualidade que são indicados para descredenciamento no Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Quadro 1. Mudança no perfil dos hospitais 2002-2014

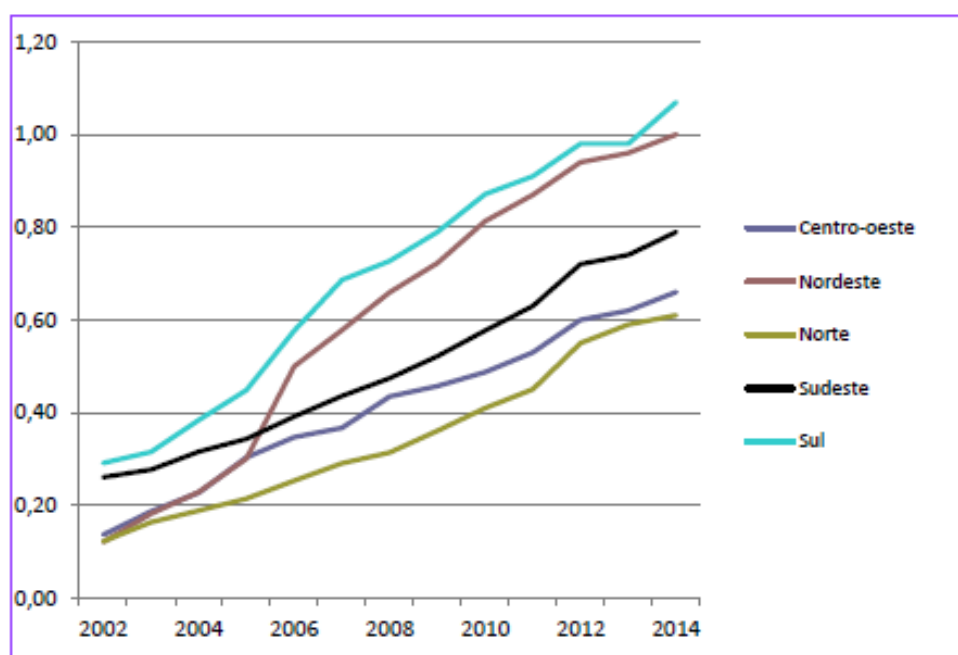
Faixa/Portes Hospitalares	2002		2014	
	N	%	N	%
Até 160 leitos	12.390	24,11	12.635	48,62
De 161 a 240 leitos	11.314	22,01	6.321	24,32
De 241 a 400 leitos	12.564	24,45	4.622	17,79
Acima de 400 leitos	15.125	29,43	2.410	9,27

Fonte: SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais (2015). (Sistematização da autora).

Esta mudança é considerada fundamental, pois principalmente os macro-hospitais caracterizados pelo isolamento, baixa qualidade dos serviços prestados estão diminuindo, o que pode contribuir na qualificação do atendimento. A redução percentual dos macro-hospitais foi de quase 300%, enquanto em hospitais de pequeno porte em relação aos percentuais sobre o número total de hospitais, o crescimento foi de 100%. Mas, cuidados devem ser tomados a fim de evitar que as pessoas fiquem desassistidas (DUARTE, 2013). Fechar leitos e hospitais psiquiátricos traz como desafio a ampliação da rede substitutiva. Ou seja, a necessidade de expansão da rede substitutiva em saúde mental de base comunitária, expansão que deve assegurar um tratamento adequado às necessidades de seus usuários; no imperativo de adequação dos hospitais em funcionamento aos critérios estabelecidos pela Lei 10.216, com relação aos direitos dos pacientes internados, à internação psiquiátrica, entre outros itens indispensáveis à recuperação e reinserção social dos ditos loucos (DUARTE, 2013).

A partir disso vemos que a substituição progressiva dos leitos por serviços extra-hospitalares está descrita na lei, “mas de modo não linear e simétrico, e com muitas resistências, a rede extra-hospitalar vem sendo construída no território nacional” (PITTA, 2011, p.4587). Essa construção da rede substitutiva, ainda que considerada com taxas positivas de crescimento, se apresenta de forma assimétrica entre as regiões brasileiras (e entre os estados da federação) como mostra o gráfico abaixo em relação aos CAPS, e não assegura assistência a todos que dela requerem atendimento – dados do Ministério da Saúde de 2012, indicam que a cobertura dos serviços é de 72%, ou seja, a 28% é negado o direito de acesso a serviços de saúde mental (BRASIL, 2012).

Gráfico 1- Série histórica indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes por região (Dez./2002 a Dez./2014)



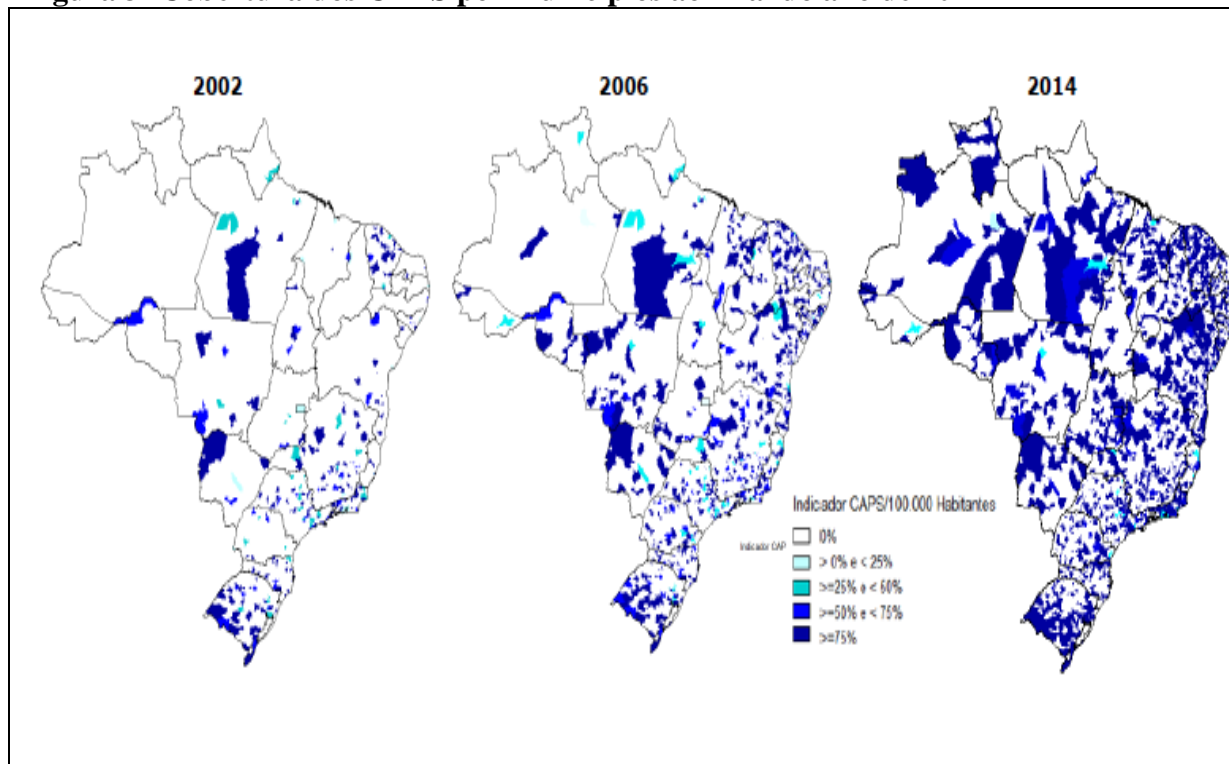
Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015).

Passados quatorze anos de aprovação da lei, a reforma psiquiátrica caminha por direções diversas. Por um lado, a rede extra-hospitalar vem sendo criada na tentativa de substituição do paradigma psiquiátrico tradicional para o paradigma da atenção psicossocial. Podemos citar aqui, os CAPS como dispositivos importantes e estratégicos na consolidação da rede. A primeira normatização do CAPS foi por meio da Portaria nº 224, de 1992, tendo o NAPS como seu sinônimo. Mas com a implantação da Lei 10.216/2001, uma nova portaria foi criada, a de nº 336 de 2002 trazendo novas regulamentações aos serviços. São considerados dispositivos ambulatoriais de atenção diária que funcionam segundo a lógica de território (BRASIL, 2002), que ajuda a acolher os pacientes nos momentos de crise, além de ser um dispositivo que ajuda a diminuir as internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2008).

A portaria 336 apresenta diferentes modalidades que abrange porte, capacidade de atendimento e público a ser atendido. Entre eles: CAPS I (1069), CAPS II turno noturno (476), CAPS III 24 hs (84), CAPS infanto-juvenil (201), CAPS ad álcool e outras drogas (309) e CAPS ad III (69) (BRASIL, 2008). Após a regulamentação desta portaria, os CAPS em 2014 totalizavam 2209 unidades (BRASIL, 2015a). Os mapas abaixo mostram a distribuição dos CAPS no país de 2002 a 2014. As regiões Sul e Nordeste são as que mais

concentram CAPS, demonstrando que ainda há assimetrias regionais, mesmo com o aumento dos serviços.

Figura 3- Cobertura dos CAPS por municípios ao final do ano de 2014



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015).

Mas apesar de ser um serviço inovador, que vem crescendo cada vez mais no país (é o tipo de dispositivo que mais recebe incentivo financeiro) além do seu potencial para promover a desinstitucionalização, “o CAPS não consegue sozinho, dar conta da complexidade que envolve as questões da saúde mental e a diversidade de situações inerentes à experiência da loucura” (GOMES, 2013, p.77). Estes dispositivos vêm apresentando algumas dificuldades como, por exemplo, o atendimento à crise, visto a má distribuição desses dispositivos entre as regiões, a sua quantidade insuficiente para atender a demanda, entre outros (GOMES, 2013).

Há um problema também que foi relatado pela maioria dos entrevistados, que muito dos CAPS estão se tornando instituições manicomialis de portas abertas, o que demonstra muitas vezes a precária formação dos profissionais, a alta rotatividade dos mesmos, o que leva a não continuidade do cuidado de forma adequada, entre outros fatores.

Não é questão de acreditar, eu milito pra isso, eu quero isso e é possível você ter uma sociedade sem o manicômio, o que não quer dizer sem o hospital psiquiátrico, porque a

gente tem muito CAPS que é manicômio de porta aberta, claramente. Mas isso tem a ver, uma coisa tão geral, tem a ver com a formação dos profissionais, tem a ver com a gestão, tem a ver com o processo de organização da vida na cidade, no país, da produção subjetiva, acho que é algo que você tem que estar o tempo todo atento para você poder caminhar. (Marta, grifos nossos).

A centralidade no serviço de saúde, e a centralidade em um serviço de saúde em especial, que é o CAPS, minha crítica não é em relação ao CAPS, mas é o que ele acabou virando. É um serviço que muitos espaços acabaram sendo geridos a partir da patologia, de procedimentos, com pouca capacidade de ser um serviço territorial, com pouca capacidade de ser um serviço que esteja na cidade, que acaba se burocratizando por um excesso de demanda. É um excesso de demanda centrado no médico, no psiquiatra, na medicação e logo por isso na medicalização, também, são poucas ações de trabalho, de cultura de uma maneira geral [...] (Melissa, grifos nossos).

Outro tipo de serviço extra-hospitalar são os serviços residenciais terapêuticos normatizados pela Portaria nº 106. Consistem, como o nome já sugere, em residências (caráter de moradia) e é considerado estratégico no processo de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas em hospitais psiquiátricos. Como bem aponta Vasconcelos “os dispositivos residenciais em saúde mental constituem um elemento fundamental da estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica colocada em marcha em vários países do mundo, inclusive no Brasil” (2006, p.97). A ideia de realocação dos recursos e o credenciamento do número de leitos correspondentes à medida que são feitas as transferências está presente. Até dezembro de 2014 havia 610 módulos em funcionamento no país e 289 em fase de habilitação, com aproximadamente 3.475 moradores, segundo dados da Coordenação de Saúde Mental (BRASIL, 2015a).

Pari passu à criação dos serviços residenciais terapêuticos, a Lei 10.708 de 2003, instituiu o auxílio reabilitação, destinado a egressos de longas internações psiquiátricas visando a ressocialização dos pacientes (BRASIL, 2003). O benefício que inicialmente foi estabelecido em R\$240,00 foi para R\$320,00 tendo validade por um ano, podendo ser prorrogado quando necessário, devendo ser pagos diretamente ao usuário. Este auxílio está inserido no Programa de Volta pra Casa, sendo que de 2003 a 2014, o programa atingiu de 4349 beneficiários (BRASIL, 2015a). Apesar de ser considerado também uma conquista para o movimento, pois era uma reivindicação antiga, alguns limites são encontrados em seu desenvolvimento, entre eles, a falta de documentação dos pacientes e a insuficiente abrangência, fazendo com que muitos ainda não tenham conseguido o auxílio (BRASIL, 2011).

Outras ações como o aumento de leitos em hospitais gerais, centros de convivência e cultura que são espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade, constituem medidas que sugerem uma “resposta não asilo confinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas” (PITTA, 2011, p.588). O quadro abaixo mostra a evolução dos serviços extra-hospitalares no Brasil.

Quadro 2- Dados nacionais sobre os serviços extra-hospitalares no Brasil

Indicadores	2002	2006	2010	2012	2014	Observações
Centros de Atenção Psicossocial	424	1010	1620	1803	2209	
Serviços Residenciais Terapêuticos	85	475	550	625	610 unidades em funcionamento	
Programa de Volta pra Casa	-	2519	3635	4085	4349 beneficiários	Começa em 2003. Neste ano havia 206 beneficiários
Equipes de Consultórios na Rua	-			92 unidades	133	
Leitos psiquiátricos SUS	51.393	39.567	32.735	29.958	25.988	
Leitos em hospitais gerais	2.273			3910	858	
Centros de Convivência e Cultura	-			51	51	Começa em 2005. Existiam 51 no ano de 2007 e os dados disponíveis só mostram a quantidade neste ano.

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES, SAS/MS, SIH/SUS, PRH/CNES e Coordenações Estaduais (2015). (Sistematização da autora).

Ainda que tenha aumentado o número de serviços extra-hospitalares, este aumento ainda está aquém do demandado por aqueles que requerem estes serviços. Entretanto, consideramos como avanços importantes no processo de reforma psiquiátrica, sendo que as principais características de um serviço de atenção psicossocial são: atuação voltada para a substituição do modelo asilar; disponibilização de recursos e estratégias trans e multidisciplinares; o funcionamento 24 horas, inclusive sábados, domingos e feriados; atuação com base no território e intervenção de forma intersetorial, com a ativação de vários setores sociais (AMARANTE, 2012).

Pari passu à ampliação dos serviços extra hospitalares, houve o processo de redução de leitos psiquiátricos e expansão da rede substitutiva, mas não a eliminação destes. Assim, o processo caracterizado pelo fechamento e descredenciamento de alguns hospitais psiquiátricos públicos e privados considerados inapropriados após avaliações feitas por programas criados pelo Ministério da Saúde, entre eles o PNASH/psiquiatria e PRH (DUARTE, 2013), são considerados aqui como saldos positivos no processo. Entretanto, uma questão se coloca: a mudança gradual na rede de serviços levará ou não à desinstitucionalização? O substrato dessa questão é: a polarização entre um processo gradual *versus* um processo radical de eliminação dos leitos psiquiátricos. E ainda acrescentaríamos: a PSM caminha em direção a uma sociedade sem manicômios?

Por fim, no campo da saúde mental há ainda outras polarizações e, entre elas, temos ainda que adiantar aquela que fracionava entre os transtornos codificados nos manuais médicos, excluindo do campo a questão dos sofrimentos associados ao uso, abuso e dependência a substâncias psicoativas. Entre desinstitucionalização de um lado, e redução gradual de leitos de outro, só recentemente o campo da saúde mental incorpora o debate e as ações voltadas para o enfrentamento do uso e abuso de substâncias psicoativas. Cabe registrar que

[...] reconhecido pela OMS o elevado custo social que representa o uso abusivo de substâncias psicoativas, considerado um problema de saúde pública, o Ministério da Saúde desde a década de 1980 vinha desenvolvendo tímidas iniciativas na área do uso indevido de drogas [...] (GARCIA, 2011a, p.145).

Domingos Sávio, enquanto esteve na Coordenação do MS afirmou

eu fui membro representante do Ministério da Saúde do Conselho Federal de Entorpecentes, durante quatro anos, a gente ganhava duas e perdia três. Forte hegemonia da polícia federal e do Ministério da Justiça. Só em um determinado período, no governo Itamar Franco, a gente conseguiu vitórias expressivas. Tirando isso era derrota em cima de derrota.

Vemos então que na década de 1990 o campo das drogas tinha momentos de muitas dificuldades e já mostrava a forte presença da polícia nesta área. Na III CNSM, o tema drogas foi abordado como objeto da saúde mental, estando alinhado com a luta antimanicomial da reforma psiquiátrica (LIMA, 2014). Assim, a “PSM reivindica para si a tarefa da condução da Política de Álcool e Outras Drogas em 2003” (GARCIA, 2011a, p. 143), quando a coordenação atual assume a tarefa de instituir a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD).

A PAIUAD de 2003 foi criada no início do Governo Lula, no âmbito do MS. Esta política “preconiza a organização e manutenção de serviços diversificados visando ao atendimento das peculiaridades que são específicas da área de dependência química mediante a manutenção de uma rede de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada” (GARCIA, 2011a, p. 143). O serviço oferecido neste âmbito, baseado principalmente na estratégia extra-hospitalar é o CAPS ad (álcool e drogas).

Em 2010 foi criado pelo governo federal o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, no final do governo Lula. Este Plano busca formas de enfrentamento ao crack e outras drogas e uma das suas ações é a “ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de crack e outras drogas” (BRASIL, 2010, sp). Aqui, num primeiro momento (final do governo Lula) a instância que permaneceu coordenando o Plano foi um colegiado interministerial. Mais tarde quem coordenou foi a SENAD, sendo que no início do governo Dilma esta foi transferida para o Ministério da Justiça³⁴.

Já no Governo Dilma, foi criado o “Programa Crack, é possível vencer”, coordenado pelo Ministério da Justiça, tendo também a finalidade de prevenir o uso e promover a atenção integral ao usuário de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas, sendo que as ações estão organizadas em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade (BRASIL, acesso em 20 fev. 2016).

A criação dos respectivos Plano e Programa, expressões da política social, apesar de sempre sugerir ações integradas entre as diferentes políticas, também demonstra que ora o debate das drogas está voltado para uma questão de saúde pública, ora como uma questão de justiça, sob uma ótica repressiva, autoritária e policialesca (DUARTE, 2013). Nesse contexto, há o avanço das forças conservadoras no interior do Executivo e Legislativo Federal.

Lima e Tavares (2012, p.8) apontam que o modelo adotado no país, baseado no proibicionismo internacional,

mantém esse traço de servir a interesses velados de frações de classe; de vincular seu enfrentamento a outras esferas econômicas como a indústria bélica e seus equipamentos de tecnologia e segurança, de nublar a crescente medicalização da vida sob a suposta proteção dos benefícios terapêuticos dos remédios produzidos pela indústria farmacêutica e prescritos pela corporação médica; e de incidir sua

³⁴ No plano fala que quem coordenaria as instâncias de gestão seria o Ministro de Estado da Justiça.

violência institucional maciçamente sobre segmentos populacionais marcados pela discriminação racial, de gênero e etnia.

No campo das drogas, os atores com ideias e interesses disputam pela hegemonia e lutam para defender certo tipo de projeto de sociedade e pela direção da política de drogas. Lima e Tavares (2012) acreditam que estamos presenciando uma “guerra de posição” nas atuais políticas sobre drogas.

Mais uma vez a guerra de posição se apresenta. No campo das drogas vemos que, os que disputam a direção da política de drogas partem de concepções diferentes sobre as mesmas resultando em posicionamentos distintos, sejam aqueles contrários, sejam eles a favor. Assim, essa guerra “pressupõe uma longa luta de persuasão na busca por direção política e cultural de um projeto societário, que se dá no âmbito das instituições para ocupação das instâncias do poder político” (LIMA; TAVARES, 2012, p.7).

A ótica repressiva e policialesca de combate às drogas nos faz pensar também no poder punitivo do Estado para lidar com a questão. Assim, concordamos com Lima e Tavares (2012, p.8) que

[...] o proibicionismo a certas drogas criou um lastro de legitimidade para intervenção do Estado para invadir a liberdade e minar princípios democráticos a partir de sua ampla e difusa produção de dispositivos criminalizadores. De forma simultânea ao fortalecimento deste núcleo punitivo sobre certos sujeitos e condutas relacionadas à produção e à distribuição das drogas, o chamado tráfico[...].

Aqui, nos remetemos à sociedade política em Gramsci (2002, p.21), na qual a coloca como “o aparelho de coerção estatal que assegura “legalmente” a disciplina dos grupos que não “consentem”, nem ativa nem passivamente, mas que é constituído para toda a sociedade na previsão dos momentos de crise no comando e na direção, nos quais desaparece o consenso espontâneo”.

Assim, os sujeitos são alvos das diversas ações do Estado, sendo que algumas ações estão caminhando no sentido de desconstruir as poucas conquistas no campo das drogas. Nessa direção, o plano de 2010 em seu artigo 5º coloca a ampliação do número de leitos para o tratamento como parte do processo, no que diz respeito a ações imediatas e estruturantes. Aumentar o número de leitos é um aspecto importante a ser problematizado considerando as múltiplas dimensões aí contidas: **a)** aumentar os leitos por quê? **b)** aumentar os leitos onde? **c)**

aumentar os leitos para quem? **d)** quem ganhará com esse aumento? **e)** quem perderá com esse aumento?

Esse aumento, nos últimos anos, ocorre em comunidades terapêuticas e estas passam a fazer parte da RAPS. Esta Rede, criada em 2011, foi instituída pela portaria 3088³⁵ que apresenta os seguintes objetivos: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; a promoção da vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e a garantia da articulação e 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 (BRASIL, 2011a).

A RAPS é composta por vários serviços, em determinados níveis de atenção: **a) atenção básica** com as unidades básicas de saúde e equipes de consultórios na rua; **b) atenção psicossocial especializada** com os CAPS; **c) estratégia de desinstitucionalização** com os serviços residenciais terapêuticos e o Programa de Volta pra Casa; **d) atenção hospitalar** com os ambulatórios, leitos e enfermarias; **e) atenção de urgência e emergência** com o SAMU e as Unidades de Pronto Atendimento; **f) reabilitação psicossocial** com as cooperativas, centros de convivência e cultura; **g) atenção residencial e de caráter transitório** com as unidades de acolhimento e **comunidades terapêuticas**.

Considerada um “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos, de caráter residencial transitório **por até nove meses** para adultos com **necessidades clínicas estáveis** decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, a comunidade terapêutica vem ganhando espaço no âmbito do enfrentamento às substâncias psicoativas (BRASIL, 2011a, sp.).

Como vimos anteriormente, as primeiras comunidades terapêuticas surgiram na Inglaterra na década de 1950, principalmente voltada para os problemas psiquiátricos, com os traumatizados da guerra. Foram ganhando destaque também como parte de primeiras experiências para a renovação das instituições psiquiátricas (VASCONCELOS, 2008). A proposta aqui era de abordar a psiquiatria a partir do próprio hospital fazendo a crítica ao modelo de tratamento. Apesar de constituir uma inovação e ter influenciado outras

³⁵ A portaria foi republicada em 21 de maio de 2013.

experiências como a italiana, muitas críticas foram feitas a ela por não questionar o lugar onde se desenvolvia a prática psiquiátrica, nem o próprio conceito de doença mental e a relação desta com a sociedade (HEIDRICH, 2007).

No Brasil,

as experiências de comunidade terapêutica ocorreram durante o período militar, dado o fechamento dos dispositivos de luta e participação política mais ampla na sociedade e a possibilidade de iniciativas participacionistas dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos, dada a relativa pouca visibilidade social (VASCONCELOS, 2008, p.75).

Neste período, elas estavam dentro dos hospitais psiquiátricos e eram consideradas uma alternativa dada a impossibilidade de outros projetos na sociedade. Com o passar dos anos foram saindo dos hospitais para ganhar espaço em sítios, fazendas localizadas nas zonas rurais, principalmente tendo a finalidade de receber e ofertar tratamento aos indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas (DAMAS, 2013). Desde a década de 1980 vemos o espraiamento de um tipo de comunidade terapêutica no Brasil – as comunidades terapêuticas religiosas vinculadas às igrejas católica, tradicional, pentecostal e neopentecostal. O pressuposto do tratamento é a reconversão do indivíduo, centrado na ocupação do tempo livre com atividades laborais e oração (SILVA; GARCIA, 2004). Traz uma concepção do problema como um problema espiritual e o isolamento de nove meses, um período necessário para a reconversão. Tais pressupostos são contrários à lógica da redução de danos defendida pela PSM do MS e, evidenciam as disputas que se travam nesse campo.

A inserção das comunidades terapêuticas voltadas para o tratamento de indivíduos que fazem uso e abuso do crack, álcool e outras drogas na RAPS causou resistência de alguns segmentos que defendem a reforma psiquiátrica (GARCIA, 2012). As comunidades terapêuticas religiosas se assemelham a uma instituição total, como por exemplo, a relação de subordinação entre interno e a equipe dirigente; o seu fechamento, por meio das barreiras em relação social com o mundo externo, etc. Com o discurso de ampliação dos serviços e leitos nesta área, estas ganham cada vez mais espaço na sociedade e são amplamente divulgadas, especialmente pela mídia, parecendo ser para muitos, a resposta para o problema do crack.

Apesar das instâncias do próprio MS, as comunidades terapêuticas foram inseridas na RAPS, aprofundando assim, sua presença na rede SUS e demandando financiamento público para sua ampliação e fortalecimento, como sugere Garcia³⁶ (2012, p. 42):

O total de recursos que o Ministério da Saúde está destinando até 2014 para Caps ad 24 hs, Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil, Consultórios de Rua e leitos psiquiátricos em Hospital Geral é de R\$ 1,56 bilhão. As comunidades terapêuticas receberão R\$ 300 milhões no mesmo período.

Pensar a comunidade terapêutica como um serviço que vem criando leitos e vem sendo defendida por grupos conservadores, nos leva a questionar se este método vai contra toda a ação desenvolvida na PSM até então. Estes dispositivos vêm se expandindo cada vez mais por meio dos recursos públicos destinados a eles e recebem o apoio grupos como a Frente Parlamentar em defesa das Comunidades Terapêuticas, Acolhedoras e Associações de Proteção e Assistência aos Condenados (Apacs)³⁷. Há um embate direto deste grupo com os defensores da Reforma e também da ABP, que critica a falta de cientificidade na eficácia do tratamento ofertado (GARCIA, 2012). Sem evidência científica, sem obrigatoriedade de um profissional de saúde (ABP) e reafirmando a lógica manicomial (MRP) as comunidades terapêuticas religiosas desafiam a todos.

As comunidades terapêuticas religiosas vem recebendo denúncias por violência, isolamento, por praticarem a internação involuntária, por não apresentarem condições mínimas de tratamento, entre outros problemas. Estes espaços de tratamento adotam o discurso do proibicionismo às drogas, com a ação voltada para a abstinência em detrimento da prevenção, além de adotarem pressupostos do cristianismo, baseados na fé como um dispositivo de cura, neste caso, presente nas chamadas comunidades terapêuticas religiosas que cada vez mais se

³⁶ Garcia (2011) demonstra que desde a criação do antigo Conselho Federal de Entorpecentes (na década de 1980), as comunidades terapêuticas têm pressionado para acesso ao fundo público.

³⁷ A Frente atualmente possui 199 deputados federais, tendo Eros Biondini do PTB/ MG como presidente. Tem como objetivos: “[...] Os programas e as Políticas Públicas Governamentais em relação à questão das drogas, assistência aos usuários e recuperação dos dependentes e dos privados de liberdade, manifestando-se quanto aos aspectos mais importantes de sua aplicabilidade e execução no apoio as Comunidades Terapêuticas, Acolhedoras e APAC’S; Promover o intercâmbio com entes assemelhados de parlamentos de outros países visando ao aperfeiçoamento recíproco das respectivas políticas e da sua atuação; Procurar, de modo contínuo, a inovação da legislação necessária à promoção de políticas públicas, sociais e econômicas eficazes, influndo no processo legislativo a partir das comissões temáticas existentes nas Casas do Congresso Nacional, segundo seus objetivos, combinados com os propósitos de apoio as Comunidades Terapêuticas, Acolhedoras e APAC’S (BRASIL, 2015, sp).

fazem presentes. Predomina ainda a disciplina e o atendimento às regras da instituição (PACHECO; SCILESK, 2013).

Um exemplo disso são os dados do 4º Relatório de Inspeção Nacional dos Direitos Humanos sob os locais de internação para usuários de drogas, realizado pelo CFP em 2011. Nas conclusões, apontaram que ao avaliar 68 instituições do Brasil, a violação de direitos se faz presente como uma regra, através da interceptação e violação de correspondências, violência física, trabalhos forçados, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o teste de HIV, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, etc. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

No que diz respeito à questão da religião dentro dessas instituições, o relatório apontou que a maioria das instituições adota uma opção por um credo e pela fé, como um recurso no tratamento, e que ao impor essa crença religiosa aos sujeitos que ali estão, acabam violando um direito de escolha e sendo incompatível com os princípios das políticas públicas de caráter laico. Nesse sentido,

os internos são constrangidos a participar de atividades religiosas, mesmo quando sua crença e fé são outras. Até porque inexistente outra possibilidade. Na ampla maioria dos locais não existem funcionários, apenas religiosos, pastores, obreiros (quase sempre ex-usuários convertidos) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p.191).

Entretanto, estas denúncias não tem sido suficiente para a reversão de sua expansão. Ao contrário: elas vem sendo priorizadas em relação aos CAPS ad, Consultórios na Rua e unidades de acolhimento, visto que estão recebendo maiores investimentos do que os outros dispositivos.

As comunidades terapêuticas se organizam em torno da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), uma sociedade civil sem fins lucrativos, criada em 1990, para coordenar e organizar estes espaços. Com a sua expansão, a implantação do SUS e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), tentativas de resolução e normalizações destas instituições foram tentadas pelo MS.

Em 2001, por exemplo, a ANVISA criou a resolução 101 que regulava as comunidades terapêuticas estabelecendo normas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas

com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2001a). Essa resolução³⁸ se tornou alvo de críticas pelos dirigentes das comunidades terapêuticas religiosas, principalmente por um fator - a proibição de vínculos religiosos (GARCIA, 2012).

Apesar disso, em 2015 foi aprovada nova regulamentação das comunidades terapêuticas, por meio da Resolução do CONAD 01/2015, que regulamentou

[...] no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

Podemos ver que o lobby das comunidades terapêuticas e da Frente Parlamentar vem ganhando força, visto que conseguiram regulamentar estas instituições e tem a previsão de receber cerca de 300 milhões no próximo biênio por meio da SENAD (MORAES, 2015).

Parafraseando Simionatto e Costa (2012, p.217), podemos ver que a inserção dessas frentes parlamentares e interesses “no âmbito da esfera estatal é resultante do embate entre as classes em disputa pela hegemonia” e existem organizações, como algumas bancadas temáticas que representam para além dos partidos políticos, o interesse de setores específicos da sociedade que está relacionada ao campo da política e nos remete à compreensão do papel e da natureza do Estado, ou seja, de como as políticas são formuladas e, conseqüentemente, de como se dá a disputa da hegemonia.

Mas, para além do tratamento ofertado e dentro dessa disputa, é preciso ter claro de quem é a competência de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico e daquelas que fazem uso e abuso de substâncias psicoativas. Segundo Vasconcelos (2010), a atenção a esse grupo deve acontecer baseada no diálogo entre diferentes serviços. A rede deve ser articulada e mobilizada a partir de demandas dos usuários do sistema. Isso envolve a atenção básica (Estratégia de Saúde da Família); os CAPS ad; leitos de atenção integral em hospitais gerais; consultórios na rua; pontos de acolhimento; estratégia de redução de danos, etc.

Entretanto, a implementação da RAPS foi criticada por integrantes do movimento, como coloca Melissa:

³⁸ Essa resolução foi revogada pela Resolução 29, de 2011.

“[...] teve um congresso de instalação da RAPS, assim como é concebida hoje, em 2012 e nesse evento o movimento oficialmente se colocou contra aquele modelo de RAPS [...] Mas acho que foi uma força do movimento de colocá-la assim, eu acho que isso foi oficializado no ano passado quando o movimento se nega a utilizar a expressão RAPS, enquanto uma política antimanicomial, então se você pega o relatório do último encontro a gente não se refere à RAPS enquanto um ideal de rede. A gente fala de rede de saúde mental ainda³⁹. (grifos nossos).

Então, a RAPS apresentou avanços e retrocessos. No que diz respeito a estratégias de intervenção, podemos enfatizar – a estratégia de redução de danos, adotada no momento em que a questão das drogas foi dita como de saúde pública e sob o protagonismo da saúde mental. Mas, por outro lado, a abstinência como meta única de tratamento com as comunidades terapêuticas (defendida pelos setores conservadores) desconstrói esses avanços. Essa disputa entre uma e outra estratégia de intervenção reflete a luta em torno da direção da política de drogas, como dito anteriormente.

A estratégia de redução de danos foi estabelecida como de saúde pública em 2002, mas somente em 2005 foi regulamentada, por meio da portaria nº 1.028. Esta determina que as ações desenvolvidas “aos usuários ou dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso tenham como objetivo reduzir os riscos, sem intervir na oferta ou no consumo” (BRASIL, 2005, sp.). Partindo do pressuposto de que as drogas fazem parte do mundo do usuário, as medidas acontecem por meio de “a) informações, educação e aconselhamento; b) assistência social e saúde; c) disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites” (BRASIL, 2005, sp), fazendo com que as práticas acolham as demandas de cada situação e de cada usuário.

As primeiras iniciativas dessa estratégia aconteceram na década de 1990 e estiveram voltadas ao controle da epidemia do HIV/Aids por meio da prevenção e acesso ao coquetel de medicamentos disponibilizado pelo MS. Saindo fortalecida nesta década, a estratégia ganhava adeptos, mas também muitos segmentos contrários, por aqueles que adotam o discurso proibicionista de guerra às drogas (LIMA; TAVARES, 2012).

Não se tratava, porém, de limitar a resposta ao problema drogas a uma política social pública, mas de encontrar uma alternativa que estava tendo sucesso na saúde. Assim, como alguns usuários terão danos, esta estratégia deve orientar projetos de cuidado e reabilitação para

³⁹ Deixou claro que existem militantes que pensam diferente.

diminuir os danos causados, sejam eles clínicos e sociais. Abrange então, a saúde pública e também outras políticas públicas (LIMA; TAVARES, 2012).

A redução de danos, considerada uma abordagem terapêutica, além de estar presente nas instituições governamentais, também está nas instituições não-governamentais (ONGs), mas em menor número. Entretanto, é válido lembrar que as comunidades terapêuticas religiosas representam a maioria das ONGs, tendo “uma concepção sobre o uso das drogas e sobre quem as usa direcionada para tratamentos que intencionam dirigir o usuário necessariamente para a abstinência” (LIMA; TAVARES, 2012, p. 18).

Diante do exposto, surgem questões para se pensar: qual o motivo de as comunidades terapêuticas estarem na RAPS como integrante do tratamento juntamente com os outros serviços extra-hospitalares, geridas principalmente por entidades religiosas e receberem investimento público, sendo que o restante da rede ainda se mantém frágil? Por que as comunidades terapêuticas fazem parte da rede, sendo que o enclausuramento na maioria das vezes é a sua principal resposta, batendo de frente com os ideais da Reforma? Por que esse tipo de instituição está sendo priorizada em detrimento dos CAPS ad? A quem o discurso de “epidemia do crack” serve?

Essas questões perpassam o debate e já podemos adiantar que há interesses de toda ordem, entre eles, interesses morais, religiosos, sociais, culturais, econômicos, individuais, coletivos, psíquicos, entre outros (GARCIA, 2012). Acreditamos ainda que, diante da falta de alternativas públicas efetivas, o cenário é de permanência das comunidades terapêuticas, principalmente após a sua regulamentação. A tentativa de dar uma resposta imediata ao problema crack – marcado por um discurso que coloca essa droga como o “grande mal” que assombra a humanidade nos últimos tempos – entrou sim como prioridade no discurso do governo. Discurso que se tornou ambíguo dentro do aparato estatal, visto que ora o governo não defende a inserção das comunidades terapêuticas no SUS, ora sua inserção é feita. Ou dito de outra forma: o governo aprova a PSM na qual os CAPS-ad seriam os principais serviços da rede extra-hospitalar destinado a esse tipo de tratamento, e amplia as ações desenvolvidas pelas comunidades terapêuticas religiosas. Assim, vemos que o caminho da política de drogas no Brasil, mais especificamente no governo Dilma, caminha no sentido de legitimar os interesses da camada conservadora, mas é um espaço em que há divergências entre a SENAD, o MS, a Presidência da República. Essa polarização no interior do aparato estatal desnuda as

possibilidades e os limites dos membros do MRP que, no interior da gestão, tentam, mas nem sempre conseguem fazer avançar a luta antimanicomial.

Temos de um lado um movimento que luta pela garantia de direitos para os pacientes e adotam a luta antimanicomial e de outro uma camada mais conservadora que apoia a inserção das comunidades terapêuticas religiosas como parte do tratamento, o que reflete na criação de leitos e no repasse de grandes recursos do fundo público para estas instituições. E as ações da camada conservadora representam um movimento que bate de frente com a luta que vem sendo travada há décadas no campo.

A reforma psiquiátrica brasileira apresenta avanços e mudanças na vida de pessoas que poderiam ser condenados a viver nas ruas ou nos manicômios, abandonadas. Assim, a PSM tem caminhado para o processo de redução dos leitos, solidificando um modelo de atenção baseado na comunidade e não mais no hospital, porém fazendo com que os serviços substitutivos dividam os espaços com os hospitais e outros serviços com características hospitalocêntricas. Ocorreu de fato uma reforma, como o próprio nome já diz, e não um processo de mudança mais radical, como sugere o termo vindo de Basaglia.

Há quem diga que a partir do processo de redução dos leitos aos poucos poderá (em longo prazo) resultar no fim dos manicômios. Roberto Tykanori em uma entrevista (2011) quando perguntado se a desinstitucionalização, que vem diminuindo o número de leitos da saúde mental, e tirando o hospital do centro do tratamento, não tem caminhado para uma des-hospitalização, respondeu:

São duas coisas diferentes. Desospitalizar é realmente um processo que ocorre de retirar as pessoas dos hospitais. Essa ideia tem vários aspectos, sendo que o principal é mudar o eixo do investimento. Isso tem a ver com a mudança do modelo, porque significa sair do raciocínio centrado no hospital, e construir outro tipo de modelo. Existe uma dimensão, dentro da palavra des-hospitalizar que é a seguinte: descentralizar o recurso que concentrado no sistema hospitalar, ou seja, tem o aspecto de des-hospitalizar o dinheiro [...] **A questão de des-hospitalizar, dentro da reforma, é uma etapa para você atingir os objetivos mais importantes.** Estamos saindo de um modelo que era concentrado, tanto de recursos, como de pessoas. Havia uma distribuição de recursos para poucos lugares, e as pessoas que tem acesso a esses lugares ficam super-concentradas num mesmo ponto. O modelo novo descentraliza o recurso, para facilitar o acesso e torna os espaços de atendimento não concentracionários. Os pontos passam a ser de convívio (TYKANORI, 2011, sp., grifos nossos).

De fato, a partir de 2006 houve uma inversão dos gastos antes destinados aos hospitais para os serviços extra-hospitalares na medida em que ocorria o processo de redução dos leitos.

Entretanto, o maior percentual dos recursos extra-hospitalares ainda se destina em primeiro lugar aos medicamentos, em segundo lugar aos CAPS e em terceiro ao atendimento ambulatorial. Nos gastos federais com ações e serviços públicos de saúde mental, o investimento tem variado nos últimos anos em 2,5% em saúde mental do total em saúde (BRASIL, 2012) sendo que a OMS propõe um total de 5%, fato que só é observado em alguns dos países europeus (GARCIA, 2011). Isso demonstra que persiste um dos maiores entraves das políticas sociais no geral, um melhor investimento.

Diante das resistências, apesar do processo de redução de leitos e do debate sobre as drogas serem temas polêmicos na sociedade, a realidade está posta, insiste e clama por mudanças. Mudanças no que diz respeito a garantias dos direitos dos pacientes, na aceitação dos mesmos na vida comunitária, um tratamento decente que lhes proporcione bem-estar.

Portanto, são décadas de um movimento social desigual, amplo, limitado que gira em torno da luta por direitos humanos dos loucos de todo o gênero (PITTA, 2011). Entretanto, diante dos traços estruturais do capitalismo neoliberal que refletem em consequências desastrosas para as políticas em geral, as resistências de grupos contrários a Reforma Psiquiátrica, e a atual situação do campo das drogas, podemos ver que o verdadeiro processo de desinstitucionalização está longe de ser efetivado. Partindo do exposto, consideramos que o debate na área precisa avançar e são muitos os desafios.

É *mister* agora apresentar a análise dos principais sujeitos dessa pesquisa, os militantes do MRP brasileira, sobre a PSM e as bandeiras de luta do movimento.

4 OS MILITANTES DO MOVIMENTO PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Neste capítulo abordaremos algumas questões relacionadas às bandeiras de luta do MRP, ao processo de implementação da RAPS com os serviços substitutivos e o lugar das comunidades terapêuticas em seu interior. Identificaremos ainda, as formas de resistência exercidas pelo MRP frente às ações do MS e os rumos da Política, com seus avanços e desafios.

Começaremos abordando as bandeiras de luta do movimento que rebatem nos principais embates no interior do campo da saúde mental. Como destacamos, este é um campo marcado por disputas em torno de dois projetos: de um lado, a hegemonia dos hospitais psiquiátricos e, de outro, um projeto contra-hegemônico, na luta pela desinstitucionalização.

4.1 BANDEIRAS DE LUTA DO MOVIMENTO E SUA CONCRETUDE NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL- UM BALANÇO

A disputa no campo da saúde mental não é (como vimos anteriormente) uma disputa recente: perdura pouco mais de trinta anos. A emergência do MTSM traz consigo as **primeiras reivindicações** de melhores condições de trabalho e defesa de direitos dos pacientes.

*[...]a primeira reivindicação, [...] era uma **reivindicação de condições de trabalho**, a segunda reivindicação era que como a gente trabalhava nestes lugares, nós fomos testemunhas das condições de desrespeito aos direitos humanos, violência, coisas absolutamente indefensáveis que se realizavam nestas instituições. Entendeu? Além da baixa qualidade no atendimento, havia uma coisa de **violência institucional**, os pacientes ficavam trancados nas enfermarias, havia o uso excessivo de contenção física, muito uso de eletrochoque punitivo, havia evidências de maus tratos, que a gente não presenciava diretamente quando a gente estava lá, mas a gente sabia que existia, porque via as evidências posteriores, os pacientes machucados, um horror, pode-se dizer um horror. **Então número um, condições de trabalho, número dois, defesa dos direitos dos pacientes** (Pedro Gabriel-grifos nossos).*

Melhores condições de trabalho envolvem reivindicações salariais, melhor formação de recursos humanos, a luta por recursos nas unidades. Já a defesa dos direitos reflete principalmente em melhores condições de atendimento e relações entre as pessoas que estavam nas instituições, com críticas ao autoritarismo e violência presentes e sobre os limites da atividade terapêutica (AMARANTE, 1995). Tudo isso “reflete um conjunto heterogêneo e

ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa” (AMARANTE, 1995, p. 52).

A defesa dos direitos dos pacientes envolvia também a luta pela humanização dos hospitais.

Há uma transformação muito clara disso. Quando ele começa nos anos 80, 70-78, nós todos estávamos fora do aparelho de Estado [...] e a gente denunciava as condições desumanas, na verdade eram verdadeiros, os asilos, eram verdadeiros campos de concentração. Então num primeiro momento foi de denúncia, nós não tínhamos claro as bandeiras mais positivas, mais construtivas.[...]Então aí você começa a construir uma agenda mais positiva, de controle das internações, de tentar humanizar os grandes hospitais, começar processos de traçar o perfil dos usuários e moradores e ao mesmo tempo iniciar processos de reabilitação dentro dos hospitais, e ao mesmo tempo controlar a entrada nos hospitais privados (Eduardo- grifos nossos).

Ou seja, humanizar os grandes hospitais requeria a definição de novos processos de tratamento que não os existentes à época (quer nos hospitais públicos ou privados). Como base inicial, o processo se baseia nas psiquiatrias reformadas, cujas experiências estavam acontecendo mundialmente. Como visto anteriormente, algumas traziam mudanças superficiais no hospital, como foi o caso dos Estados Unidos, Inglaterra e França e outras com mudanças mais radicais como a Itália e Inglaterra.

Vemos então, que nesse primeiro momento, isto é, no final da década de 1970, a bandeira do MTSM era a reforma do hospital, que envolvia a humanização dos hospitais e do tratamento, melhores condições de trabalho, inovações na assistência, tendo claro que os sujeitos que ali estavam deveriam ser melhor tratados. Vemos, portanto, a pequena influência da experiência italiana no início do processo de reforma no Brasil. Embora alguns dos entrevistados tenham afirmado que neste primeiro momento as bandeiras ainda não estivessem tão claras “as amarras de caráter trabalhista e humanitário dão grande repercussão ao movimento, que conseguem manter-se por cerca de oito meses em destaque na grande imprensa” (AMARANTE, 1995, p.52).

Além disso, neste momento também se lutava

[...] “contra a mercantilização da saúde, condições de trabalho e salário boas, contra a medicalização da sociedade, a psiquiatrização das famílias, a psiquiatria comunitária preventiva, que psiquiatrizava tudo, entendeu” (Márcia- grifos nossos).

Estes aspectos demonstram que a luta que se inicia de reforma psiquiátrica era paralela a uma luta mais geral, que era a luta pela reforma sanitária, já difundida e defendida na sociedade, mobilizada em favor de uma reestruturação no setor saúde.

Esse período inicial, denominado por Amarante (1995) de trajetória alternativa, abarcando tudo aquilo que não fosse a psiquiatria tradicional asilar foi perdendo forças, ficando abalado, devido à descrença em relação às mudanças e também pelo fracasso de algumas experiências internacionais, dando início a trajetória sanitarista. Apesar de ser estabelecido um novo período, de acordo com a periodização feita por Amarante, foi um momento de tentativas tímidas de continuação de reformas, sem desconstruir ainda o paradigma psiquiátrico, e sem trabalhar o cerne da questão.

A ideia da construção dos ambulatórios, como uma melhor forma no tratamento imperou na década de 1980, mas depois essa ideia foi abandonada, pois acreditavam que o tratamento deveria ser mais complexo, que envolvia mudanças de concepções, como retrata Pedro Gabriel:

[...] Se falava muito na questão do ambulatório, então os anos 80 assistiram uma certa expansão dos ambulatórios, principalmente em São Paulo e Minas Gerais, mas essa expansão não acabou com os manicômios [...] É completamente diferente, não é uma questão de ambulatório, é uma questão de mudar o modelo, mudar as concepções, mudar todas as coisas que estão em jogo (grifos nossos).

A crítica é feita à ideia de humanização dos hospitais, acreditando não ser possível a reforma do “hospício”. Esta crítica fica mais evidente na medida em que o movimento constatava que as instituições deveriam ser transformadas.

As vindas de Basaglia ao Brasil, e o contato que os militantes foram mantendo, por meio de debates e encontros, a tomada de decisão de rever as estratégias e repensar princípios do MTSM, refletiram mais tarde na mudança do foco da luta, marcando assim o início da trajetória de desinstitucionalização. Ao invés de somente melhorar o trabalho nos grandes hospitais (ação limitada e limitante), a proposta passa a ser o fim dos manicômios. Essa decisão de reconfiguração da luta ganhou força no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, o Congresso de Bauru, quando adotam o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e o MTSM passa a ser MLA.

[...] Então a partir de Bauru (1987), o movimento passou a se chamar movimento da luta antimanicomial, **por causa do lema da sociedade sem manicômios**. A adoção desse lema significou, na verdade **uma mudança de rumo importante**, no aprofundamento da ideia de **mudança do modelo** e de construir um atendimento em saúde mental na comunidade, mas significou também pra quem era militante do movimento algumas cisões importantes.[...] O movimento aqui do Rio aceitou, **uma parte do movimento não aceitava a bandeira da sociedade sem manicômios**, porque considerava que a luta política naqueles nos 80 deveria ser pelo fortalecimento das instituições públicas e aqui no Rio havia, existem três hospitais psiquiátricos que pertenciam ao Ministério da Saúde. Eu defendi desde o início o lema da sociedade sem manicômios, na verdade, fui um dos responsáveis por apresentá-lo, porque, um ano antes eu tinha ido ao encontro da **rede alternativa em Buenos Aires** e esse lema foi o lema desse encontro, aí foi apresentado nesse encontro também e a gente divulgou esse lema. [...] Então teve essas divisões, **a questão da luta antimanicomial não foi absorvida por todo o movimento, de uma forma geral, se considerou que era muito vanguardista a ideia de uma sociedade sem manicômios, que a questão não era essa, que a questão era a defesa da política pública** (Pedro Gabriel- grifos nossos).

A proposta de mudanças profundas e radicais não agradou a todos os integrantes do movimento. O fato de considerarem a questão da luta como vanguardista demonstra o quão hegemônica se coloca a psiquiatria clássica hospitalar como meio de tratamento, mas não só pelos integrantes, e sim em toda a sociedade. A mudança proposta pelo MLA enfrentou e enfrenta resistências. A superação do manicômio envolve uma luta maior, a luta por um novo modelo de sociedade. Assim, vemos nesse movimento uma ideia que vem contra a corrente do que se enraizou há décadas na sociedade, demonstrando uma luta contra-hegemônica, no que diz respeito às formas de tratamento em saúde mental, o que implica uma mudança de concepção do modelo e de todas as práticas opressoras que estão colocadas. Questionar o processo de tratamento é, assim, questionar a sociedade que produz e segrega o ‘dito’ louco. É entendê-lo em suas múltiplas dimensões: sociais, econômicas, políticas, éticas e técnicas. É romper com o instituído.

[...] No meu entendimento foi muito importante, pois tiveram duas rupturas aí: **uma epistemológica e a outra política**. Epistemológica porque o MTSM ainda pensava muito numa ideia de humanização do hospício, racionalização da assistência, criar uma rede ambulatorial, mais eficiente para evitar a internação, uma rede de ambulatório para acolher o ex-paciente, o egresso da internação, muito uma visão assim campo-sanitarista e tal, e a ruptura epistemológica foi que o manicômio devia ser superado. Está entendendo, é uma ideia que já não acreditava mais na possibilidade de **um local de exclusão** seja um local terapêutico como Franco Basaglia mesmo dizia “o hospício não é um local de tratamento, mas de extermínio”. E a outra ruptura, **a política**, a ideia de que não era um movimento de trabalhadores de saúde mental, **era um movimento social**. Nele havia se envolvido os próprios usuários enquanto sujeitos políticos, as pessoas psiquiatrizadas vítimas da psiquiatria, com alguma forma de diagnóstico psiquiátrico que não necessariamente são doentes, ou portadores, ou transtornados mentais, mas são diagnosticados, os seus

familiares e outros ativistas da sociedade civil que lutam por democracia, por liberdade, por direitos, direitos civis, direitos sociais, direitos humanos, etc (Paulo Amarante- grifos nossos).

A transformação do MTSM em movimento social se coloca em um tempo de retorno dos movimentos sociais ao cenário político. Como vimos nas décadas de 1970-1980, eles eclodem com mais força no debate sobre a redemocratização da sociedade, frente o caráter repressor da ditadura militar.

Na nova fase do movimento, de bandeira por uma sociedade sem manicômios, o MLA luta para romper com a hegemonia burguesa em que predominam os interesses privados, de exclusão daqueles que não se enquadram nos padrões já estabelecidos e passa a pensar na afirmação de valores coletivos e interesses universais, na busca da grande política.

No processo de mudança, vemos a necessidade de marcos normativos para dar maior embasamento à reforma psiquiátrica em curso. Nessa direção, o movimento coloca na agenda política do Congresso Nacional o Projeto de Lei Paulo Delgado de 1989.

A trajetória deste projeto retrata que a luta seria grande: entre 1989 e a aprovação da Lei 10.216, em 2001, transcorreram 12 anos de embates no Congresso. O projeto trouxe então a necessidade de substituir integralmente o modelo hospitalar por outros serviços, tornando-se uma proposta contra hegemônica que, suscitou a participação de grupos no debate legislativo, sendo, portanto, palco de embates entre grupos contrários e a favor do projeto. Este debate, segundo Pereira (2004) se voltou para um aspecto mais técnico em detrimento de questões políticas envolvidas. Decorrente disso, “o resultado do processo de formulação da atual PSM brasileira, materializada na Lei 10.216/01, foi delimitado pelo jogo de forças existentes no campo” (PEREIRA, 2004, p.180).

Sobre a aprovação da Lei não há consenso no que diz respeito às suas modificações, pois Domingos coloca que as modificações que tiveram foram boas e aponta que o movimento tem uma concepção muito equivocada em relação ao projeto, pois ele aponta que este propôs a extinção progressiva e que é isso que estamos fazendo. Por outro lado, Paulo critica a lei que foi aprovada, pois cortou pontos fundamentais, como por exemplo, a extinção dos manicômios. Entretanto, todos a consideram um avanço fundamental no processo da reforma.

Aqui temos que resgatar duas questões: a reforma possível e a ruptura epistemológica. A lei que foi aprovada com algumas modificações foi concebida em meio a disputas de interesses que refletiram no texto da lei. O que colocaram como reforma possível naquele momento, seria o redirecionamento no modelo assistencial no Brasil, deixando interrogações quanto à direção a ser seguida. Isso porque, o artigo 2º traz que a pessoa em sofrimento psíquico deva ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001), e o “preferencialmente deixa uma brecha para a existência concomitante dos dois modelos antagônicos de cuidado em saúde mental” (HEIDRICH, 2007, p.116). Vemos então, que na verdade, hoje coexistem dois modelos de tratamento que ainda contam com a presença dos hospitais psiquiátricos. Apesar das legislações posteriores a lei de 2001, e até mesmo as anteriores, terem criado condições e caminhos a serem trilhados, vemos que a ruptura epistemológica, trazida por Amarante - não aconteceu plenamente, no que se refere à implementação da política. O que demonstra a distância entre o desejado e o implementado.

A **transformação cultural** segue como parte desse processo, um desafio, visto que ainda há muito preconceito com os sujeitos em sofrimento psíquico. Apesar da relação com este sujeito ter mudado, o estigma contra o louco persiste, o preconceito é uma realidade. Está presente “no mundo do trabalho, na sensação de afastamento dos familiares e amigos, na militância. Nos momentos de lazer, a novela exhibe a loucura como castigo por mau comportamento” (AMARANTE; DIAZ, 2012, p.94). Está presente ainda em grupos contra e a favor da reforma, o que torna as bandeiras de inclusão social e transformação cultural extremamente vivas na luta do movimento pela reforma.

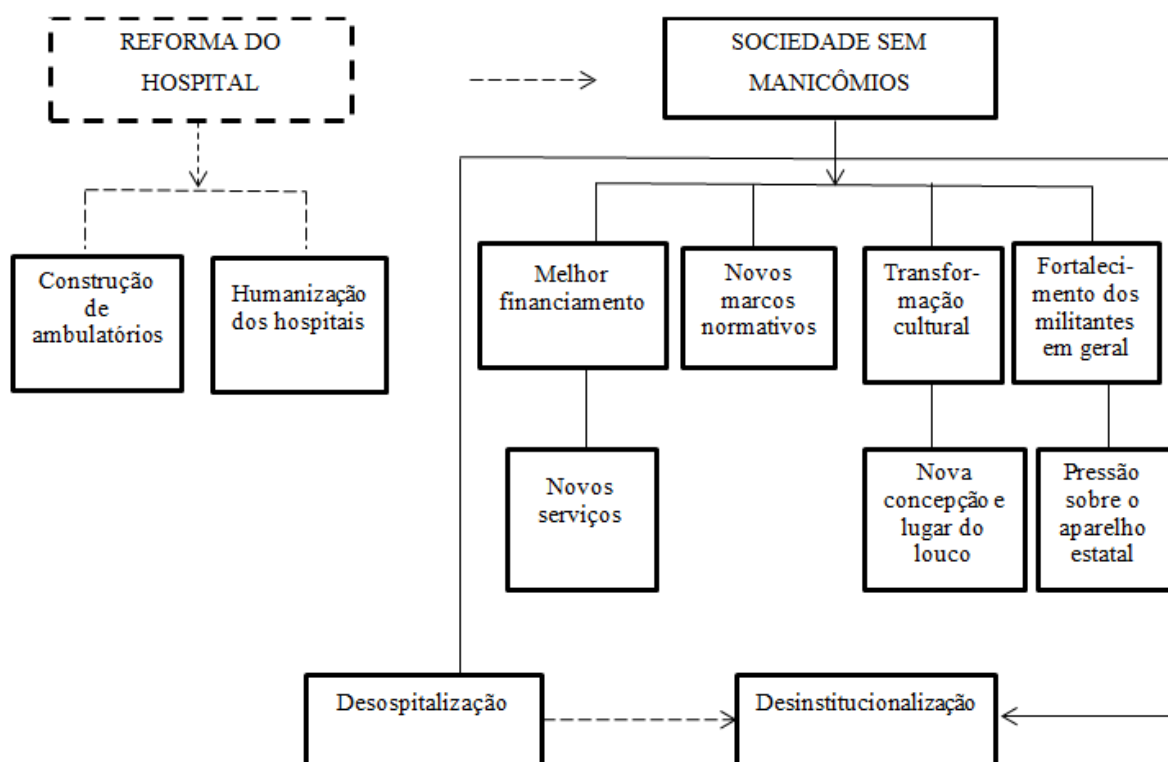
*[...] Acho que a **transformação cultural** que o movimento da reforma sempre teve como bandeira, fazer de uma sociedade uma sociedade solidária, mais respeitosa com as diferenças, etc, **avançou muito pouco, mas não por questões internas desse movimento, mas por questões também de um problema civilizatório** (Cristina - grifos nossos).*

A psiquiatria quando toma para si os problemas psíquicos assume como marca a institucionalização e a medicalização dos sujeitos, dando uma justificativa médica para o asilamento e a exclusão social (PEREIRA, 2004). Assim, quando vemos tendências que reforçam esse ato puramente médico do tratamento, não levam em conta, na maioria das vezes outros aspectos da vida dos sujeitos, como a relação com outras pessoas, seus direitos civis, políticos, sociais, etc. Entretanto, esse tipo de prática que desconsidera esses aspectos, foi firmada na sociedade, e ainda perdura em muitos casos. Assim, inserir os ditos loucos na

cidade, na vida em comunidade “tem o objetivo de transformar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários)” (AMARANTE, 2007, p.73).

Como vemos duas bandeiras foram colocadas e existem diferentes aspectos que giram em torno delas e conseqüentemente da reforma psiquiátrica, desde o seu início até o presente momento, como podemos ver na figura 4 abaixo.

Figura 4- Bandeiras colocadas e pontos fundamentais para a sua implementação.



Fonte: Sistematização da autora.

A bandeira de reforma do hospital envolvendo a construção de ambulatórios e humanização dos hospitais foi paulatinamente excluída da agenda do MRP, quando se adota a bandeira por uma sociedade sem manicômios. Os diferentes aspectos que giram em torno desta última bandeira são os mais variados. Mas não há consenso em todos os pontos, como, por exemplo, em relação aos processos de desospitalização e desinstitucionalização. Como foi abordada, esta última como um princípio de influência italiana refletiu no processo brasileiro, no

momento em que adotam a segunda bandeira no final da década de 1980. Entretanto, há aqueles que acreditam que para se chegar a desinstitucionalização, deve haver um processo de desospitalização antes (Paulo e Domingos), e este último ainda acrescenta que a discussão desses conceitos é desnecessária e ideológica, fato este que também foi colocado por Pedro Gabriel:

[...] agora essa discussão desospitalização, desinstitucionalização também eu acho que ela é muito ideológica no seguinte sentido: eu considero que é uma desospitalização quando você não assegura ao paciente as condições de ele construir a sua vida na comunidade. Então nesse sentido, o processo que se busca é o processo de desinstitucionalização[...]Então a desinstitucionalização é um processo que está em andamento [...](grifos nossos).

O objetivo da luta é a desinstitucionalização, mas essa nem sempre é concretizada. É isso que Eduardo, Paulo, Pedro Gabriel, Melissa, e Cristina colocam.

Paulo, entretanto, enfatiza que “[...] não se criou uma política de fato para esse processo de desinstitucionalização”. Nesse momento, Amarante aponta a crítica à possibilidade e os limites da política em curso à luz da radicalidade da bandeira proposta pelo movimento. Cristina e Melissa afirmam que tem experiências e lugares que apontam para a desospitalização, mas que não é esse o objetivo.

A lei implementada em 2001 que dispôs sobre a proteção e os **direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico**; define como **responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política, ações e assistência prestada, bem como a participação da sociedade e da família**; sobre uma **política de alta planejada e reabilitação psicossocial** assistida ao paciente há longo tempo institucionalizado e **seu tratamento ser preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental**; sobre a possibilidade de **internação psiquiátrica mediante laudo médico, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes**, visando sua reintegração social; sobre os **tipos de internação (voluntária, involuntária e compulsória)** (BRASIL, 2001).

Fazendo um balanço, vemos que a bandeira por uma sociedade sem manicômios **ainda continua em pauta no movimento, não sendo, portanto, implementada na PSM**, visto que os serviços substitutivos que foram criados ainda dividem espaço com os hospitais psiquiátricos, isto é,

[...] a discussão no Senado Federal fez com que a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos fosse modificada para dar lugar a uma proposta de reorientação do modelo assistencial⁴⁰ que manteria as estruturas hospitalares como um dos dispositivos integrantes desse modelo (PEREIRA, 2004, p.181).

Além disso, os pontos citados pelos entrevistados e que foram incorporadas à lei 10.216, foram basicamente a questão da defesa por direitos e a defesa de que o tratamento deva ser priorizado em serviços substitutivos, mencionando para cuidar em liberdade⁴¹.

Assim, a reforma segue defendendo ações efetivas em rede, tentando dar respostas, “reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas” (PITTA, 2011, p. 4588). Para tanto, é necessário o fortalecimento das associações de usuários e familiares, dos movimentos envolvidos com a luta, a criação de **uma rede extra-hospitalar** com “[...] serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas” (AMARANTE, 2007, p. 84). E aí surge uma questão: a rede extra-hospitalar estruturada pelo MS expressa o aspirado pelo MRP?

4.2 A REDE IDEALIZADA E A REDE EXISTENTE- SONHOS QUE SE (DES)FAZEM

O relatório da III CNSM, no que diz respeito à organização e produção da rede dos serviços substitutivos, aponta que para a efetivação da reforma psiquiátrica, dentre outros aspectos é necessária uma rede de atenção integral substitutiva ao hospital psiquiátrico que seja

[...] capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os sete dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização. Esta rede, composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada à rede básica territorializada, deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com as necessidades dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade. Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania (BRASIL, 2002, p.39).

⁴⁰ O processo de reorientação do modelo reduziu 26.393 leitos entre 2002 e 2014, e criou diversos serviços substitutivos, como mostrado no quadro 2. Então, não podemos desconsiderar os avanços.

⁴¹ É válido lembrar que nos doze anos de tramitação do projeto no Congresso Nacional, várias legislações estaduais estavam sendo aprovadas neste período.

A partir disso, propõe que a rede deva ser composta por serviços em todos os níveis de assistência, com prioridade para as regiões em que tenham vazios assistenciais, com equipes na atenção básica, CAPS (I, II, III ad, i), leitos de saúde mental em hospitais gerais quando for necessário, inclusive leitos clínicos para desintoxicação de álcool e drogas, centros de convivência, serviços de atenção à criança e ao adolescente, serviços residenciais, terapêuticos, programas de geração de trabalho e renda, emergência psiquiátrica (BRASIL, 2010).

De acordo com Amarante (2007, p.84) “[...] o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo- com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e outros atores sociais”. Para essa rede de relação entre os diferentes sujeitos, a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é condição *sine qua non*, mas serviços que rompem com o paradigma da psiquiatria tradicional forjada no interior dos manicômios. Estes serviços, inseridos na pauta do MRP, foram sendo implantados ao longo dos anos. A produção normativa sinaliza ações que enfatizam principalmente as ações sistemáticas de avaliação da internação psiquiátrica, refletindo no processo de redução e fechamento de leitos; no enfrentamento do problema das drogas e o financiamento da rede de CAPS (DUARTE, 2013).

A intersectorialidade⁴², o trabalho em rede⁴³, o serviço de base territorial, o cuidado, a criação de vínculos, ações desburocratizadas, são algumas das proposições que deveriam balizar os serviços de atenção psicossocial no Brasil. Como abordado no capítulo 3, a RAPS proposta pelo MS é composta por unidades básicas de saúde e equipes de consultórios na rua; com os CAPS; com os serviços residenciais terapêuticos e o Programa de Volta pra Casa; com os ambulatórios, leitos e enfermarias; com o SAMU e as Unidades de Pronto Atendimento; com as cooperativas, centros de convivência e cultura; unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas.

⁴² Estratégias que perpassam vários setores sociais, envolvendo não só o campo da saúde mental, mas também da saúde em geral, demais política públicas e a sociedade como um todo (AMARANTE, 2007).

⁴³ A organização em rede pressupõe a formação de [...] uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2007, p.88).

Entretanto, antes de ser formalizados na RAPS a maioria dos serviços extra-hospitalares já estavam sendo desenvolvidos, principalmente os CAPS que foram amplamente difundidos a partir da década de 1990. A partir daí os CAPS se tornaram referência no tratamento em saúde mental tendo claro que era necessário não só um serviço, mas a integração entre vários deles.

Os CAPS, enquanto principais estratégias no processo da reforma psiquiátrica são instituições destinadas a acolher os sujeitos em sofrimento psíquico, para estimular sua integração social e familiar, apoiá-los na busca da autonomia, e também oferecer atendimento médico e psicológico. Com isso, a tentativa é de integração na sociedade, no espaço da cidade onde se desenvolve a vida deles e daqueles que estão a seu redor (BRASIL, 2004a).

Antes mesmo da implementação da lei em 2001, já havia em 1992 a portaria nº224 que os normatizavam. E ainda, antes de estarem na RAPS, estes dispositivos estavam inseridos no que até então era denominado Rede de atenção em Saúde Mental, estando no centro da rede, como mostra a figura 5 abaixo:

Figura 5- Rede de Saúde Mental.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a)

Ao final de 2014 tínhamos 2209 deles, segundo dados do MS. Com o aumento do número de CAPS ao passar dos anos e pelo grande foco que eles tomaram, Amarante alertou sobre o risco da Capsização do modelo assistencial, e com isto, o risco de reduzir o processo de reforma à construção de CAPS. A ideia é de que estes serviços sejam oferecidos de forma adequada, sejam espaços em que as portas estejam abertas e não perder de vista a dimensão mais ampla da reforma psiquiátrica.

No geral, os entrevistados reforçam a importância desses dispositivos e de sua expansão no processo de reforma. Entretanto, alguns deles criticam o que muitos dos CAPS acabaram virando, e também sua enorme fragilização.

Então se tornou como um modelo essa ideia de um CAPS como um ambulatório, meio hospital dia, meio ambulatório, totalmente desarticulado. Então existem ainda muitas pessoas que acreditam no hospital psiquiátrico e que acreditam na sua humanização, que acham que o CAPS não é uma inovação, e também às vezes não é mesmo, porque ele não centrou numa ideia de ruptura de inovação do modelo, e a outra questão que você perguntou após a lei. Após a aprovação da lei, tivemos uma conjuntura favorável, mas não tivemos uma aplicação estratégica favorável, de investir na criação de profissionais de saúde mental na rede, dos CAPS, da atenção em saúde na família, capacitação e formação dessas pessoas [...]

[...] Duas áreas estratégicas, saúde mental e atenção psicossocial e a saúde da família, que eram dois modelos que apontariam para uma nova concepção de saúde, de cuidado, não só de modelo assistencial, mas de concepção. Nas duas, não se fizeram investimentos em formação desses profissionais, então os caras entram no CAPS sem noção sobre saúde da família, fazem a mesma coisa que o médico: o próximo, então medica, etc... e nem fizeram uma política de estabilidade, uma carreira de Estado. (Paulo, grifos nossos).

A expansão da rede CAPS é inegável, mas essa expansão não garantiu a formação dos profissionais e qualificação dos serviços. A precarização do trabalho, com contratos por meio das organizações sociais, evidenciam os embates que atravessam a política de saúde brasileira. Além disso, muitos CAPS estão correndo o risco de se tornarem “Capsicômios” ou como Marta diz, manicômios de portas abertas. Isto nos refere ao risco desse tipo de serviço estar apenas mudando o local de tratamento, sem transformar de fato a essência do cuidado (HEIDRICH, 2007). O que pode travar esse pensamento, e essa possível prática, é o esforço dos trabalhadores, militantes e todos aqueles que estão ali envolvidos em não se contentar com a rotina burocrática a que estão expostos e tentarem reinventar suas práticas e modos de lidar com os sujeitos. Outro ponto relacionado aos CAPS é a sua expansão e cobertura. A desigualdade entre as regiões brasileiras é um fato que já foi apontado anteriormente e dois dos entrevistados reforçam a importância dos CAPS III com serviços 24 horas.

Assim, pelo fato de muitos dos serviços já serem executados, inclusive os CAPS, muitos dos entrevistados já a consideravam como uma rede. E nesse momento marcam uma oposição à regulamentação da RAPS.

Na verdade, uma coisa que a gente sempre fala, a gente sempre se denominou rede de saúde mental, ou rede de atenção psicossocial ou rede de CAPS ou rede de serviços substitutivos. Então, na verdade, nós já existíamos enquanto dinâmica de rede e sempre trabalhamos nessa lógica antes da formalização e do engessamento do que se chamou de rede de atenção psicossocial- RAPS pela Portaria 3088/2011. Então, ela na verdade, tenta dar uma organizada, mas uma organizada que nos engessa, e às vezes nos empobrece, e às vezes também nos simplifica. Por exemplo, a lógica da porta de entrada ser somente pela atenção

básica, esse foi uma luta no primeiro encontro nacional de RAPS em 2013 em Curitiba, e a gente brigou que CAPS também é porta de entrada. Segundo: a localização de CAPS como atenção de estratégia especializada, como a gente não sendo mais a porta de entrada a gente fosse o lugar que cabe como atenção especializada aos ambulatórios especializados de média complexidade, então isso foi uma briga que isso está colocado na RAPS (Marco- grifos nossos).

Reforçando essa ideia, mais três dos entrevistados⁴⁴ disseram que já se viam enquanto rede antes da portaria de 2011. Além disso, como foi apontado na fala acima, no primeiro encontro de RAPS os militantes brigaram para que considerassem o CAPS como porta de entrada da rede. Isso demonstra por um lado, a importância que o movimento vê nos CAPS, enquanto dispositivo estratégico no tratamento em saúde mental e por outro lado, a pressão do movimento da luta antimanicomial sobre o aparelho estatal. Marco apontou ainda em sua fala, que a RAPS tenta dar uma organizada, mas acaba simplificando, burocratizando e fragilizando os serviços. Este fato foi apontado por mais quatro⁴⁵ entrevistados:

A questão principal, porque foi vendido como se fosse uma coisa nova, um novo modelo[...]eu acho que é mais uma sigla e é mais ter que cumprir uma certa função ideológica de parecer que estavam criando uma coisa nova, sem fortalecer na verdade.[...] Os serviços comunitários que estão muito frágeis, estão sucateados, estão privatizados, os contratos de trabalho, os CAPS por exemplo, os contratos de trabalho estão ficando cada vez mais contratos de prestação de serviço, não se fazem concursos públicos, existem a presença das organizações sociais que é um vetor de privatização da saúde pública (Pedro Gabriel- grifos nossos).

A crítica à RAPS enfatiza que a luta é para a melhoria e fortalecimento dos serviços públicos e um atendimento de qualidade, luta que persiste há décadas na sociedade. Portanto, a crítica envolve sim a organização da rede, mas antes disso envolve uma luta anterior a ela e que comparece como questão desde o MTSM, como as melhores condições de trabalho e melhores condições de assistência.

Assim, a fala destes entrevistados no que diz respeito à fragilidade da RAPS reflete um quadro econômico e político que o país tem vivenciado, de crise econômica⁴⁶, com a adoção de medidas neoliberais, de caráter privatizante, fortalecendo o capital financeiro, a desregulamentação do trabalho, reduzindo o salário, os direitos sociais e aumentando o desemprego, o ajuste fiscal, entre outros. Temos um governo que apesar de ter origem no

⁴⁴ Cristina e Pedro Gabriel.

⁴⁵ Eduardo, Melissa, Pedro Gabriel e Cristina.

⁴⁶ A crise econômica também se coloca em âmbito internacional.

movimento operário e popular- e que ainda conta com a confiança de setores populares - utiliza o poder para manter e até para aprofundar o modelo capitalista neoliberal dependente (BOITO JR, 2003).

Nesse cenário, a ofensiva neoliberal vai interferir diretamente na elaboração das políticas públicas, com cortes no orçamento, principalmente da saúde como já foi sinalizado no início desta dissertação.

Outro ponto importante que foi citado por Marco, com relação à RAPS, foi sobre a desinstitucionalização, em que coloca:

Outra que desinstitucionalização enquanto um dos pontos da RAPS ficou exclusivamente como um processo que era um paradigma, ele ficou referenciado a um deslocamento da saída do usuário pra rede substitutiva e para a rede de serviços terapêuticos, as RTs (grifos nossos).

Legalmente, a RAPS trata a desinstitucionalização da seguinte maneira:

O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Os Serviços Residenciais Terapêuticos - que são pontos de atenção desse componente - são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros (BRASIL, 2011, sp).

Devemos concordar com Marco que a estratégia de desinstitucionalização vai além do processo de substituição do hospital psiquiátrico para os serviços extra-hospitalares, pois como já foi dito, é todo um processo social complexo, que envolve diferentes mudanças em várias esferas, e a ideia que a RAPS traz seria uma das etapas desse processo.

As críticas às medidas adotadas pelo governo no campo da saúde mental não param por aí. Na RAPS, além da sua organização e precarização dos serviços e do trabalho, as medidas relacionadas ao campo de álcool e drogas também tem gerado muitas críticas e preocupações, como é o caso da inserção das comunidades terapêuticas na rede.

4.2.1 As comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial

Como vimos, as ações no campo de álcool e drogas são assumidas pela saúde mental mais tardiamente, quando em 2001 o tema foi discutido na III CNSM e em 2003, quando é criada a PAIUAD. As ações ora de cunho repressivo, ora com medidas de prevenção e redução de danos, são mais acentuadas a partir de 2010 com a suposta epidemia do crack, com o clamor amplificado pela mídia, por políticos, entre outros, demonstrando um campo de disputas (LIMA, 2014).

Ao longo dos últimos anos, temos visto que a onda conservadora do atual governo petista vai refletir neste campo com ações repressivas do Estado, baseado na onda proibicionista de guerra às drogas.

As propostas, principalmente a partir do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, do final de 2010 apresentam como ações previstas para os usuários de crack e outras drogas, essa diferença no tratamento. Assim, ao mesmo tempo em que propõe o aumento dos leitos para fortalecer o tratamento e aumentar o acesso dos sujeitos, também gera discordâncias e enfrentamentos daqueles que são contra a forma de onde e como estão sendo feitos esses aumentos, neste caso nas comunidades terapêuticas.

Essas instituições que foram criadas com outro propósito tanto na Inglaterra com Maxwell Jones, quanto no Brasil, no período militar, hoje assumem uma nova roupagem. Enquanto parte integrante da RAPS, as comunidades terapêuticas foram inseridas nos chamados serviços de atenção em regime residencial de caráter transitório, portanto, inseridas no SUS, o que demonstra a sua força política mesmo com tantas críticas e tensões geradas, tanto na saúde em geral quanto da saúde mental. As comunidades terapêuticas podem sugerir que no discurso governamental há pontos que colocam uma preocupação com a saúde pública, mas isso não tem sido visto na maioria destas instituições, tanto que estas têm sido alvos de críticas devido à dinâmica de suas ações.

O fortalecimento da relação entre Estado e comunidades terapêuticas vem sendo acompanhado no país por resistências e lutas sociais que demonstram a violação de direitos nestas instituições (LIMA, 2014). Aliás, no que se refere à inserção das comunidades terapêuticas na RAPS todos os entrevistados se posicionaram contra, entendendo que estas instituições significam um retrocesso na PSM. Sobre isso Cristina se posiciona:

*A ideia de inserção das comunidades terapêuticas na Rede é uma ideia muito contravertida. Claro que eu sou contra, eu sou totalmente contrária à inclusão das comunidades em qualquer modalidade de cuidado territorial, porque elas hoje encarnam aquilo que a gente quer substituir, então pra que elas?[...] Na vida real estamos vendo que os municípios e alguns estados com governos muito mais a direita, eles estão financiando com o dinheiro SUS, que eles têm autonomia para isso muitos leitos em comunidades.[...] **de onde sai o maior recurso federal para o financiamento das comunidades é da SENAD, que é secretaria e não é ministério, mas é uma representação do governo. Ou seja, esse governo ele vem com uma ambiguidade em relação a esse problema, para eu ser super educada, grave né, ele diz não e sim para a comunidade terapêutica ao mesmo tempo.**[...] Para agradar gregos e troianos, revela que a posição dele é deixa pra lá, diante de uma coisa tão grave como essa. **As comunidades terapêuticas hoje é o processo de neoinstitucionalização, a gente tem chamado assim no NUPPSAM [...]**(grifos nossos).*

A política de drogas é um campo de disputas, que cedeu diante das pressões conservadoras, dando uma resposta rápida para a sociedade. Vemos que “a solução das ‘comunidades terapêuticas’, na sua maioria oferece apenas o enclausuramento do problema, na ausência de uma ação mais efetiva e eficaz do Estado” (PITTA, 2011, p. 4587). No que diz respeito ao financiamento das comunidades terapêuticas, vemos que vem para atender a certos grupos, visto que o Estado aqui se torna um palco de contradições e lutas com interesses antagônicos, envolvendo relações políticas e verbas milionárias. Assim,

Trata-se de uma profunda desigualdade na luta de interesses entre essas perspectivas, quando a tendência proibicionista parece ocupar o Estado para a realização de fins privados, seja para garantir o prestígio corporativo de certas profissões seja para garantir a realização do lucro para certas frações da classe capitalista (LIMA, 2009, p.321).

A ocupação do Estado por camadas conservadoras pressionando o Executivo para integrá-las no tratamento de álcool e drogas nos remete a uma fala de Domingos, onde o mesmo relatou que

*[...] hoje o legislativo é **um legislativo pior, mais conservador, as bancadas evangélicas e a própria bancada médica conservadora é muito grande dentro do congresso nacional [...]*** (grifo nosso).

As questões envolvem um judiciário, um legislativo, também um aparelho de Estado representado pela polícia, fortalecendo a face repressiva do Estado e uma negação de

liberdade e de acesso aos direitos, como, por exemplo, no caso da internação compulsória⁴⁷ nas comunidades terapêuticas.

O que reforça a ideia de que “[...] *criou-se dentro do aparelho de Estado uma forte hegemonia em favor do moralismo na questão das drogas* [...]” (Pedro Gabriel).

As assertivas de Pedro Gabriel e Domingos estão em acordo com o estudo de Basílio (2015) que demonstrou que o Congresso Nacional foi um espaço privilegiado que permitiu vislumbrar aspectos do legislativo que se quer superar, como por exemplo, práticas repressivas, autoritárias e policiais, e aquilo que se almeja, a construção de uma política de drogas garantidora de direitos humanos e da liberdade. Isto expressa as tensões e relações de diversos atores políticos entre sociedade civil e sociedade política que disputam por seus interesses.

O controle social exercido sob a conduta humana, por meio de um poder punitivo, neste caso exercido pelo Estado, nos remete a uma das características de Estado em Gramsci, baseado na repressão e força. O Estado aqui assume um caráter repressivo no campo das drogas, de forma que este caráter seja hegemônico, obtendo o consenso de muitas camadas da sociedade, “embora combinando-a com uma difícil ampliação dos direitos para esta área” (LIMA, 2009, p.331).

Os interesses em disputa foram citados por alguns dos entrevistados. Consideram o aumento das comunidades a expressão de interesses de mercado, envolvendo dinheiro, poder, religião, conservadorismo e segregação do diferente. E essa ideia vem atrelada às críticas de que estes espaços não tem uma equipe adequada, são centradas na violência, no regime fechado, na imposição de uma religião e, portanto, são contrários ao financiamento destas pelo governo.

Foram processos muito complicados, inclusive de redução de leitos, então de certa forma esses empresários entram pelas comunidades terapêuticas. [...] O cara quer lucrar com isso, travestido de religião. Algumas podem ser até sérias, acho que tem alguns espaços desses que realmente estão ali seriamente pensando, mas não o que está se tendo pelo país (Marta).

⁴⁷ As internações compulsórias estão previstas na Lei 10.216 que diz: “A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (BRASIL, 2001, sp). Essa internação, utilizada como uma resposta do judiciário ao apelo dos familiares, dos próprios usuários e da sociedade supõe que eles não têm domínio das suas ações, demonstrando assim, a intervenção do Estado na vida social. O que gerou muitas críticas quanto a sua real efetividade, no que diz respeito ao tratamento.

Concordamos então com Paulo Amarante que apesar do Estado e as políticas que dele decorrem devam ser laicas, há um problema maior por trás, que vai além do debate da religião. Isto é, a luta contra as comunidades terapêuticas é e deve ser contra a privatização da saúde, pois apesar de esta ter virado uma mercadoria, a ideia não é essa, mas sim que seja pública, de qualidade, sem atender interesses religiosos nem a interesses do mercado.

Por outro lado, mas não a favor destas instituições, dois entrevistados criticam o governo, afirmando que a entrada das comunidades terapêuticas na RAPS pode ser ‘justificada’ porque o tratamento de álcool e drogas deixou muito a desejar, que poderia ter fortalecido essa área, coisa que não foi feita. Inclusive, segundo Marco foi feita uma crítica pessoalmente ao Tykanori, ex-coordenador de SM, no encontro nacional de RAPS:

*“Brigamos tanto, que houve reformulação de alguns itens e não de todos, **mas a gente fez uma nota de repúdio contra o financiamento das comunidades terapêuticas, do desvinculamento das comunidades terapêuticas na lógica da RAPS**”.* (grifos nossos).

Essa nota de repúdio como um tipo de resistência demonstra a pressão sobre o aparelho estatal justificada pelo progressivo avanço de ações que destroem a luta antimanicomial. Como já sinalizamos, a área de saúde mental é um palco de embates sobre a forma de tratamento ofertado, neste caso da política de álcool e outras drogas. Além disso, a pessoa que demanda cuidados relacionados ao consumo de substâncias psicoativas também é disputada por projetos distintos, ora pela redução de danos, ora pela via da abstinência com as comunidades terapêuticas. E como temos visto, estes embates envolvem grupos com poder econômico, saber e práticas amplamente difundidas de um lado, e de outro um Movimento que enfrenta desafios em seu processo de organização.

Os entrevistados de uma forma geral, avaliaram a implementação da RAPS de uma forma negativa, de que ela na verdade ainda apresenta muitos problemas. O que constatamos foi que as comunidades terapêuticas e as comunidades terapêuticas religiosas inseridas na rede representam para a maioria dos entrevistados um incremento a uma **neoinstitucionalização** do tratamento – novas formas de institucionalização aumentando os leitos de internação, se não em hospitais psiquiátricos, mas nas comunidades terapêuticas. Isso representa um retrocesso na luta pela reforma psiquiátrica, e o que se coloca como pano de fundo são ações de setores mais conservadores que na busca de financiamento público para atingir seus interesses individuais e também corporativos vem na contramão de conquistas já alcançadas.

Diante das críticas a esta instituição, a defesa é que os investimentos sejam feitos nos serviços extra-hospitalares em geral, mas principalmente, em consultórios na rua e CAPS ad, baseados na política de redução de danos que, se coloca contra-hegemônica nesse cenário.

A defesa do investimento nos serviços substitutivos, além de priorizar o fortalecimento destes tipos de serviços em detrimento das comunidades terapêuticas, sugere que a rede ainda se mantém frágil e apresenta dificuldades de expansão. Por outro lado, vemos movimentos que buscam reforçar e lutar pela continuação do processo que se iniciou no país.

Vemos então que, a partir da figura 4, no que diz respeito aos fatores que estão relacionados à bandeira por uma sociedade sem manicômios, baseado na fala dos entrevistados e no que foi implementado pela Lei temos:

1) Marcos normativos- foram implementados, principalmente na direção da criação e financiamento da rede CAPS e enfrentamento das drogas; no processo de redução e eliminação de leitos psiquiátricos, mas ao mesmo tempo houve a criação de outros leitos em comunidades terapêuticas (DUARTE, 2013)

2) Melhor financiamento- O financiamento não aumentou. O que ocorreu foi a inversão dos gastos que antes era quase exclusivamente nos serviços hospitalares e agora se concentra em maior quantidade nos serviços extra-hospitalares;

3) Transformação cultural- Como um processo, ainda continua vivo, pois o preconceito ainda se mantém.

4) Fortalecimento dos militantes- Apesar de ter enfraquecido após a implementação da lei, este vem se colocando no cenário, principalmente em torno da nomeação do novo coordenador de SM que aponta uma cisão do MS com MRP (cabe destacar que nos últimos 15 anos o cargo de coordenador de saúde mental do MS esteve a cargo de militantes do movimento);

5) Novos serviços- os serviços foram criados ao longo dos anos e mais tarde organizados pela RAPS.

6) Desospitalização - Desinstitucionalização, vemos que o objetivo final é a desinstitucionalização, mas emerge um novo processo que é o de neoinstitucionalização. Estes são alguns dos reflexos do projeto de reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil.

A seguir, veremos mais detalhadamente essa fragilidade não só da rede, mas de todo o processo de implementação da PSM no Brasil, a partir da análise dos militantes e as possíveis resistências do movimento às ações desenvolvidas.

4.3 A LUTA NOSSA DE CADA DIA: POR ONDE CAMINHAM AS AÇÕES?

Já se passaram quatorze anos desde a promulgação da lei da reforma psiquiátrica. Nesse período, a reforma caminhou por diferentes rumos e ritmos, com momentos mais favoráveis e ações mais ágeis, e outros momentos de quase estagnação. Entretanto, o fato é que avanços e dificuldades são inegáveis ao processo de reforma psiquiátrica em curso, evidenciando que a trajetória da PSM é um processo, que ainda não se findou. Mas afinal, o que dizem os militantes do MRP a respeito desse processo? Há resistências do MRP às ações implementadas pelo MS/ Coordenação de Saúde Mental pós-aprovação da Lei 10.216?

Um ponto importantíssimo na avaliação dos militantes é o processo de reforma que vem sendo desenvolvido. Três deles (Marta, Paulo, Melissa) apontaram que a reforma ficou muito voltada para uma **reforma de serviços**, uma **reforma de reorganização da rede** e que perderam o foco da luta antimanicomial. Paulo afirma:

Começamos muito a achar que a questão era a reforma, começamos a fechar hospício em muitos casos, mas abrindo CAPS com a mesma concepção de loucura, de transtorno, que os hospícios tinham [...] No meu entendimento se perdeu essa dimensão mais ampla da Reforma Psiquiátrica que é a da luta contra o manicômio e o manicômio entendido não como só como o prédio, mas entendido como a concepção, como a mentalidade.[...] Eu entendi que nós não tomamos como decisão superar o modelo manicomial, nem na concepção teórica, que eu falei, conceitual, nem na assistencial. Entendeu, nunca teve uma política definitiva de substituição do modelo [...] (grifos nossos).

É claro que essa fala não é consenso entre todos os entrevistados, como, por exemplo, os dois ex-coordenadores de SM, Domingos e Pedro Gabriel. Eles não negam os percalços da política, que os serviços não estão funcionando direito, mas afirmam que a política foi muito exitosa, no que se refere ao processo de redução de leitos e fechamento de alguns hospitais, expansão dos serviços extra-hospitalares e inversão do financiamento e que conseguiram criar

uma estratégia de substituição com um processo gradual e cuidadoso, não tendo de fato a desassistência.

O processo de substituição gradual por meio da redução de leitos e aumento dos serviços extra-hospitalares, juntamente com a fiscalização dos hospitais, tem sido os principais movimentos da PSM na atualidade (HEIDRICH, 2007). Mas, dois dos entrevistados colocam que precisaria de certa radicalidade, isto é, da eliminação dos leitos ser uma meta (que a PSM não trouxe), mas sempre em paralelo com a criação dos serviços substitutivos.

Aqui, vemos que há discordâncias do próprio movimento a alguma das ações do MS, em que uns concordam e outros questionam o processo de substituição gradual dos leitos. Mas, como diz um dos entrevistados “*é natural que tenha divergências, se a sociedade, se o movimento social se conformar com as iniciativas do governo, ele perde suas características*” (Domingos).

Essas discordâncias também estão relacionadas à política de álcool e drogas, “área que sempre mereceu referências da sua importância epidemiológica sem jamais ter merecido uma consequente resposta política e assistencial de fato, entra nessa última gestão como prioridade no discurso presidencial [...]” (PITTA, 2011, p.4587). Eduardo e Marco colocam a importância da inserção deste debate na área de saúde mental, mas no que diz respeito a entrada das comunidades terapêuticas (o que vem sendo chamado de neoinstitucionalização) e seu respectivo financiamento público demarcam o avanço das forças conservadoras, colocando em ameaça as conquistas alcançadas.

A minha crítica à política de saúde mental do Ministério da Saúde diz respeito à política de álcool e drogas. A política de álcool e drogas cedeu, eu estava lá em 2010, eu vi como era difícil e o enfrentamento com as forças conservadoras que tem, que se apropriaram da questão do crack, para transformar a questão do crack numa questão de polícia e francamente uma questão politizada também. Usaram o crack contra o governo, usaram o crack contra as políticas sociais. Mas o governo cedeu e ceder nessas questões não ajuda, não é a melhor forma (Pedro Gabriel-grifos nossos).

Assim, o confinamento e a exclusão da loucura e do uso abusivo de drogas estão presentes entre políticos, legisladores, gestores, acadêmicos, mídia e no imaginário de setores hegemônicos da sociedade (PITTA, 2011). Isso evidencia a dificuldade de construção de um projeto contra-hegemônico no campo da saúde mental e aprofunda questões que vem tentando ser combatidas pelo movimento da reforma.

Inserido nesse contexto, além do processo de neointitucionalização que os entrevistados trouxeram quando falam do aumento dos leitos em comunidades terapêuticas, as ações também têm caminhado para um processo de transinstitucionalização. Segundo Marco, no Rio de Janeiro os sujeitos que estão internados em um hospital privado que está em processo de fechamento, estão sendo deslocadas para um hospital público, como um ‘paliativo’, quando não se consegue fazer o processo de mudança para uma residência terapêutica.

As dificuldades das ações na área, segundo os entrevistados, resultam além de um governo conservador e limitado, do contexto neoliberal que vivenciamos em que o desenvolvimento das políticas públicas está ficando comprometido. O cenário é de enfraquecimento e consequente fracasso das mesmas, cortes no orçamento, “as chamadas ‘reformas’ da previdência social, das leis de proteção ao trabalho, a privatização das empresas públicas etc. – ‘reformas’ que estão atualmente presentes na agenda política tanto dos países capitalistas centrais, quanto dos países periféricos” (COUTINHO, 2012, p.123), vem refletir na precarização dos serviços públicos e fazer revigorar sem freio as leis do mercado.

Concordamos com Coutinho (2012, p.123) que “a luta de classes, que certamente continua a existir, não se trava mais em nome da conquista de novos direitos, mas da defesa daqueles já conquistados no passado”. Assim, trazendo essa realidade para o campo da saúde mental, visto que, o momento é de desmonte das conquistas já ganhas e que correm o risco de retrocederem, vemos a importância de lutar contra as dificuldades que desafiam cada vez mais os movimentos sociais organizados, e tantas outras pessoas que defendem a luta pela desinstitucionalização e também o fortalecimento das políticas públicas.

Assim, em conjunturas difíceis como essa, Melissa cita que o movimento do Rio de Janeiro tem se voltado mais para a cidade, pois durante muito tempo o movimento se voltou muito para as políticas, para os espaços institucionais, o que não deixa de ter sido importante. Decorrente disso, criaram um coletivo, o Madame Surtô, em 2013, a partir da necessidade de o movimento ter alguma verba, mas além disso,

O que estava gerando era um movimento de aproximação com outras pessoas, que não sabiam o que era o movimento, que vinham conversar e que se aproximavam tanto do movimento organizado, quanto da própria noção assim, da própria discussão da reforma psiquiátrica (grifos nossos).

Essa articulação como a entrevistada disse, tem sido feita no Rio de Janeiro, mas traz a importância e a necessidade de levar a discussão da reforma psiquiátrica para a sociedade, de se criar formas de integração na cidade para que a luta se fortaleça ainda mais. O momento é de unir forças do MRP, para caminharem mais próximos, e de convergir as lutas para resistir e fazer frente ao contexto atual.

Após anos de lutas, conquistas e momentos de embate, o Brasil e a saúde mental passam por uma conjuntura de crise econômica, política e social, balizadas por políticas neoliberais que vem prejudicando não só o desenvolvimento da reforma psiquiátrica, mas também o recuo da classe trabalhadora por meio do consenso, sua fragmentação e grande desmobilização dos movimentos sociais organizados. Vemos que,

As classes, frações de classes e camadas da sociedade brasileira, seus interesses, alianças e objetivos, as relações de força entre elas, todo esse terreno social e político mudou muito ao longo dos últimos anos, como mudaram também os movimentos sociais e o panorama político e ideológico do Brasil (BOITO JR. 2003, p.2).

Portanto, as mudanças que foram introduzidas no interior do bloco de poder no governo Lula, e que continuam no governo Dilma reforçaram a hegemonia do capitalismo neoliberal no Brasil. Com o passar dos anos, o governo do PT foi perdendo sua credibilidade desaguando na crise atual e no processo de impeachment da Presidente Dilma (BOITO JR, 2005). Esse cenário reflete negativamente sobre os mais variados aspectos e espaços da vida social.

Sobre os reflexos desse contexto no movimento social da luta, Marta coloca:

Você não tinha um movimento mais, aquele movimento, movimento da luta, enfim, movimentos sociais da sociedade civil ali o tempo todo presente e salvaguardando a linha básica da reforma de uma sociedade sem exclusão, e ir caminhando nesse sentido. Você não tem isso, de certa forma é desmobilizado por todo um processo que ficaríamos horas aqui pra analisar e você vai tendo também uma certa parada nos avanços de se pensar a reforma de uma forma mais radical mesmo, começar a produzir mesmo uma substituição, que tem uma rede de atenção que substitui o hospício (grifos nossos).

Inserido nesse contexto, um dos entrevistados afirma que “a luta foi mais bonita nos doze anos de tramitação da lei, depois da lei aprovada houve um certo esmorecimento” (Paulo).

Após a aprovação da lei, o movimento passa por período de enfraquecimento. A luta pelo marco normativo foi paulatinamente substituída pela repetição da lei e não pela reafirmação de luta do MRP. O movimento, cindido em dois, vê suas forças fracionarem, e a ocupação de

cargos no aparato estatal contribui para esse momento. Assim, na saúde mental a luta não acabou com a aprovação do marco normativo, a luta permanece na rua.

Os últimos acontecimentos no campo da luta antimanicomial apontam para um período de retrocesso da PSM, com a expansão das comunidades terapêuticas a partir de 2010 e pela nomeação do novo coordenador de SM do MS, que gerou insatisfação no movimento da luta antimanicomial e de todos aqueles que defendem a luta pela reforma psiquiátrica. O novo coordenador, enquanto ex-diretor do maior hospital psiquiátrico da América Latina nos anos 1990, que foi fechado pela constante violação de direitos humanos, nos leva a pensar na contradição que foi a decisão do Ministro em nomeá-lo, visto que o movimento e a própria saúde precisam de representantes que estejam comprometidos com as históricas lutas no campo da saúde.

Assim, decorrente desta nomeação feita pelo Ministro da Saúde, Marcelo Castro, ambos de pensamentos conservadores, acabou culminando na Ocupação Fora Valencius, que levou a permanência de militantes e adeptos à reforma a ocuparem a sala da coordenação de saúde mental do MS por 121 dias (DIAS, 2016). Esta como uma forma de mobilização e resistência, agitou o cenário político da saúde mental que estava meio enfraquecido, visando mostrar ao novo ministro e toda a sociedade a importância e necessidade da saúde mental ter um representante comprometido com o MRP. Apesar de a ocupação ter acabado, a luta seguirá por outros meios e com novas estratégias.

E mais, a Ocupação Fora Valencius mostra a importância da participação social na construção da saúde, e neste caso mais específico da área de saúde mental. Reflete ainda na ocupação dos espaços públicos com a ocupação da sala da coordenação, além de mobilizações de rua e articulação com outros movimentos sociais, como mecanismo de pressão e resistência sobre o MS.

Mesmo já empossado, essa ocupação e grande mobilização são, sem dúvida, um grande marco para a luta antimanicomial e que com cenários desfavoráveis como esse, os embates só tendem a aumentar. Valencius como coordenador da SM exemplifica a “tentativa aberta-, infelizmente em grande parte bem sucedida – de eliminar tais direitos, de desconstruir e negar as reformas já conquistadas” (COUTINHO, 2012, p.123).

Sobre esses momentos de dificuldade, Pedro Gabriel apresenta como principais desafios e propostas:

*[...] eu acho que é importante colocar na questão de se investir primeiro: **o mais importante é enfrentar, nós estamos em outubro de 2015, enfrentar, adequadamente, sabiamente, competentemente a grave crise política que o país está vivendo [...]** Então isso pra mim é a questão principal. Bom, se você consegue manter isso, eu acho que o segundo desafio é fortalecer o SUS. O SUS está sendo muito fragilizado. Terceiro: **em relação à saúde mental especificamente. Completar o processo de desinstitucionalização.** Quantos leitos ficarão eu não sei, mas completar esse processo. Pacientes que estão em longa permanência tem que sair. Tem que ser fortalecido o Programa de Volta pra Casa que é um programa exemplar. Que a gestão do ministério deixa um pouco pra lá, como se fosse... é um programa exemplar. Tem que atualizar a regra do de Volta pra casa tem, então atualiza. Pra isso que existem normas, pra ser também atualizado. **É preciso assim investir pesadamente no debate a respeito dos modelos de atendimento em saúde mental, entendeu?** Continuar enfrentando esse debate. Construir mais conhecimento, participar mais do cenário internacional da Global Mental Health, da análise internacional de enfrentamento, de enfrentamento das barreiras de tratamento em saúde mental. Então tem muito trabalho. Agora, o que eu vejo também porque o seu tema é sobre o movimento social, a luta antimanicomial, **eu identifico uma fragilização notável do movimento social, mas muito frágil** (grifos nossos).*

Fazendo um balanço geral, os entrevistados apontam a necessidade de fortalecer e expandir os serviços substitutivos, investir na formação de profissionais, de se avançar na discussão política no movimento, de continuar afirmando a bandeira por uma sociedade sem manicômios, na rearticulação do movimento da luta antimanicomial, e no fortalecimento das associações de usuários e familiares

A reforma como um processo complexo não se limita às mudanças nos hospitais psiquiátricos/manicômios ou na forma de atender/tratar a loucura. Não se refere, portanto, somente à criação de serviços comunitários de saúde mental, oficinas terapêuticas, equipes multidisciplinares, entre outras. Se levarmos em conta que a instituição a ser negada é todo o aparato de saberes, verdades, normas e lugares instituídos sobre e para com a loucura e o louco, não nos basta negar somente o hospital ou desejar somente que se humanize o cuidado. Necessitamos operar transformações em vários níveis de relações na sociedade concomitantemente. Começando pela questão técnica do tratamento, indo até a questão cultural, ou seja, uma reflexão e transformação da forma como a sociedade (os seus membros) lida com o diferente, o não-conhecido, com o não compreendido (HEIDRICH, 2007, p.70).

Partindo desse entendimento, diante desse cenário desfavorável, vemos que o campo das políticas públicas e da saúde mental apresenta muitos desafios, e a criação de um projeto contra-hegemônico no campo da saúde mental envolve um processo de luta constante. Mas é preciso captar a realidade, incluindo as suas contradições, para que em meio a condições desfavoráveis sigamos o conselho de Gramsci: “pessimismo da inteligência, otimismo da

vontade”, no sentido de “que nós lutemos fortemente para mudar essa situação” (COUTINHO, 2008, sp).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos essa pesquisa tínhamos a intenção de entender como os militantes do MRP analisam os rumos do processo de implementação da PSM (2001-2015). Tínhamos claro que a intenção não era dar respostas que se encerram com esse estudo, visto que a implementação da política pública é um processo que se estende ao longo dos anos, Assim, a intenção era de nos aproximarmos de um tema que tem sido alvo de debates, que envolvem questões polêmicas e que se colocam em pauta na agenda do dia do MRP.

O modelo psiquiátrico, por muitos anos, foi baseado principalmente na hospitalização, na vigilância, no controle, na disciplina, como um processo denominado de institucionalização. As práticas nos manicômios, estes considerados como instituições totais, tiveram como consequência, milhares de mortes, violação de direitos humanos, violência, exclusão daqueles considerados sem razão, loucos, alienados. Mas, o quadro começou a mudar após a Segunda Guerra Mundial, a partir da constatação das atrocidades que aconteciam, e quando surgem muitos movimentos reformistas com propostas e discussões para a mudança da assistência à saúde mental em todo o mundo. Aqui temos um dos indicativos do processo lento que envolve a construção de novas formas de pensar e tratar o dito louco.

Os movimentos reformistas, como a psicoterapia institucional, a comunidade terapêutica, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática constituíram-se como as principais experiências de mudança. Entretanto, algumas se voltaram basicamente para reformas internas do hospital, para a diminuição de custos, sem questionar o paradigma psiquiátrico, e outras para mudanças mais profundas e radicais como a experiência de Basaglia, na Itália com o processo de desinstitucionalização. Aqui a história nos mostra que o campo da SM envolve diferentes concepções e que definir por uma é uma opção política.

E foi a experiência de Basaglia que mais influenciou o processo de reforma psiquiátrica brasileira, quando no final da década de 1970 surge o MTSM, mais tarde MLA. O surgimento deste movimento, lutando pela mudança do tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico, atrelado a outros movimentos, como o da Reforma Sanitária, fez com que a discussão da luta por uma saúde pública e pelo direito de todos e dever do Estado passasse a fazer parte da pauta do dia por muitos anos. Aqui temos a clareza de que a luta no campo da saúde mental

não pode ser descolada de um campo de luta social. É *mister* articular o particular, o singular a uma totalidade.

Vimos que o processo de formulação da PSM se prolongou por muitos anos, decorrente de embates ideológicos que se colocavam na discussão, demonstrando, o quanto a chamada indústria da loucura interfere e influencia a partir de seus interesses na PSM brasileira. Ou seja, a área da saúde mental é fortemente tensionada por diferentes atores que apresentam seus interesses contrários ou a favor da reforma psiquiátrica, disputando a hegemonia no que diz respeito ao conceito de saúde e de tratamento ofertado. Apoiadas no conceito gramsciano de Estado, vimos o terreno fértil de disputas e lutas sociais. Entre avanços e recuos, acompanhamos a luta pelo marco normativo (Lei 10.216) em um contexto mundial em que países sequer tem lei de saúde mental e o reflexo do movimento após a aprovação da lei. A desmobilização dos movimentos sociais, decorrente da ideologia neoliberal, fez com que a sociedade civil se tornasse oponente do Estado, e aparecesse como algo para além dele e do mercado.

A partir de interesses divergentes em jogo, das lutas e do arcabouço legal criado, o MS sob a condução de representantes identificados com a luta antimanicomial foi criando serviços e desenvolvendo ações no sentido de mudar o tratamento ofertado. Com as estratégias de redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos ao hospital, principalmente os CAPS foram constatados avanços importantes neste campo e uma perspectiva positiva de mudança, embora as resistências se apresentassem constantes.

Partindo dessas ações, pudemos ver que a reforma psiquiátrica brasileira contém traços do debate sobre a desinstitucionalização italiana, com a noção de desmonte da instituição psiquiátrica, propondo transformações da estrutura social. Entretanto, o caminho tomado não a concretiza de fato. Pelo contrário, apesar de ter sido criada a rede de atenção psicossocial, a qual ainda se mantém frágil, a internação em hospitais psiquiátricos permanece como complemento, fazendo com que dois tipos de tratamento coexistam e os serviços comunitários não os substituam de fato.

Além disso, com a expansão das comunidades terapêuticas relacionadas ao tratamento das drogas, o cenário é de certo declínio no que diz respeito aos avanços no processo da reforma psiquiátrica. Os dados mostraram que esse processo de expansão reflete, na verdade, no que

os entrevistados consideram de neointitucionalização, culminando assim em novas formas de institucionalização que não a preconizada e defendida pelo MRP, com serviços abertos e com ações baseadas na prevenção e redução de danos. Tudo Isso são reflexos de uma política proibicionista e de setores mais conservadores, onde o campo das drogas acaba se tornando um terreno fértil para a disseminação de ações baseadas nessas posturas.

A partir da implementação da PSM, **os militantes entrevistados analisaram que os rumos que a política tomou foram positivos e negativos ao mesmo tempo. Positivos pelos avanços no que diz respeito à criação de serviços extra-hospitalares, no benefício do PVC, na redução dos leitos psiquiátricos e fechamento de alguns hospitais, entre outros pontos já elencados. Por outro lado, os pontos negativos, principalmente os relacionados à política de drogas, com a expansão das comunidades terapêuticas e financiamento público destinado a elas, a precariedade, fragilidade e dificuldade de expansão dos serviços, prioritariamente os CAPS III e a fragilidade do movimento, com a divisão e também pela aprovação da política.** Assim, ficou claro, que há mais dificuldades e desafios a enfrentar que avanços a pontuar.

As ações que foram feitas ao longo dos anos, e principalmente a partir da implementação da PSM em 2001 fez com que a política fosse bem-sucedida em alguns pontos, e mal sucedida em outros. Assim, **de acordo com essas ações e com as falas dos entrevistados, vemos que a bandeira de luta por uma sociedade sem manicômios continua viva e na pauta do movimento, mesmo após a implementação da política.** Como vimos, a efetivação desta bandeira principal envolve diferentes fatores⁴⁸ e ao longo dos anos alguns deles foram implantados, ainda que com fragilidade, como, por exemplo, quando houve a inversão do financiamento em 2006, em que os serviços extra-hospitalares passaram a receber maior investimento; a pressão exercida sobre o aparelho estatal na busca de discussões e melhorias para a saúde mental, principalmente em tempos de Valencius, embora este ponto seja apontado como uma dificuldade pelos militantes, entre outros.

Ora, então para onde caminha a PSM à luz das bandeiras de luta do MRP a partir da análise dos militantes? Como pudemos ver em tempos de desospitalização, de desinstitucionalização, de transinstitucionalização, e ainda de neoinstitucionalização **não há consenso sobre para**

⁴⁸ Na página 55 também foram trazidos fatores que, na verdade, são denominados por Amarante como dimensões da Reforma Psiquiátrica que estão relacionados.

onde caminha a política. Aos que defendem que no Brasil está havendo um processo de transinstitucionalização ou de desospitalização, estes acreditam que sejam um passo para se chegar a desinstitucionalização, objetivo final. Aos que defendem que não foi adotado de fato um processo de desinstitucionalização, estes defendem uma transformação na concepção de modelo de saúde mental e a adoção de medidas que de fato, levem ao objetivo final. Aos que analisam essa discussão como uma discussão desnecessária, ideológica de categorizar o processo que ocorre, defendem que as ações estão caminhando bem, que o processo está sendo responsável, mas que apresentam muitas dificuldades.

A nossa hipótese de que, nesse contexto de projetos em disputa, a reforma psiquiátrica vem perdendo alguns dos avanços conquistados desde a década de 1990 foi constatada, mas foi enfatizada que esse retrocesso acontece principalmente pela entrada das comunidades terapêuticas na RAPS, e que se agrava a cada dia mais, devido à crise política, econômica, que o país tem vivenciado. E ainda, a situação também tende a mudar decorrente do novo ministro e do novo coordenador de SM do MS, como já apontado anteriormente.

Assim, chegamos ao final com algumas certezas:

- a) A PSM existe, sendo uma conquista de um movimento que enfrentou e enfrenta muitas barreiras e que muito se avançou a partir dela, entretanto, são muitos os desafios a enfrentar;
- b) Os atores em debate estão em permanente processo de luta, mas a corrente conservadora parece estar em vantagem, seja na condução da política de drogas, seja no sistema neoliberal adotado no país, que reforça a exclusão, o aprisionamento, as limitadas ações e políticas voltadas para os direitos humanos, sociais e políticos;
- c) As respostas construídas nesta dissertação são limitadas, pois as mudanças no processo da reforma psiquiátrica são constantes;
- d) É necessário o envolvimento de toda a sociedade com a atuação de familiares, sujeitos em sofrimento psíquico, movimentos sociais, trabalhadores da saúde mental para que as mudanças possam acontecer, lembrando que estas não acontecem somente por meio de portarias, leis, e outras normativas, mas também são construídas cotidianamente nas relações e diálogos estabelecidos, nos debates e a partir de objetivos construídos.

e) A proposta de construção de uma nova hegemonia no campo da saúde mental, baseada na desinstitucionalização, vai além de transformações mais urgentes, pois também vai ao encontro de um novo projeto de sociedade, de mudanças nas relações pré-estabelecidas e já consolidadas.

Mas é preciso advertir que além de certezas, há muitas incertezas inseridas nesse debate, fazendo com que seja necessário “criar homens sóbrios, pacientes, que não se desesperem diante dos piores horrores e não se exaltem em face de qualquer tolice. Pessimismo da inteligência, otimismo da vontade” (GRAMSCI, 2001, p.267).

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. C. **A intersectorialidade no processo de construção da política de saúde brasileira**. 2009. 189 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.
- AMARAL, M. C.M. Narrativas de reforma psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal. 2006. Dissertação. (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Brasília, 2006.
- AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1995.
- _____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2002.
- _____. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. 4 ed. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007.
- _____. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V.C (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 635-655.
- AMARANTE, P.; DIAZ, F. S. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v.4, n.8, p.83-95, jan./jun.2012.
- ARRETCHE, M. T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.18, n.2, p. 111-141, 1999.
- ARY, M. L. M. R. B. **Aos loucos o hospício! x Extinguam os manicômios: o discurso da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2009. Dissertação. (Mestrado em Linguística) – Universidade Federal de Alagoas, Pós-Graduação em Letras e Linguística. Maceió, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- _____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social no contexto da crise capitalista. In: **CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p.1-26.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BOITO JR., A. A hegemonia neoliberal no governo Lula. **Crítica Marxista**, n.17, Rio de Janeiro, Revan, 2003. Disponível em:<
http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/artigo98critica17-A-boito.pdf> Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. A burguesia no Governo Lula. **Crítica Marxista**, n.21. 2005. Disponível em: www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos.../critica21-A-boito.pdf. Acesso em: 20 de fevereiro de 2016. p. 52-56.

BORGES, C. F. **Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica**. 2007. 264 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2007.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. de F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, n. 24, v.2, p. 456-468, fev. 2008.

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

_____. Projeto de Lei 3.657 de 29 de setembro de 1989. **Diário do Congresso Nacional**. Câmara dos Deputados. Brasília, 1989 p.10.696-10.699.

_____. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2001 Seção 1, p. 2.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); **Normas mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas portadoras com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidas como Comunidades Terapêuticas**. RDC nº101. Brasília: 2001a. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf Acesso em: 28 de nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, excluir não**. 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, Conselho Nacional de Saúde, 2002. 213 p.

_____. Ministério da saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares –PNASH: versão hospitais psiquiátricos**. Brasília, 2003.

_____. **Portaria 52, de 20 de janeiro de 2004**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm>. Acesso em: 20 de set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Justiça. **Crack é possível vencer**. Governo Federal. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>. Acesso: 20 de fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html> Acesso: 20 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE Brasília, janeiro de 2007, 85p.

_____. Ministério da Saúde. **Implementação da Lei 10.216 e a Política Nacional de Saúde Mental: cenário atual e perspectivas 2009.** Workshop MPF. Coordenação de Saúde Mental, Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 maio 2010. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, janeiro de 2011. 106 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 3088, 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, nº251. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados 10.** Informativo Eletrônico. Ano VII nº 10. Brasília, 2012.

_____. Câmara dos Deputados. **Requerimento nº 1504 de 2015.** Do Senhor Eros Biondini e outros. Requer a instituição da Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas, Acolhedoras e Apac's. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados 12.** Informativo Eletrônico. Ano 10, n. 12. Brasília, 2015a.

BRAVO, M. I. S. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.** In: Capacitação para Conselheiros de Saúde textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRITO, E. S. de. **O Direito Humano à Saúde Mental: compreensão dos profissionais da área.** 2011. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011.

CAMINO, L. O papel das ciências humanas e dos movimentos sociais na construção dos direitos humanos. In: Giuseppe Tosi (Org.) **Direitos Humanos: história, teoria e prática.** João Pessoa: Universitária, 2005, Cap.9, p.233-253.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, sobre os locais de internação para usuários de drogas.** Brasília, 2011.

CORREIA, L. C. O movimento antimanicomial: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos. **Revista UFPB Prima Facie.** v. 5. n. 8, p.83-97, Paraíba, 2006.

CORREIA, M. V. C. Sociedade Civil e controle social: desafios para o Serviço Social. In: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012. Cap. 11, p.293- 306.

CASTRO, C. **O golpe de 1964 e a instauração do regime militar**. [s.d] Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/FatosImagens/Golpe1964>> Acesso em 21 de abril 2016.

COUTINHO, C. N. O conceito de sociedade civil em Gramsci e a luta ideológica no Brasil de hoje. In: _____. **Intervenções: o marxismo na batalha das ideias**. São Paulo: Cortez, 2006. Cap.2, p.29-55.

_____. Carlos Nelson Coutinho: **Reformas geram revolução?** Por fundação Lauro Campos. Entrevista na TV Socialismo e Liberdade. 2008. Disponível em: <http://laurocampos.org.br/portal/images/stories/documentos/Entrevista_Carlos_Nelson_Coutinho.pdf > Acesso em 29 de abril de 2016.

_____. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, F; BRAGA, R; RIZEK, C. **Hegemonia às avessas: economia política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010. p.29-43.

_____. **O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916-1937**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

_____. A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma? **Novos Rumos**, Marília, v. 49, n. 1, p. 117-126, 2012.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública**, Santa Catarina, Florianópolis, v.6, n.1, jan./mar. 2013, p.50-65.

DELGADO, P. G. G. A reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. In: **Revista Saúde em debate**, nº 35, julho, 1992, p.80-84.

DIAS, A. I.; RIBEIRO, J. M. Políticas e inovação em atenção em saúde mental: limites ao descolamento do desempenho no SUS. **Ciência e saúde coletiva**. v.16 n.12. Rio de Janeiro, 2011.

DIAS, B. C. Ocupação Fora Valencius é desmantelada com ação da Polícia Federal. 15 de abril de 2016. In: Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2016/04/ocupacao-fora-valencius-e-desmantelada-com-acao-da-policia-federal/>. Acesso em: 20 abr 2016

DUARTE, S. L. **O processo de redução de leitos psiquiátricos no Brasil**. 2013. 93 f. Monografia. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L. de V.C (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. p.323-363.

FERRAZ, A. T. R. **Impactos da experiência conselheira sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais na saúde: o caso do movimento popular de saúde de Campinas/São Paulo**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2005.

FERREIRA DE LIMA, A. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da psicologia social crítica. **Revista Saúde e Sociedade**. v.1. n.3. p.165-177. Setembro-Dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.academia.edu/404918/Os_movimentos_progressivos-regressivos_da_reforma_psiquiatrica_antimanicomial_no_Brasil_uma_analise_da_saude_mental_na_perspectiva_da_Psicologia_Social_Critica>. Acesso em: 10 out. 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2015.

GARCIA, M. L. T. G. O financiamento da saúde mental após o pacto da saúde. **Revista Libertas**. Minas Gerais. v.11. n. 2, p.1-22, 2011.

_____. **Entre tramas, redes e atos: a política de saúde mental brasileira e o caso do Espírito Santo**. _____ (Org.). São Paulo: Annablume; Vitória, 2011a.

_____. Proibicionismo: Há “pedras” no caminho. **Revista Argumentum**, Vitória (ES), v. 4, n.2, p. 40-47, jul./ dez. 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GOHN, M. da G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**. Campinas, v.16, n.47, p.333-361, maio-agosto, 2011.

GOMES, A. L. C. **A Reforma Psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa- PA**. 2013. 263 f. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**. v. 46. n. 1, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 de out. 2014.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, v.2, 2001.

_____. **Cadernos do cárcere**. Edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho. Com a colaboração de Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 3, 2002.

_____. **Cadernos do cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 8 ed., Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, v.1, 2015.

HEIDRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

JARDIM, V. M. da R.; CARTANA, M. do H. F.; KANTORSKI, L. P.; QUEVEDO, A. L. A. de. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Texto e Contexto- Enfermagem.** v. 18, n. 2. Florianópolis, 2009.

LIMA, R. de C. C. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil – Estados Unidos e os organismos internacionais.** 2009. 366 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2009.

_____. **Comunidades terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível?** Rio de Janeiro, ESS/UFRJ, 2014, mimeo.

LIMA, R.C.C.; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e ao proibicionismo. **Argumentum,** Vitória, v.4, n.2, p.6-23, jul/dez, 2012.

LOWY, M. Objetividade e ponto de vista de classe nas ciências sociais. In **Método Dialético e Teoria Política.** 4 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1978.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** v. 12, n. 2: p.399-407, 2007.

MARQUES, R.; MENDES, Á. A Saúde Pública sob a batuta da nova ordem. In: **O Brasil sob a nova ordem.** Saraiva, São Paulo, 2012.

MAY, T. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos.** 3 ed., Porto Alegre: Artmed, 2004.

MATEUS, M. D. M. L. **Levantamento das políticas e recursos em saúde mental no Brasil.** 2009. 256 f. Tese. (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, São Paulo, 2009.

MELO, T. K. G. B. de. A reforma psiquiátrica no atual contexto da globalização. In: **II Jornada Internacional de políticas Públicas.** 2005, São Luis- MA. Anais eletrônicos... Disponível em: <
http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Thais_Karina_Guedes_Bezerra.pdf > Acesso em: 17 de março 2013.

MIELKE, F. B. **Avaliação da gestão da atenção psicossocial na estratégia saúde da família: com a palavra os coordenadores.** 2013. 218 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2013.

MORAES, M. Comunidades terapêuticas, política e religiosos = bons negócios. In: **Carta Capital.** Seção Sociedade. 2015. Disponível em:

<www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-politica-e-religiosos-bons-negocios-9323.html>. Acesso em: 01 de março de 2015.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. O manifesto de Bauru, 1987. Disponível em: <www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3708> Acesso: 15 de março de 2014.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS (OSM). **Histórico da RENILA**. Disponível:< <http://osm.org.br/osm/sobre/>>. Acesso: 15 de abril 2015.

OLIVEIRA, E. F. dos A. **A política de Saúde Mental em municípios de pequeno porte: entre mínimas equipes e múltiplos projetos**. 2009. 236 f. Dissertação (Mestrado em Política Social)- Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2009.

OLIVEIRA, E. F. dos A.; GARCIA, M. L. T. A política de saúde mental no estado do Espírito Santo. **Revista Katálysis**. v. 14. n.1. Florianópolis Jan./June. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802011000100006&script=sci_arttext> Acesso: 09 de outubro de 2014.

OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: Nova concepção, Nova esperança, Suíça, 2001.

_____. **Plán de Acción sobre Salud Mental 2013-2020**. Organización Mundial de la Salud. Suíza, 2013.

PACHECO, A. L.; SCILESK, A. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista psicologia e Saúde**. v. 5,n 2, jul. /dez. 2013, p. 165-173. Campo Grande (MS), 2013.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. 300f. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2007.

PEREIRA, R. **Política de saúde mental no Brasil: O processo de formulação da reforma psiquiátrica (10.216/01)**. 2004. 245 f. Tese (Doutorado em Ciência na área de saúde pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p.1-11, Dez. 2011.

PORTO, I. M. S. A. **A implementação da reforma Psiquiátrica em Fortaleza, Ceará: contexto, desafios e perspectivas**. 2010. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

PÔRTO, K. da F. **Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 2012.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo, Hucitec, 2001.

SANTIAGO, M. A. **Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007**: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF. 2009. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)-Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

SÁ JR, L. S. de M. Breve Histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 29. n. 2. Porto Alegre Maio/Junho de 2007.

SILVA, J.A, GARCIA, M.L.T. Comunidades terapêuticas religiosas no tratamento da dependência química no estado do Espírito Santo. **J Bras Psiquiatr**. v.53, n. 4. p.243-252, 2004.

SIMIONATTO, I. O social e o político no pensamento de Gramsci. **ACESSA.com**, 1997. Disponível em: <<http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=294>>. Acesso: 25 de nov. 2015.

_____. A trajetória intelectual de Gramsci. In: _____. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 3. ed. Florianópolis. Editora da UFSC: São Paulo, Cortez Editora, 2004.

_____. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. **Rev. Katál**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 41-49 jan./jun, 2009.

SIMIONATTO; I; COSTA; C. R. Como os dominantes dominam: o caso da bancada ruralista. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 12, n. 24, p. 215-237, jul./dez. 2012.

_____. Estado e políticas sociais: a hegemonia burguesa e as formas contemporâneas de dominação. **Rev. Katálisis**, v. 17, n. 1, p. 68-76, jan/jun. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Orçamento previsto para a saúde cai R\$2,5 bilhões em 2016**. 2016. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/orcamento-previsto-para-saude-cai-r-25-bilhoes-em-2016/>>. Acesso: 25 de abril 2016.

SORDI, G. S. de. **Agentes decisores e formulação da política de saúde mental do município de Campinas**. 2010. 127 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado**: história oral. E ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TONINI, N. S. **O planejamento em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo dos municípios da região oeste do Paraná**. 2005. 236 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2005.

TYKANORI, R. Os 10 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Brasilianas.Org**. Abril 2011. Entrevista concedida pelo Ex-coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Disponível em: < http://rogeliocasado.blogspot.com.br/2011_04_01_archive.html> Acesso 13 nov. de 2015.

VASCONCELOS; E. M. **Abordagens psicossociais: História, Teoria e Trabalho no campo**. São Paulo: Hucitec, Vol. 1, 2008.

_____. **Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e dispersão política. In: **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v.4, n.8, p. 55-57, jan/jun.2012.

VASCONCELOS, E.M.; RODRIGUES, J. Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil: uma contribuição para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. cap.5, p.141-162.

ZGIET, J. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação**. 2010. 156 f. Dissertação. (Mestrado em Política Social)- Universidade de Brasília, Pós-Graduação em Política Social, Brasília, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento visa solicitar sua participação na pesquisa *a priori* intitulada "A luta antimanicomial e os rumos da Política de Saúde Mental no Brasil", cujo objetivo é analisar o processo de implementação da Política de Saúde Mental (2001-2014) na perspectiva dos sujeitos que militaram (e militam) no Movimento pela Reforma Psiquiátrica, considerando as resistências de alguns segmentos ao fechamento dos leitos psiquiátricos e a expansão das comunidades terapêuticas religiosas sob o marco do Plano de enfrentamento ao crack do governo Dilma Roussef.

Por intermédio deste termo são-lhes garantidos os seguintes direitos:

- Solicitar a qualquer tempo, mais esclarecimentos sobre esta pesquisa;
- Ampla possibilidade de negar-se a responder quaisquer questionamentos;
- Recusar-se a dar qualquer informação que considere constrangedora e/ou prejudicial à sua integridade física, moral e social;
- Solicitar que determinadas falas ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido;
- Desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e dou meu consentimento para participar desta pesquisa, **bem como autorizo minha identificação** – nome, cargo ocupado e instituição que represento. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta pesquisa, recusar a dar informações que julgue prejudiciais à minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa. Fico ciente que uma cópia deste termo ficará arquivada com a pesquisadora, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), responsável por esta pesquisa.”

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Telefones: (28) 9 9916-6834/ (27) 3207-4509

Email: silvinha_ld@hotmail.com

Telefone Programa de Pós-graduação em Política Social (PPGPS): (27) 3335-2587

Email: politicassocial.ufes@gmail.com

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa do pelo telefone 33357504 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) Você poderia me contar um pouco sobre sua trajetória de militância na luta antimanicomial?
- 2) Quais foram as principais bandeiras defendidas pelo Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil nas décadas de 1970-80? Quais dessas bandeiras foram excluídas da agenda do MLA e por que foram excluídas? E quais das bandeiras permanecem na agenda do Movimento?
- 3) Como você analisa a trajetória adotada pela Política de Saúde Mental no Brasil, considerando as atuais mudanças no campo da saúde mental?
- 4) Como você vê o debate polarizado hoje entre desinstitucionalização x desospitalização?
- 6) Como você analisa a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o processo de expansão das comunidades terapêuticas religiosas sob o marco do Plano de enfrentamento ao crack?
- 7) Como você avalia o debate sobre redução ou eliminação dos leitos psiquiátricos antes e após a aprovação da Lei 10.216?
- 8) Pensar em um processo de mudança tão amplo como defende o movimento implica pensar em forças contrárias à essa mudança. Na sua opinião, quais são os principais “nós” da reforma psiquiátrica brasileira?
- 9) O que seria importante perguntar sobre o processo de implementação da Política de Saúde Mental (2001-2014) na perspectiva dos sujeitos que militaram (e militam) no MRP, que eu ainda não te perguntei?
- 10) Considerando toda a sua experiência na área de saúde mental, e a partir do que foi dito, que pessoas você me sugere entrevistar?