

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

TAYARA FELIPPE PINHEIRO SASSARO

**AVANÇOS E RETROCESSOS DA AGENDA CONTEMPORÂNEA:
A ASCENSÃO DAS COMUNIDADES “TERAPÊUTICAS” E O PROJETO
NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Rio de Janeiro

2021

Tayara Felipe Pinheiro Sassaro

**AVANÇOS E RETROCESSOS DA AGENDA CONTEMPORÂNEA:
A ASCENSÃO DAS COMUNIDADES “TERAPÊUTICAS” E O PROJETO
NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade do Rio de Janeiro, como componente dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Débora Holanda Leite Menezes

Rio de Janeiro

2021

Tayara Felipe Pinheiro Sassaro

**AVANÇOS E RETROCESSOS DA AGENDA CONTEMPORÂNEA:
A ASCENSÃO DAS COMUNIDADES “TERAPÊUTICAS” E O PROJETO
NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade do Rio de Janeiro, como componente dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Débora Holanda Leite Menezes

Rio de Janeiro, 19 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Débora Holanda Leite Menezes

Orientadora

UFRJ

Prof. Dr. Erialdo Matias Nicacio

UFRJ

Prof. Dr. Marcos Paulo Oliveira Botelho

UFRJ

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

IPUB/UFRJ

AGRADECIMENTOS

Pensar no que escrever aqui, nesse espaço de agradecimentos, remete a um apanhado de cenas e sentimentos que vivi na minha trajetória acadêmica e pessoal. Carregada de dúvidas e inseguranças, lembro dos processos e das batalhas internas que precisei atravessar – que me foram substanciais. No meu íntimo, e da minha família, sabemos o que tive que ultrapassar durante o início da graduação e o quanto eu tive que persistir e buscar apesar dos caminhos tortuosos, e árduos, que me encontrei.

Muitos são os agradecimentos a serem feitos por todos os bons e valiosos encontros que tive e que constituem não só o produto dessa monografia, mas todo caminho percorrido até aqui. Agradeço imensamente a Deus, por ter me sustentado e me guiado em tantos momentos que meu caminho nublou e permaneceu acalmando meu coração.

À minha mãe, Nelma, que dedicou seu tempo, amor e carinho durante toda minha vida para que esse dia chegasse. Pelo exemplo de determinação, persistência e pela entrega ao propósito. Pelo seu infinito amor.

À minha irmã, Tayanne, que se fez incentivadora e reforçou sobre a minha capacidade em vários momentos que estive fragilizada, com o amor e conexão de gêmea, esse que é, peculiarmente, tão dela (e nosso). Pela cumplicidade, por acreditar tanto em mim e por imprimir admiração e palavras de apoio nos meus percursos.

À minha avó, Norma, que é meu tesouro mais precioso e que sonhou esse sonho comigo a todo momento, e ao meu falecido e eterno avô Nelson, que é meu pilar e meu amor.

Ao meu marido, amigo e parceiro de vida, Raphael, por todo amor, carinho, paciência e apoio. Sem você essa realização teria beirado o impossível. Agradeço por todo companheirismo, desde as aulas noturnas que me buscava para me acompanhar na longa trajetória de volta para casa. Pelas refeições feitas e colocadas na mesa com tamanho carinho, enquanto eu estava debruçada nos estudos e escrevendo; por todo cuidado. Pelo afago, pelo refúgio, por tornar tudo mais leve e pelos tantos incentivos. Por acompanhar a minha trajetória depositando tanto amor e zelo.

Agradeço à minha tia, Cristina, que ultrapassa o conceito genealógico de “tia” para uma pessoa que une um amor muito próximo de mãe comigo, pelo cuidado e atenção, com uma sustentação de fé e um carinho adimensional durante todos meus caminhos.

Ao meu falecido pai, Luys, gostaria que estivesse aqui embaixo e ter acompanhado essa realização conosco. Anseio, em meu coração, que esteve comigo, principalmente nas vezes em que conversávamos quando o céu apagava.

Ao meu padrasto, Otávio, que desempenhou um lugar especial na minha vida e propiciou, de forma afetuosa, o aguçamento da curiosidade (desde o livro “*Sabes Porquê*”) e fortaleceu a minha trajetória de admiráveis e memoráveis maneiras.

Agradeço e dedico a toda minha família, especialmente, ao meu tio Nelsinho, aos meus sogros Nalva e Getúlio, que me acompanharam, apoiaram e torceram por mim em cada passo dado.

Agradeço às minhas companheiras de graduação: Fabianne, Débora, Ana Elena, Eduarda e Thatiana por caminharmos juntas e estarmos lado a lado nas alegrias, frustrações e conquistas. Acima de tudo, pelas inestimáveis trocas.

Ainda, agradeço, carinhosamente, pelas amigas que me cercam, as quais me fortalecem e me impulsionam: Giselle e Gisa.

Dedico, ainda, à Tayara de 2016.

À minha supervisora de campo de estágio, no CAPS II Ernesto Nazareth, Beatriz Moraes, e à querida Roberta Santos que me propiciaram incontáveis experiências e aprendizados, contatos valiosos no campo que foram fundamentais para a minha aproximação e apreço pela saúde mental.

À todos os docentes da ESS/UFRJ que desempenharam incontáveis contribuições para a minha trajetória acadêmica.

Ao coletivo Frente Estamira de CAPS, dirigido pelo Professor Pedro Gabriel Godinho Delgado e coordenado por Priscilla Vilella e Leandro Pacheco, e pelos demais extensionistas, agradeço por proverem espaços profícuos, reflexões e trocas no campo da saúde mental que foram fundamentais para a construção deste estudo.

Ao corpo da Secretaria de Graduação e Coordenação de Estágio da ESS/UFRJ, especialmente pela Fabiana, Fernanda, Marcos, Cristiane e Marcela, pela presteza e atenção durante todo o caminho acadêmico.

Aos professores Erialdo Nicacio, Marcos Botelho e Pedro Gabriel, membros da Banca Examinadora, por terem atendido ao convite para desempenhar este papel, dispondo de seu tempo e conhecimento para analisar este trabalho.

À minha querida orientadora, Professora Débora Holanda, pelo que muito me fez aprender e me aproximar criticamente, pelos caminhos que percorremos juntas em outros espaços e por ter aceitado embarcar nesse projeto comigo. Grata, abundantemente, pelas construções que perpassam o produto da monografia e por todos nossos enriquecedores encontros.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

SASSARO, Tayara Felipe Pinheiro. **Avanços e retrocessos da agenda contemporânea: a ascensão das Comunidades “Terapêuticas” e o projeto neoliberal na política de saúde mental no Brasil.** Rio de Janeiro, 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O estudo reflete uma breve análise acerca de uma agenda de avanços e dos significativos retrocessos das políticas de saúde mental no Brasil. A construção deste trabalho teve como foco discutir as articulações políticas, econômicas e sociais que se inscrevem no campo da saúde mental brasileira frente aos ataques ultraneoliberais. Para tal realizou-se uma revisão bibliográfica e documental, sendo utilizados para fins de pesquisa os documentos normativos, de caráter público, e literaturas que dialogam com a temática, a fim de aproximarmos de uma análise crítica do movimento da ofensiva neoliberal na condução das políticas de saúde mental no Brasil na agenda contemporânea. A estrutura do estudo busca: trazer uma análise aproximada da concepção de “loucura” e os impactos políticos que se desdobram acerca de ideologias conservadoras; debater os processos complexos que atravessam a desinstitucionalização da saúde mental no Brasil; apoiar no pensamento crítico acerca da reatualização de práticas neoliberais na saúde mental, tendo em vista a ascensão das Comunidades Terapêuticas; e discutir os desafios impostos para o campo. Tal interesse se justificou pelo compromisso de se debruçar na pesquisa e produção de conhecimento crítico-dialético, sob a ótica do código ético-político do Serviço Social brasileiro a fim de propiciar uma sociedade emancipada.

Palavras-chave: saúde mental; desinstitucionalização; atenção psicossocial; neoliberalismo.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AI-5	Ato Institucional nº 5
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
APAL	Associação Psiquiátrica da América Latina
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial de Álcool de Outras Drogas
CAPSad IV	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPV	Crack É Possível Vencer
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
Conasems	Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Coronavírus
CT	Comunidades Terapêuticas

EC 29	Emenda Constitucional nº 29
EC 95	Emenda Constitucional nº 95
ECT	Eletroconvulsoterapia
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MC	Ministério da Cidadania
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MJL	Movimento Jovens Livre
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PPA	Plano Plurianual
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa De Volta Para Casa

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RT	Residência Terapêutica
SAI	Sistemas de Informações Ambulatoriais
SC	Santa Catarina
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH	Sistemas de Informações Hospitalares
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SP	São Paulo
SPA	Substâncias Psicoativas
SRT's	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Leitos psiquiátricos no Sistema Único de Saúde (SUS) - página 44
Tabela 2	Gastos federais com Comunidades Terapêuticas no Brasil - página 95

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1	20
1. DEBATE DE BASE SOBRE A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E OS MOVIMENTOS ATUAIS DA SAÚDE MENTAL	20
1.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA “LOUCURA”	20
1.2 HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA: CORPOS CONTROLADOS E SILENCIADOS	25
1.3 A INDUSTRIALIZAÇÃO DA “LOUCURA”: QUESTÕES EM PAUTA	28
1.4 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	30
1.5 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA: CRÍTICA AO MODELO ASILAR E IMPLANTAÇÃO DA REDE EXTRA-HOSPITALAR	35
1.6 LEI PAULO DELGADO E AS PRINCIPAIS MUDANÇAS NA SAÚDE MENTAL	40
1.7 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	43
1.8 REDUÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS	45
CAPÍTULO 2	49
2. DEBATE ACERCA DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	49
2.1 PROCESSO MECÂNICO DE DESOSPITALIZAÇÃO E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	49

2.2 POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: REFLEXOS DOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS E OMISSÃO DA SAÚDE PÚBLICA	58
CAPÍTULO 3	65
3. AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS NA SAÚDE MENTAL: O CASO DAS CT'S E O ENFRENTAMENTO AD	65
3.1 O MOVIMENTO DAS ESTRATÉGICAS PSICOSSOCIAIS E A RESPOSTA DO ESTADO PUNITIVO	65
3.2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS X COMUNIDADES “TERAPÊUTICAS” BRASILEIRAS	72
3.3 A “REEDIÇÃO” DOS MANICÔMIOS: NOVOS FORMATOS, VELHAS PROPOSTAS	78
3.4 DESCAMINHOS: FINANCIAMENTO PÚBLICO E O PROJETO NEOLIBERAL	82
CAPÍTULO 4	85
4. DESAFIOS, CONTRADIÇÕES E CONTROVÉRSIAS NO FINANCIAMENTO DAS CT'S: UMA QUESTÃO EM ANÁLISE	85
4.1. OS SEVEROS RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	85
4.2 A ASCENSÃO DO PROJETO NEOLIBERAL NO LEGISLATIVO	91
4.3 A “INVISIBILIDADE” DE DADOS E O PROJETO ULTRANEOLIBERAL	97
4.4 CONTEXTO DE PANDEMIA, A RUPTURA VISÍVEL E REPRESAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	103
4.5 CONTRARREFORMA EM PAUTA: DESAFIOS PARA O CAMPO	106

CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112

INTRODUÇÃO

A ordem societária é construída por processos sociais complexos e, logo, carrega estigmas sociais que moldam a condição de sociabilidade. Estes produzem e reproduzem um imaginário social, gerando pensamentos dominantes acerca de padrões de comportamento, previamente estabelecidos, na construção da sociedade: através de processos de estigmatização são produzidos conceitos em vertigem, onde nublam e anulam a subjetividade em prol da ordem social. A concepção da “loucura” é pautada na conexão de saberes, da cultura e da sociedade e, diante disso, o olhar sobre a “loucura” tende a estabelecer interpretações e concepções que o permeiam, onde este olhar se rompe e também se reconstrói. Nesse sentido, ao se tratar dos modelos de assistência em saúde mental, observamos diferentes paradigmas que transitam ao longo da História, onde perpassam por significativas mudanças para o lugar, ou não-lugar, da “loucura”.

Anseio que para compreender os elementos que convocam, propriamente, a construção societária, na perspectiva das pessoas portadoras de transtorno mental e seus modelos de cuidado em saúde, é fundamental aproximarmos, brevemente, do contexto histórico e das características estruturantes e determinantes da política de saúde no Brasil, visto que evoca uma análise da trajetória de políticas transversais a esta temática, e de sua concepção no âmbito da saúde.

Historicamente, a formação de bases do sistema de proteção social no Brasil foi assentada na premissa de “cidadania regulada” da classe trabalhadora. Fazendo uma relação comparativa no período compreendido entre 1923 a 1977, após a promulgação da Lei Eloy Chaves¹, o modelo de proteção era associado ao trabalho e os segmentos fora deste mercado eram atendidos de forma filantrópica – como as Santas Casas de Misericórdia²- ou eram

¹ A Lei Eloy Chaves teve papel decisivo no surgimento efetivo da Previdência Social no Brasil. A legislação, publicada em 1923, criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP). Foi precursora para a construção de aparelhos similares como os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, sequencialmente, a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária Social (Inamps). Teve impacto significativo em um país em processo crescente de industrialização: após a entrada da lei em vigor, outras classes também começaram a lutar por benefícios semelhantes, em um processo que foi ampliando a cobertura previdenciária no Brasil – ainda que em um caráter eminentemente privado, já que os fundos eram estruturados e mantidos pelas próprias empresas (IGOR NATUSCH, 2021).

² As Santas Casas de Misericórdia é uma irmandade que tem como missão o tratamento e sustento a enfermos e inválidos (SANTA CASA DE MISERICÓRIDA DE PASSOS, 2016). Constituíram-se como os primeiros locais de assistência às pessoas doentes, governados pelas ordens religiosas, que dominavam as concepções sociais e que se estenderam mesmo quando os hospitais passaram pelos progressos científicos da medicina.

excluídos da sociedade. Nesse sentido, a saúde pública era acessada, restritamente, por quem tinha o “privilégio” de possuir a carteira profissional assinada, com o vínculo formal de trabalho.

Desse modo, a construção da assistência em saúde no Brasil evidencia as lacunas existentes até a constituição da universalização do acesso à saúde, demonstrando a fragilidade de gestão, porém, de forma estratégica, conforme o governo desorganizava: com modelos seletivos, privatistas e os demais segmentos da saúde absorvem tais lacunas desses modelos e processos colocados no território brasileiro - tal qual também é apresentado no campo de saúde mental, como os modelos asilares de tratamento. Podemos afirmar, portanto, que a conjuntura político-social determina a condição da classe trabalhadora e seu relacionamento com o acesso à saúde: a não universalização dos direitos, sem reconhecê-los como componentes de uma sociedade política, desenha os traços que vão nortear as políticas sociais e, por conseguinte, caracterizando a reprodução das desigualdades sociais conforme exerce o ciclo do capital.

Assim, alavancado pelo sistema capitalista, por meio de “políticas criminais³” as quais reforçam os efeitos danosos do poder punitivo do Estado nas trajetórias da saúde pública e mental, coadunando com propostas neoconservadoras, cria-se um cenário de projetos em disputas, em que vão se “revisitar diante da constituição das relações sociais produzidas pelo capital” (LIMA; ROCHA; VALE; FONSECA, 2015).

Nesse cenário, ocorre uma tendência social de exclusão, e criminalização das pessoas em situação de vulnerabilidade somados ao consumo de substâncias psicoativas (SPA), alimentando um imaginário social que dialoga com a criminalização das drogas. Assim, apoiando-se das lacunas das políticas de assistência à saúde, a condução do Governo Federal, atravessado por condutas neoconservadoras, centraliza sua tomada de decisão a partir da carência de determinados segmentos sociais: nesse panorama se consolida o sistema manicomial e hospitalocêntrico de atenção à pessoa com transtorno mental, onde implementa-se a institucionalização das pessoas portadoras de sofrimento ou transtorno mental.

³ O termo é abordado a fim de caracterizar o campo legislativo federal brasileiro, em que apresenta a expressão da combinação desigual entre diferentes projetos para a área das políticas referentes às drogas; se manifestando no proibicionismo às drogas, cujo também operam em seu mercado ilícito; e nas forças políticas criminais, que criam aberturas para a privatização do SUS comparecendo na área das políticas sociais no campo das drogas (LIMA; ROCHA; VALE; FONSECA, 2015).

Em contrapartida, há dois projetos societários em disputa: o movimento neoconservador que pretende, por sua natureza, se aproximar da privatização da saúde estreitando o controle estatal e social, e a manifestação de forças políticas democráticas e antimanicomiais, que pretende buscar e lutar pelo acesso universal e ampliado na saúde mental, de forma que legitime os preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, as políticas de saúde mental no Brasil se consolidam em movimentos complexos desde o início do processo de desinstitucionalização até a agenda contemporânea.

Desse modo, o presente trabalho almeja uma análise crítica no que diz respeito à temática da política de saúde mental no Brasil e de seus projetos em conflito. A construção do nosso objeto de pesquisa se baseia nas inquietações existentes, sobretudo, diante dos desafios enfrentados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, principalmente no atual cenário de desmantelamento das políticas sociais. Considerando a relevância do tema no atual contexto político, devido à gestão ultraneoliberal do governo Bolsonaro, nos pusemos a indagar sobre as articulações que se encontram entre a concepção, sociabilidade e a gestão da “loucura”, nas últimas décadas, bem como refletir sobre a sustentação política que avizinha e coordena tais cenários e seus respectivos impactos.

Diante disso, objetivamos trazer elementos que sustentem os tensionamentos existentes dentro das políticas de saúde mental. Inicialmente, desde o cenário que construiu e organizou aparelhos que institucionalizam as pessoas portadoras de transtorno e sofrimento mental até a conquista de políticas antimanicomiais, contemplando os atravessamentos que circundam tais cenários, e suas fragilidades para serem efetivadas no território brasileiro.

A metodologia do trabalho se encontra em uma revisão bibliográfica e documental, onde pretendemos problematizar os avanços e retrocessos das políticas de saúde mental no Brasil. Esse estudo é estruturado em quatro capítulos, onde buscamos atender à organização histórica e temporal da temática proposta.

O primeiro capítulo busca contextualizar o debate a história da psiquiatria no Brasil e a movimentação social incorporada na agenda pública acerca da desinstitucionalização; o segundo capítulo pretende trazer a discussão sobre o processo de desinstitucionalização, bem como sua operacionalização, e seus atravessamentos, e nas políticas de saúde mental e impasses orquestrados pelos movimentos neoliberais; o terceiro capítulo busca desenvolver as problemáticas existentes no campo atual da saúde mental, com o retraimento da gestão do

Estado nas políticas e o avanço da reação conservadora sustentado por interesses remanicomializantes e institucionalizantes; e, por fim, o quarto capítulo apresenta uma discussão inserida na agenda contemporânea, diante dos diferentes projetos societários em disputa, manifestados no caráter democrático e em prol dos direitos humanos, e outro na aliança ultraneoliberal na saúde mental.

CAPÍTULO 1

1. DEBATE DE BASE SOBRE A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E OS MOVIMENTOS ATUAIS DA SAÚDE MENTAL

Esse capítulo pretende abordar a origem da concepção de “loucura” e como esse fenômeno impactou nas sociabilidades, nas formas de lidar com as pessoas portadoras de transtorno ou sofrimento mental, conforme apresenta a institucionalização do tratamento em saúde mental no Brasil. Buscamos trazer uma breve análise acerca da lógica manicomial e da funcionalidade dessa perspectiva, como a industrialização do cuidado à essa população, compreendendo a dinâmica que o lucro impõe para alcançar uma lógica mercadológica da saúde mental.

Em contrapartida, desenvolve elementos que impulsionaram um cenário de concomitantes disputas políticas, através de movimentos sociais que se posicionaram na crítica à psiquiatria clássica, no questionamento das práticas e saberes tradicionalmente aplicados e ao modelo privatizante, a qual convoca a minimização do Estado, fortalecendo o debate da responsabilidade estatal. Nesse sentido, apresenta a origem do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como sua consolidação através da influência da psiquiatria democrática italiana. Assim, versa sobre a implementação da rede extra-hospitalar e os principais movimentos sociais antimanicomiais que sustentaram tais avanços na política de saúde mental para galgar a reestruturação de um novo paradigma de cuidado.

Por fim, apresenta os significativos avanços na agenda jurídico e política para fomentar o processo de desinstitucionalização com um conjunto de normativas e atores envolvidos que começam a elencar, de forma mais consolidada, essa proposta de reformar os cuidados na saúde mental brasileira.

1.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA “LOUCURA”

A literatura do psiquiatra brasileiro Juliano Moreira, no artigo intitulado *Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905)*, aponta que desde o descobrimento até meados de 1800 no país, não existia qualquer política voltada à saúde mental, tal como apresenta em sua narrativa:

Através de todo o período colonial os alienados, os idiotas, os imbecis, foram tratados de acordo com as suas posses. Os abastados, se relativamente tranquilos, eram tratados em domicílio e, às vezes, enviados para a Europa quando as condições psíquicas dos doentes o permitiam e aos parentes, por si mesmo ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação.

Os mentecaptos pobres tranquilos vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde barbaramente amarrados e piormente alimentados muitos faleceram mais ou menos rapidamente.

A terapêutica de então era de sangrias e sedenhos, quando não de exorcismos católicos ou fetichistas. Excusado é dizer que os curandeiros e ervanários tinham também suas beberagens mais ou menos desagradáveis com que prometiam sarar os enfermos. (MOREIRA, 2011, p. N/I).

Assim, as pessoas portadoras de transtornos mentais, referidos como “alienados”, destituídos de razão ou juízo, viviam na condição de extrema exclusão perante o convívio social. Quando cometiam qualquer ato ilícito, imoral ou considerado socialmente inadequado, eram enviados à cadeia, onde permaneciam, majoritariamente, amarrados, oprimidos e em situação de violência e maus-tratos. Nesse cenário, a estratégia constituía-se em isolar o “indesejado” do meio social, sem quaisquer políticas que coordenem o cuidado dessa população.

Dentro do modelo manicomial do tratamento psíquico, comportam-se as instituições totais. Segundo Goffman (1987), caracteriza:

uma instituição total pode ser definida como um local de residência e 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.

A configuração das instituições totais projeta uma estrutura que vai de encontro para a contenção social. Essa configuração, contudo, explicita o objetivo central das instituições que cumprem com um papel determinado na sociedade: um ambiente que contemple a segregação do convívio social, que atue no formato de depósito humano para que em intramuros, haja a degradação do indivíduo e absorva o caráter disciplinar, e em extramuros haja a conformação

dos corpos institucionalizados, fazendo uso do conceito de periculosidade e marginalidade das pessoas portadoras de transtorno mental.

Nessa perspectiva, o modelo defendido pautava-se na institucionalização da “loucura”, principalmente em instituições totais⁴, as quais possuíam um caráter disciplinar e controlador da vida humana. A lógica do modelo manicomial está atrelada na concepção do estigma do louco, por uma redução de uma perspectiva higienista, pela sua periculosidade, relacionada ao desvio moral e também por outros comportamentos diferenciados ao previamente estabelecido enquanto um “padrão” societário, não tão somente pela pessoa portadora de transtorno mental mas tal como a sua opção sexual, os deficientes físicos, pessoas em situação de rua, e etc - e de acordo com essa perspectiva, possui a finalidade de reduzi-las à um indivíduo desumanizado, desprovido do respeito aos seus direitos. Trata-se, portanto, de corpos institucionalizados e coisificados (MARTINS; COELHO; PEREIRA; PASSOS, 2017), que possuem princípios arcaicos e curativos para a proteção da sociedade, a fim de segregar para resgatar sua razão pois eram considerados indivíduos não compreendidos, julgados, destituídos de valor e excluídos, afastando-os do convívio social e de seu reconhecimento perante à comunidade.

A doença psíquica era considerada como um desvio na conduta humana dentro da sociedade civil, não vista apenas como uma doença ou pela cronicidade dela, mas sim uma exclusão definitiva dessa população pela sua incompatibilidade e em estado de inadequação com a ordem social. Uma das formas de trazer esse silenciamento é através de tecnologias disciplinares (BENELLI,2004), que fortalecem, regulam e fazem a manutenção da medicalização da “loucura”, que tem como principal fundamento o isolamento do louco no convívio social (FONTE, 2013). Ainda, tal como o autor Sílvio José Benelli narra:

Inicialmente, a tecnologia disciplinar promove a distribuição dos indivíduos no espaço, utilizando diversos procedimentos: o enclaustramento (baseado no modelo conventual); o quadriculamento celular e individualizante ("cada indivíduo no seu lugar; e, em cada lugar, um indivíduo"); a regra das localizações funcionais (vigilando ao mesmo tempo em que cria um espaço útil); a classificação e a serialização (individualizando os corpos ao distribuí-los e fazendo-os circular numa rede de relações). Assim, essa tecnologia, organizando celas, lugares, fileiras, cria espaços altamente complexos,

⁴ Goffman (1987) define as instituições totais como um poder estratégico, onde possui atravessamentos nos planos macro e micro dos fenômenos que ocorrem nos estabelecimentos fechados, numa relação entre dominadores-dominados. Em sua leitura acerca da arquitetura de uma instituição total, Goffman a caracteriza enquanto um poder instalado com engenhosidades modeladoras, de caráter repressivo e antagônico à perspectiva de ressocialização.

incidindo nos planos arquitetônico, funcional e hierárquico. (BENELLI, 2004, p. N/I)

Posto isto, o discurso institucionalizado sobre a “loucura” considera a insanidade como falha da razão, impondo abruptamente a incapacidade dos loucos para sua integração à sociedade. Assim, compreende-se que a medicalização tem por objetivo reduzir as problemáticas singulares e sociais a questões de ordem clínicas. Portanto, para além de um instrumento de silenciamento, a medicalização é um processo que individualiza as questões sociais e, por conseguinte, gera invisibilidade de problemáticas políticas, sociais, determinando, assim, a desresponsabilização do Estado. Desse modo, dada a organização institucional, o silenciamento destes corpos através da medicalização, além de patologizar a subjetividade da pessoa humana, é estratégico, na medida que sugere um enquadramento do sujeito perante à lógica social imposta por grupos de interesses, condicionados a uma mecânica do poder:

O corpo humano foi então submetido a uma "anatomia política" e igualmente a uma "mecânica do poder" que o esquadrinha, desarticula, recompõe. A disciplina fabrica corpos submissos, exercitados, fortes, aumenta sua aptidão e ao mesmo tempo sua dominação. (BENELLI, 2004, p. N/I).

Em virtude disso, constata-se que as instituições totais reproduziam na dinâmica societária corpos sintéticos, projetados para serem desarticulados de si, conforme provoca a anulação de sua subjetividade a fim de fortalecer o organismo do poder.

O colocar entre parênteses a doença mental não significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao "duplo" da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado (AMARANTE, 1994, p. 65).

Neste lugar de controle e disciplinamento, detém-se a finalidade de regular os indivíduos, para que fossem normatizados, mantendo a sociedade em solo harmonioso. Logo, a ideia de “normatizar” os indivíduos era a de retirá-los da vida em comunidade, interná-los em hospitais que deveriam submetê-los a um tratamento que os “curassem” e, por fim, devolvê-los à vida social. Oportunamente, em muitos momentos a doença mental sempre era tratada vislumbrando a cura, sendo considerada uma relação racional:

Seu objeto é não conhecível, e frequentemente incurável. A cronicidade continua a ser o objeto por excelência, o problema e sinal mais evidente da impotência da psiquiatria em alcançar a solução-cura (e os manicômios são a evidência concreta de tudo isso) (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI; 2001, p. 26).

Frente a isso, se faz necessário compreender o modelo de assistência até o contexto da década de 1970, para compreender a organização e a dinâmica operacional da política. Desvelando as nuances que envolvem o cuidado, de acordo com sua relação subjetiva e coletiva, permite entender a destituição, a dominação e o aniquilamento da subjetividade enquanto uma agência de “produção subjetividade” no contexto institucional, através do caráter disciplinar. Assim como, designado o “processo de mortificação do eu” de Goffman (1987) de acordo com a implicação das sanções normalizadoras e dos processos mecânicos das instituições totais.

O sistema evoca uma concepção distorcida do louco para que haja convergência com a lógica comercial e com o fluxo mercadológico. Em razão do capitalismo, o “alienado” precisa estar isolado da sociedade e de seu contexto produtivo, ao passo que este não reproduz retorno de capital para o Estado, tornando-o assim improdutivo para o sistema, logo, não alimenta a economia dependente⁵. Essa destituição do caráter subjetivo do indivíduo é estrategicamente planejada. Portanto, introduzindo na sociedade de forma silenciosa, o Estado faz do uso da psiquiatria o monopólio da “loucura”: com a medicalização das questões sociais⁶, privatizando o sofrimento psíquico, como ação opressora, atuando confluentemente com a construção social e a “psiquiatria de mercado” (PINHO; PELAEZ, 2021).

Assim, a concepção “loucura” tende a patologizar o adoecimento dos indivíduos, desconsiderando todas as inserções sociais e relações por ela estabelecida. Esse tipo de olhar sobre a doença mental reproduz um enquadramento e o isolamento do indivíduo em prol de uma sociedade sem “loucos”. Discurso este reforçado pelo Estado principalmente no fortalecimento para reprodução do capital.

⁵ A economia dependente conceitua-se através da superexploração e expropriação, conjugado com crescimento econômico, exclusão dos superexplorados e ausência de direitos que permeiam apenas à classe dominante.

⁶ Segundo Yamamoto (2001, p. 11), a questão social é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho e encontra-se necessariamente situada em uma arena de disputas entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe, acerca de concepções e propostas para a condução das políticas econômicas e sociais.

1.2 HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA: CORPOS CONTROLADOS E SILENCIADOS

O exemplo deste processo de normatização e enquadramento da “loucura” se torna evidente quando nos aproximamos dos hospitais colônias que, no Brasil, surgiram no início do século passado. Os hospitais- colônias são um dos dispositivos que compõem as características das instituições totais, prezando por uma uniformidade no “tratamento”, que tem como proposta produzir a padronização dos comportamentos de indivíduos, a fim de que se adequem à organização social imposta. Goffman (1987) contextualiza associando aos hospitais psiquiátricos em sua obra enquanto um dos modelos de instituições totais, na medida que relaciona desde o modo de funcionamento, as “atividades” ali inseridas, as relações de poder até às expressões da arquitetura do espaço, como as estruturas absorvem o caráter total da instituição para objetivar a regulação do “doente” e nesse sentido, atenda às condutas convencionais para a sociabilidade.

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. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais (GOFFMAN, 1987, p. 16).

À vista disso, tomamos enquanto exemplo, o maior hospital psiquiátrico do Brasil: o Hospital Colônia de Barbacena, cidade de Barbacena, em Minas Gerais. A jornalista Daniela Arbex, em seu livro-reportagem *Holocausto Brasileiro, Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil* (2013), narra a situação miserável ao qual os pacientes eram submetidos. Conhecido também enquanto o “Holocausto Brasileiro” o manicômio da cidade de Barbacena, foi criado em 1903 a fim de aplicar as políticas higienistas e manicomiais delimitando assim o espaço dos considerados “alienados”, anulando-os enquanto sujeitos, cumprindo assim o papel da psiquiatria tradicional. A relação do Colônia e seus pacientes era considerada uma invalidação da condição humana: submetidos à força ao frio, fome, doenças, foram torturados, violentados e mortos. Fazendo referência ao holocausto pois não recebiam apenas pessoas da cidade de Barbacena, muitas delas vinham de fora e desembarcavam de trem; cenário implicou em comparações fiéis com os campos de concentração nazistas, já que os mesmos também eram

depositados e segregados em um vagão específico do trem, nomeado como “trem de doido”. Contudo, o Colônia não recebia apenas pessoas portadoras de transtornos mentais, não havia sequer critério para a decisão de quem era enviado. Muitos internos não apresentavam registros de doença mental, assim como Arbex (2013, p. 14) afirma:

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças.

O Hospital Colônia é conhecido como um “depósito” dos corpos indesejados, controlados por um contrato social silenciado, onde o Estado e a sociedade foram coniventes pelo genocídio de, aproximadamente, 60 mil pessoas até ser a instituição ser desativada. Segundo pesquisas de Arbex (2013), para além das atrocidades em que eram submetidos, há, ainda, registros de peças anatômicas precificadas – devido à superlotação dos pavilhões que suportavam até 200 pessoas, mas comportou cerca de 5 mil pessoas, e percebendo que o cemitério municipal encerrou contrato com o Hospital por conta de tamanha demanda, os cadáveres eram ora cedidos, ora vendidos para as faculdades de medicina (cerca de mais de 1.800 cadáveres foram vendidos para 17 faculdades de medicina do Brasil entre 1969-1989). Nesse sentido, vale ressaltar o manicômio atuando dentro da lógica de mercado, onde a comercialização dos corpos exprime também a exacerbação do que vivia na instituição com a ascendência das demandas e do “depósito”: a desumanização institucionalizada.

Por conseguinte, surgem as denúncias de possíveis fraudes no sistema de financiamento dos serviços do Hospital Colônia somadas às denúncias de abandono, de violência e maus-tratos em que os internos foram submetidos - nesse contexto, a crítica aos excessos e desvios nessa condução é sublinhada. Articulando com o cenário político, a vigência do governo militar traz reflexões devido às suas respectivas diligências do Estado: pois foram, sobretudo, os governos militares que consolidaram a privatização da assistência, tornando crescente a contratação de leitos nos hospitais psiquiátricos conveniados com os governos estaduais, fazendo com que a institucionalização fosse um objeto de lucro, esse período foi nomeado como a “Indústria da Loucura”.

Conquanto, no cenário político do final da década de 1970, há o enfraquecimento do regime militar com o fim do Ato Institucional nº 5 (AI-5) e, com o retorno dos políticos exilados, a bandeira dos direitos humanos inflama diante deste cenário. Nesse momento há grande influência advinda da antipsiquiatria, onde ocorrem questionamentos mais robustos acerca dos saberes da psiquiatria, que se desenvolve a partir da década de 1960 na Inglaterra (AMARANTE, 1995). Assim, o tratamento asilar também foi sendo questionado em vários países. Neste período, ocorreram movimentações acerca da contestação dos saberes e a condução da prática instituída fizeram-se assentados dentro das discussões do cenário mundial, como os quais se destacam os movimentos denominados: “Psiquiatria de Setor”, na França; as “Comunidades Terapêuticas”, na Inglaterra; e a “Psiquiatria Preventiva”, nos Estados Unidos. Tais movimentos se caracterizaram por nortear uma reformulação do modelo de atenção em psiquiatria, propondo, contudo, rearranjos técnicos-científicos e administrativos no campo da psiquiatria. Desse modo, para Amarante (1995), a “loucura” era compreendida pelo movimento da antipsiquiatria como um fato social e de caráter político. Considerada enquanto um processo de libertação e uma resposta a um desequilíbrio familiar. Todavia, não estava inserido no campo do patológico e, sendo assim, não seria passível de tratamento. O objeto, no entanto, seria a intervenção da realidade social, compreendendo os grupos considerados básicos como a estrutura familiar, grupos comunitários, centros e locais de acolhimento aos pacientes.

Apontando para o contexto político-econômico, vale ressaltar que, o período o qual se seguiu à ditadura civil-militar de 1964, foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase, a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Foram os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados, que floresceram rapidamente para atender a demanda. As internações passaram a ser feitas não apenas em hospitais públicos (que, dadas as suas precárias condições, permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculos com a previdência social), mas em instituições privadas, que eram então remuneradas pelo setor público.

1.3 A INDUSTRIALIZAÇÃO DA “LOUCURA”: QUESTÕES EM PAUTA

E neste caminhar, ensaiado durante a ditadura militar, que se percebe o fortalecimento da indústria da “loucura”, a qual veio acompanhada pelas pautas de privatização da saúde e, automaticamente, do cuidado.

Posto isso, considera-se necessário, de maneira breve, observar os traços presente no tratamento da “loucura”, os quais reforçavam o modelo medicamentoso. Com a medicalização somada a sua mercantilização, a “Indústria da Loucura” passa a impulsionar a despolitização do sofrimento psíquico. Essa atribuição do conceito de “loucura” é convergente com o sistema capitalista: colocando a saúde mental como um elemento economicamente produtivo para o sistema, criando uma abordagem que atenda às demandas do mercado, atribuindo, sobretudo, à medicalização do social (FOUCAULT, 1979).

A promoção de intervenções medicamentosas, que tem como norte o lucro, alia-se com as grandes corporações farmacêuticas e, por conseguinte, cria-se um cenário central para a despolitização do sofrimento psíquico, favorável para uma lógica direcionada para a mercantilização da saúde mental. Nessa construção, os modelos e políticas socioassistenciais absorvem tais direcionamentos.

Para além da questão do saber psiquiátrico, de sua cientificidade ou funcionalidade, é certo que se organizam interesses muito específicos de empresas e grupos que vivem na dependência do êxito desses mesmos interesses. Assim comportam-se, por exemplo, a indústria farmacêutica, a corporação psiquiátrica e, mais especificamente, em nosso contexto, os empresários de hospitais psiquiátricos. Estes, muitas das vezes, não sabem ou não pretendem saber o que significa a desinstitucionalização; contudo, opõem-se a ela pelo risco que pode representar aos seus interesses constituídos, e tão-somente sobre estes seus argumentos são construídos. (AMARANTE, P.D.C, 1996)

Tendo em vista tais retrocessos, na atribuição de uma visão mercadológica para a saúde, o conceito de saúde mental é alienado, o sofrimento psíquico é privatizado, individualizado e descontextualizado dos fatores condicionantes e determinantes sociais da saúde. Logo, cabe pontuar que se alocam projetos em disputa dentro do universo da saúde mental. Nesse sentido, ainda que o gerenciamento da saúde e do sofrimento psíquico tenham diversas concepções cooptadas por um sistema neoliberal (enquadrando o sofrimento psíquico resumido no modelo biomédico, em doenças mentais e disfunções neurológicas, distanciando dos arranjos sociais).

Essa lógica individualista determina que “há algo a ser consertado em si”, na pessoa, e não no sistema socioeconômico que atua enquanto um terreno fértil. Nesse viés, desloca consistentemente a interferência do sistema na condição de bem-estar e de saúde, contornando e fortalecendo os objetivos do sistema.

Em contrapartida, também avançamos em passos mais sólidos na gestão do campo da saúde mental. No contexto do processo de modernização e da amplitude da assistência em saúde, e tão logo tendo em vista uma mudança do modelo assistencial, ocorre a criação de serviços nacionais, segmentado por enfermidades, produzindo uma verticalização de ações em saúde. Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, caracterizando a expansão dos hospitais públicos em diversos estados brasileiros e propiciando o crescimento dos convênios para a construção dos hospitais psiquiátricos - neste período predominavam os hospitais públicos responsáveis por 80,7% dos hospitais psiquiátricos no Brasil.

No final da década 70, diversos movimentos relacionados à saúde mental fizeram denúncias relacionadas aos abusos que eram cometidos nas instituições psiquiátricas. Dos principais responsáveis pela iniciativa, foi o Movimento Sanitário e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que tinha em sua estrutura a participação da população e de familiares das pessoas portadoras de transtorno mental, mobilizando diversos atores tais quais: acadêmicos e profissionais de saúde, militantes sociais, organizações comunitárias e afins, inspirados pela Psiquiatria Democrática Italiana – notadamente pela influência do psiquiatra Franco Basaglia. Nesse momento, inicia-se uma movimentação mais coesa no que tange à criação de um pensamento hegemônico que vai de encontro com as novas formas de cuidado na assistência à saúde mental, tal como os autores narram (OLIVEIRA; AEESSE, 2005):

A influência desses movimentos de crítica à psiquiatria também foi notada no contexto social brasileiro, principalmente a partir da década de 1980, no ocaso da ditadura militar e aguda crise econômica que caracterizaram o período. A sociedade reencontrava as vias democráticas de expressão e reivindicação e, neste contexto, as ideias de Foucault, Goffman, Castel, Szasz, Basaglia e outros tiveram uma forte influência. A situação crítica em que se encontrava a assistência psiquiátrica brasileira, nessa época, marcada pela falência de um modelo privatizante que havia se instalado no setor saúde do País, era favorável à crítica proposta por esses pensadores e por esses movimentos sociais. Os hospitais psiquiátricos, centralizando a assistência e sendo praticamente únicos na oferta de serviços psiquiátricos no contexto nacional, tiveram as condições internas de maus-tratos aos internados desnudadas e

denunciadas no processo social brasileiro de "abertura democrática".
(OLIVEIRA; ALESSI, 2005, p. N/I)

Essa movimentação incorpora o fortalecimento da crítica ao modelo privatizante da saúde, logo, sugere a redefinição de novas práticas terapêuticas que desvinculem à lógica manicomial, caracterizando um movimento antimanicomial, cedendo espaço para trazer o debate acerca da responsabilidade estatal na assistência à saúde.

1.4 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Na finalidade de materializar o modelo antimanicomial⁷, norteiam-se medidas que visem a desconstrução do modelo asilar: reduzindo significativamente os leitos em hospitais psiquiátricos, exercendo no território o cuidado em liberdade e aderindo à integração de uma atenção estruturada em serviços e redes que possuem um caráter ampliado e territorial. Resistindo, a Luta Antimanicomial atravessa as estruturas de manicômio que se configura em suas várias formas, desde a longa permanência em hospital psiquiátrico, manicômio judiciário, internação compulsória à comunidade terapêutica.

Ainda na década de 70, em 1978, ocorre o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, em Santa Catarina (SC) que ficou conhecido como o “Congresso da Abertura”, no contexto da abertura democrática do país, onde o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) realizou uma plenária histórica arquitetando reivindicações trabalhistas, com um discurso humanitário. Nesse momento, o movimento toma uma dimensão nacional. O MTSM galgou grande repercussão e protagonizou cenários em que fizeram avançar o caráter antimanicomial e obter um contorno mais definido, trazendo o senso crítico e teórico às políticas de saúde do Estado autoritário, devido ao contexto de ditadura militar no Brasil, e a elaboração de propostas alternativas para a reformulação do modelo assistencial.

⁷ Conforme (LOBOSQUE, 2003) descreve, o movimento antimanicomial é "um conjunto de estratégias que exigem iniciativas políticas, jurídicas, culturais que criam, possibilitam e marcam a presença da loucura na cidade". Diante da mobilização de diversos atores, o movimento antimanicomial se caracteriza enquanto um movimento social, plural e político cujo interesse permeia em organizar e inflamar acerca de uma nova forma de cuidado em saúde.

Esses movimentos no processo de reestruturação da saúde, e crescimento destes organizados desde os anos 1970, foi substancial para consolidar o amplo debate dessas questões. Trazendo o contexto histórico, enquanto o Brasil passava pelo processo de redemocratização, o Movimento da Reforma Sanitária adquiriu consistência e avançou na produção de conhecimento, como por exemplo com a criação de órgãos tais como: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979.

A análise crítica do planejamento dos serviços de saúde e a ampliação do acesso da população à assistência em saúde é pautada na administração desse movimento, que considera o aperfeiçoamento técnico e um gerenciamento honesto da gestão pública seriam competentes aos recursos da ciência médica o qual seria resolutivo não tão somente no setor psiquiátrico, mas no modelo de cuidado em saúde. Com isso, a década de 1980 assistiu a importantes processos para a consolidação do Movimento da Reforma Sanitária⁸: a ampliação dos atores sociais envolvidos nesse processo e a iniciativa de reformulação legislativa. Não tão somente nas críticas ao modelo asilar, mas os questionamentos aos pressupostos da psiquiatria tradicional começam a ter uma voz.

O Movimento, ainda ampliando e ocupando maiores dimensões, participou ativamente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, - que foi realizada entre 17 e 21 de março de 1986 -, sendo a primeira conferência que contou com a participação de usuários já que antes, em outros debates, restringiam-se à presença de deputados, senadores e autoridades do setor, onde as conferências eram “intra-ministério”.

O Relatório Final, em seu conteúdo, aponta o debate sobre a ruptura da “Saúde” com a “Previdência” discorrendo sobre as atribuições referentes ao campo da Previdência Social e colocando o campo da Saúde atribuído a um único órgão, em âmbito federal. O documento revela a proposta de um novo sistema, visando uma reformulação setorial a fim de se aproximar de um conceito amplo de saúde, tomando como norte o direito da população à saúde e o dever

⁸ O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) origina-se no contexto da ditadura civil-militar, no final da década de 1970 e início dos anos de 1980, a fim de conclamar uma reestruturação no campo da saúde, exigindo sua reformulação (propondo a transição do Inamps para o Ministério da Saúde). Organizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o MRSB, constituído de entidades e usuários, mobilizou premissas de caráter universal e democrático para o acesso à saúde transformando, posteriormente, para o texto da constituinte através da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990).

do Estado de provê-la. Determinando, assim, uma reestruturação de um Sistema Único de Saúde, através de uma expansiva Reforma Sanitária.

No registro, demarca o cenário político, no contexto do regime militar, o qual intensificou a desigualdade para esses acessos:

A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico.

Importante destacar que, o referido Relatório, é considerado um marco na saúde pública brasileira visto que este serviu como subsídio para a seção da saúde, na futura Constituinte. Este, destacou em seus três temas centrais: I) *Saúde como direito*; II) *Reformulação do Sistema Nacional de Saúde* e III) *Financiamento setorial*. o consenso entre a formação de um sistema único de saúde separado da previdência, coordenado em nível federal por um único ministério. Por conseguinte, também conclama a integralização dos serviços e ações, a regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município. O relatório vem apontar, ainda, a urgência da participação popular nesse processo de construção de rede, através de entidades representativas: a formulação de políticas públicas, planejamento, na gestão e avaliação do sistema de saúde. É descrito também acerca de um conceito mais ampliado da saúde, onde começa a apontar os determinantes e condicionantes da saúde, tais como: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer e acesso aos serviços de saúde. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o documento ressalta a atribuição do Estado perante ao dever de garantir condições dignas e de acesso universal à saúde, articulando a importância da integração das políticas de saúde às demais políticas econômicas e sociais. Discorreu, ainda, sobre o papel do setor privado submetido às normas do SUS, em que foi estruturante para delegar suas respectivas atribuições na futura Constituição.

A 8ª Conferência, portanto, toma um lugar de importante demarcação para o universo da saúde pública ao passo que, tal relatório final que fora apresentado na Conferência, foi encaminhado para a Comissão da Ordem Social e, posteriormente, para a Comissão de Sistematização, que na época era o dispositivo responsável por elaborar o projeto final da Constituição de 1988 onde a redação da seção do SUS na referida Constituição foi utilizada. O Movimento Sanitário, nessa etapa, apresentou ao Congresso uma Emenda Popular, que agregava ao documento anteriormente encaminhado com mais e cinquenta mil assinaturas; esta,

ratificava todas as questões levantadas e desenvolvidas desde a década de 70. Portanto, o que possuímos em registro na Constituição é produto dessa movimentação e, aqui, evoca-se tamanha relevância desta construção desde o movimento sanitário para o conceito ampliado de saúde que usufruímos atualmente, conforme a seção II da Constituição Federal apresenta sobre o direito dos cidadãos à saúde, disposto no artigo 196:

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

A análise crítica do planejamento dos serviços de saúde e a ampliação do acesso da população à assistência em saúde é pautada na administração desse movimento, que considera o aperfeiçoamento técnico e um gerenciamento honesto da gestão pública seriam competentes aos recursos da ciência médica o qual seria resolutivo, não tão somente no setor psiquiátrico, mas no modelo de cuidado em saúde. Com isso, a década de 1980 assistiu a importantes processos para a consolidação do Movimento da Reforma Sanitária: a ampliação dos atores sociais envolvidos nesse processo e a iniciativa de reformulação legislativa. Logo, não tão somente nas críticas ao modelo asilar, mas os questionamentos aos pressupostos da psiquiatria tradicional começam a ter uma voz.

Nessa perspectiva de questionamentos, o psiquiatra italiano Franco Basaglia inicia um processo de desconstrução de práticas asilares refletindo sobre novas formas de tratar a “loucura”. Na cidade de Gorizia, ao norte da Itália, Basaglia se insere no Hospital Psiquiátrico de Gorizia e começa experimentar mudanças institucionais e usar tal espaço como laboratório: através da adoção de novas práticas e modos de incluindo a equipe técnica e seus respectivos pacientes.

[...] o trabalho de Gorizia concentra-se em três grandes linhas de intervenção que, na prática, estão cotidianamente presentes nas assembleias, nas discussões com os técnicos, nos contatos com os familiares e a sociedade: a origem do pertencimento de classe dos internos do hospital; a pretensão de neutralidade e de produção de verdade das ciências; a função social de tutela e controle social da psiquiatria, do manicômio e do técnico na constituição da hegemonia (AMARANTE, 1996, p. 73).

A influência da Psiquiatria Democrática Italiana operou em intervenções que iam em desencontro com os saberes da psiquiatria da época. Ao passo que há esse conflito, não exclui

o problema psíquico mas cria um olhar mais amplo e se propõe a observar o que se avizinha no diagnóstico do indivíduo, logo:

Ao invés de colocar parênteses no doente como o saber da psiquiatria realizava, a proposta é colocar a doença entre parênteses. Isso, não significa a negação da doença mental, e sim, “uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico” (AMARANTE, 1996, p. 80)

Portanto, com a filosofia basagliana, a compreensão para o cuidado com a “loucura” começa a caminhar por outro viés: descentralizando, antagonicamente ao diagnóstico resumido a patologia, e à sua uma resposta técnica, e olhando para o sujeito ali inserido, desse modo, analisando os efeitos gerados pela institucionalização e, conseqüentemente, afetado pela regulação social. Percebe também os reflexos do sistema capitalista e da estigmatização dos corpos ali inseridos, com isso, Basaglia transformou o Hospital Psiquiátrico de Gorizia em um modelo de Comunidade Terapêutica (onde trazia modos de tratamentos que consistiam em um convívio com a equipe do Hospital, em uma resposta terapêutica, expandindo o cuidado para as pessoas portadoras de transtorno mental). Contudo, em suas análises, percebeu que era necessário colocar, de fato, o indivíduo em liberdade, inserindo-os novamente para a sociedade pois compreendia que, apesar dos avanços, advertia sobre as limitações institucionais e sobre elementos análogos aos modelos asilares.

Interessante pontuar que, na agenda do campo de saúde mental da época, Basaglia tomou destaque na Psiquiatria por sua influência. Não obstante, nesse cenário, o mesmo foi convidado pelo diretor e psiquiatra Jairo Toledo, do Hospital Colônia de Barbacena, em 1979, para uma visita à instituição – conforme descreve no livro-reportagem de Arbex (2013). Após esta visita, diante das cenas degradantes em que se colocava o manicômio de Barbacena, começaram a inflamar as problemáticas no modelo de tratamento psiquiátrico no campo da psiquiatria brasileira ali inseridas. Por este motivo, Basaglia é considerado como precursor da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na medida que impulsionou a ótica ampliada para a saúde mental questionando a institucionalização como via de tratamento, sugerindo revisão das práticas com as pessoas portadoras de transtorno mental.

Esses tensionamentos acerca do olhar da psiquiatria e do cuidado com o sofrimento psíquico, conforme o modelo assistencial o qual estava sendo pautado, somados a visita de Basaglia no maior manicômio do Brasil, conseqüentemente, ocasionou movimentos preciosos

no campo da saúde mental, tal qual como ponto de partida para o desenvolvimento de novas formas de cuidado.

1.5 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA: CRÍTICA AO MODELO ASILAR E IMPLANTAÇÃO DA REDE EXTRA-HOSPITALAR

Considerando uma releitura da compreensão de saúde e doença, o processo de desinstitucionalização se debruça para além da superação da institucionalização dos corpos: amplia-se para um novo modo para o cuidado em saúde mental, um cuidado em território, na reestruturação das práticas de assistência à saúde para um novo paradigma de cuidado, influenciado por marcos históricos, e internacionais, que proporcionaram essa reformulação do tratamento em saúde – tal como a Carta de Ottawa⁹.

Nesse sentido, começa a engendrar-se um cenário que se insere, de forma mais contornada, à uma nova proposta para o cuidado em saúde mental que possua uma reformulação de práticas terapêuticas, e que não se resumam à processos tímidos de reforma, mas que esteja envolvido para além de muros da psiquiatria clássica, no processo da pessoa acometida de transtorno mental na reinserção no mundo social.

Nesse processo passam a ser incorporados novos aliados, os usuários dos serviços e seus familiares, onde as estruturas do cuidado operam em uma nova abordagem: incorporar novos dispositivos e tecnologias de cuidado, exigindo, contudo, uma rediscussão da psiquiatria clínica enquanto base. Passa a descentralizar a clássica estrutura de cuidado resumido à psiquiatria, sustentando em outros dispositivos de natureza comunitária e territorial, rompendo, assim, com o modelo clássico.

Para compor o início dessa ruptura, como ação pioneira desse processo, é válido sinalizar o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). O primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial nasce em setembro de 1989, vinculado à Secretaria de Higiene e Saúde, onde o documento deste projeto foi elaborado a fim de pensar a ação prática de transformar a realidade

⁹ Assim como foi apresentada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, o documento constituído em que seguramente contribuiu para se atingir “Saúde para Todos no Ano 2000” e aos anos subsequentes, onde reforça a ação comunitária na promoção de saúde e uma maior participação no controle desse processo e na reorientação dos serviços em saúde para apoiando nas necessidades individuais mas se redirecionado para uma postura comunitária, conclamando em caráter internacional para unir e juntar esforços em um compromisso por uma aliança com a saúde pública.

dos serviços de saúde mental. Os NAPS compunham um desenho organizacional dos serviços de saúde mental onde consistia em um modelo revolucionário de cuidado, pautado em serviços de bases comunitárias. Foi um modelo que fez referência tipológica para a proposta defendida na criação de serviços substitutivos à internação psiquiátrica, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são unidades de acolhimento para as pessoas portadoras de transtornos mentais graves e/ou persistentes, onde é oferecido atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional em articulação com as demais unidades de saúde e outros setores, incluindo a base familiar como suporte ao tratamento e a comunidade nas estratégias de cuidado, objetivando a reinserção social e promoção da autonomia.

O primeiro CAPS no Brasil, foi o CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, que surgiu no ano de 1987, em Santos, na cidade de São Paulo. Foi alocado no espaço da extinta Divisão de Ambulatório e transformou em um serviço que correspondesse às propostas de uma atenção psicossocial, no acolhimento dos egressos de hospitais psiquiátricos, propondo um distanciamento para a retomada de internações psiquiátricas. Nesse contexto de novos caminhos para a saúde pública, são promulgadas as Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92, instituindo novos grupos de procedimentos nas tabelas dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Sistemas de Informações Ambulatoriais (SAI), viabilizando a criação de muitos novos serviços de atenção em saúde mental – como as Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatório. Estabelece, ainda, diretrizes para organização dos serviços, baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações e na diversidade de métodos e técnicas terapêuticas.

Essas movimentações configuram um processo para a produção de uma nova forma de cuidar, ao alocar serviços de base comunitária e territorial no cuidado em saúde mental, associando a espaços extra-hospitalares, logo, dissociando do modelo manicomial, e reconhecendo que deve ser um processo contínuo, tal como descreve:

(...) sair do manicômio (e esta saída não é aquela triunfal, romântica, mas um processo cotidiano, técnico, político, cultural, legislativo) abre um campo de possibilidades e como tal incerto, rico, contraditório, por vezes extremamente difícil, novo, e belo (...) A complexidade desta nova realidade implica instituições em movimento, (...) em 'aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos da existência não reduzindo o sujeito à doença ou a comunicação 'perturbada', ou e apenas a pobre, ou autonomizando o corpo e ou o psíquico, mas reinscrevendo-o no corpo social. (NICÁCIO et al., 1990, p. 02-03)

Somente no dia 18 de maio de 1987, na cidade de Bauru em São Paulo (SP), foi realizado um encontro com grupos, movimentos e representantes que convergem com as políticas e ideais antimanicomiais, conhecido como o Manifesto de Bauru, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Nesse encontro, originou-se a proposta de reforma no sistema psiquiátrico brasileiro e de um novo paradigma do cuidado em saúde mental na leitura da Carta de Bauru estabelecendo, portanto, que a presente data representa o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, adotando o lema: *“Nenhum passo atrás, manicômio nunca mais. Por uma sociedade sem manicômios”*.

Para além de uma manifestação pública que consolidou o marco para a mudança de paradigma no cuidado em saúde mental: a ruptura com a lógica manicomial, na recusa de atuar enquanto agente da exclusão e violência institucionalizada visto que o manicômio se comporta mais uma forma de opressão da sociedade. Opera-se, portanto, uma reestruturação para um novo cuidado pautado em compromissos que são coerentes com a defesa intransigente dos direitos humanos e da cidadania. Esse compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora.

Outro importante dispositivo internacional que realiza significativamente uma contribuição para o universo da saúde mental é a Declaração de Caracas em 1990, onde o Brasil tornou-se signatário, na medida em que foi recebida como um instrumento de regulação para as novas diretrizes da estrutura de atividades voltadas às questões de saúde mental. No corpo do documento é sustentado que as internações podem ser agentes criadores de condições ainda mais desfavoráveis para os seus usuários, além de contribuírem para a inaptidão da vida em sociedade e desrespeito intenso aos direitos humanos desses indivíduos. O documento enfatiza uma proposta para uma rede de saúde comunitária que visasse proteger os direitos e a dignidade dos usuários, reformulando o modelo arcaico (MARAZINA, 2011).

Diante do que foi apresentado até então, trata-se, portanto, o início de uma mudança de paradigma no que tange o cuidado à saúde mental: iniciam-se tensionamentos acerca do modo de cuidar através dos modelos manicomiais, análises redirecionadas à uma nova configuração do cuidado. A partir dessa perspectiva, instalam-se críticas e questionamentos em relação ao modelo hospitalocêntrico e, portanto, inicia-se, embrionariamente, o processo de desinstitucionalização. Tal como se refere o conceito de desinstitucionalização descrito por Rottelli (2001, p. 29-30):

O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”. [...] O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa.

Dessa maneira, a década de 90 é demarcada pelo pacto firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a vigorar no país através das primeiras normativas federais que vão regulamentar a implementação dos serviços extra-hospitalares. Nesse momento, se instala o início da materialização do ideal antimanicomial no campo legislativo e normativo. No ano de 1992, a partir da mobilização dos movimentos sociais, sustentados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado (PL Nº 3.657, DE 1989), - que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e também sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental - , as primeiras leis começam a ser aprovadas em diversos estados brasileiros, ressaltando a importância da implementação dos então chamados "lares abrigados" para a reestruturação da assistência em saúde mental no país, determinando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental: nesse período, portanto, que as políticas do Ministério da Saúde, juntamente com as diretrizes e normativas em andamento, para o engendramento da Reforma Psiquiátrica, começam a solidificar.

Apesar de apresentar um grande passo, esse processo se demonstra enquanto uma expansão descontínua na medida que as normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os serviços de caráter extra-hospitalar, não instituía um planejamento específico do financiamento público destes. Desse modo, o regimento de fiscalizar e classificar as instituições psiquiátricas não possuíam uma delegação contornada para a redução de leitos psiquiátricos, onde a parcela majoritária dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental se destinava, ainda, aos hospitais psiquiátricos. Tal como aponta o Relatório Final da III Conferência de Saúde Mental (2002) enviada ao Ministério da Saúde:

Garantir que os recursos provenientes do fechamento de leitos psiquiátricos possam ser realocados fundo a fundo nos serviços substitutivos, ficando sob a

responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a aplicação destes recursos, com o acompanhamento das Comissões Bipartite e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

A regulamentação da Portaria GM/MS nº 106, de 2000, que criou as Residências Terapêuticas, conjuntamente com a Portaria GM/MS nº 1.220 de 2000, que cria e inclui os procedimentos assistenciais das residências no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), possibilitou, por certo, aos municípios a implementação de iniciativas, ainda que embrionárias, para o processo de desinstitucionalização das pessoas portadoras de transtornos mentais graves e submetidos a longa permanência asilar. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) são considerados um dos principais equipamentos para a consumação da desinstitucionalização: constituídas de casas a fim de responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Devendo, no entanto, auxiliar o morador em seu processo de construção progressiva de autonomia, como também de reintegração na comunidade; o significado de habitar uma Residência Terapêutica (RT) não significaria apenas o uso da casa, mas um processo de (re) apropriação da própria vida e do resgate de sua subjetividade.

Pela implantação dos SRTs ser recente, há a discussão em vários âmbitos, de modo a proporcionar que esta estratégia seja a mais congruente para auxiliar o morador em seu processo de reintegração à comunidade. O cerne da questão, no entanto, consiste na moradia e o viver em território. Desse modo, tais residências não se caracterizam precisamente enquanto serviços de saúde, mas enquanto espaços de morar, conviver, vinculados à rede de atenção psicossocial do respectivo município. Contudo, a instalação de uma residência terapêutica exige uma aliança entre o gestor, a comunidade, os usuários, profissionais de saúde, a vizinhança, rede de apoio e de um manejo cuidadoso com os futuros moradores.

Entretanto, ainda que o cenário reformista na saúde mental esteja avançando significativamente, - conforme apresenta as estratégias de desinstitucionalização presentes nas normativas e nas políticas de serviço de saúde, como a implantação dos SRT's para produzir o cuidado em liberdade - há uma agenda de disputas no cenário político, com a ofensiva neoliberal, conservadora e individualizante, que desfavorece o desenvolvimento e a difusão desses serviços substitutivos na rede. Desse modo, os tensionamentos das políticas neoliberais

refletem no desinvestimento do orçamento público, na desarticulação comunitária, na promoção dos programas de saúde que prezam pela clínica ampliada, no aumento da exclusão e desfiliação social, na difusão da cultura da indiferença, associada ao individualismo, gerando a precarização, privatização, terceirização e sucateamento da assistência pública. (STOLKINER, 1994 apud VASCONCELOS et al., 2002).

Essa dinâmica tende a se colocar em pauta, continuamente, devido a grupos de interesse convergentes com a psiquiatria tradicional, a qual cria um terreno fértil para a mercantilização da saúde, assim, entrando em harmonia com os projetos neoliberais ou criando, tendenciosamente, modelos análogos à estrutura e dinâmica asilar de “tratamento” a fim de explorar as variáveis que o cenário favorece para o capitalismo.

Nesse sentido, essa corrente de disputas entre os projetos proclama articulações políticas, mobilizações sociais e horizontalidade da rede, para que não enfraqueça o movimento antimanicomial.

1.6 LEI PAULO DELGADO E AS PRINCIPAIS MUDANÇAS NA SAÚDE MENTAL

Somente no ano de 2001, com 12 anos de tramitação da PL 3.657 no Congresso Nacional, e é sancionada a Lei Paulo Delgado no Brasil (Lei nº 10.216/2001) que, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária. Não obstante, vale ressaltar que a Lei não institui mecanismos para a redução e progressiva extinção dos manicômios. Ainda que o texto normativo não forneça uma completude para uma linha específica de planejamento para essa progressiva extinção, a Lei evoca um salto e impõe um ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nesse contexto de promulgação da Lei, e considerando a necessidade de regulamentação de determinantes referentes a tratamento e prevenção dos transtornos mentais contidas na normativa, convoca-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, objetivando definir, tal como tema oficial da conferência "*Cuidar, sim. Excluir, não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social*" e tendo com eixo temático "*Reorientação do Modelo Assistencial*", e os subtemas "*Financiamento*", "*Recursos Humanos*" e "*Controle Social*". Aqui, reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil.

Desta maneira, nesse período, apesar dos avanços evidenciados no percurso da saúde mental no Brasil, o processo da Reforma encontrou alguns entraves de natureza cultural, institucional e política para sua real consolidação. Para ganhar maior sustentação, a Conferência teve por objetivo, tendo em vista a necessidade da sociedade perante à conjuntura, realizar uma avaliação diagnóstica, repactuando e alinhando os princípios, as diretrizes e recursos para que o processo da Reforma, somado a necessidade fundamental da ampliação da participação dos usuários e de familiares do setor e nas diversas instâncias do controle social, pudessem atuar ativamente nessa nova ótica para a saúde mental brasileira.

Caracterizando assim, na forma legislativa e em abrangência nacional, uma nova roupagem para a dinâmica de serviço em saúde mental e a construção de rede para o cuidado. Com isso, reestruturando medidas para os pacientes egressos de internações psiquiátricas, de grave dependência institucional, trabalhando sob a perspectiva de alta planejada e promoção de autonomia. Conforme dita o artigo 5º da referida Lei Nacional:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Vale ressaltar, no que tange aos encaminhamentos e tipologias de internação, considerando tanto avanços (internação voluntária e involuntária) quanto uma análise crítica acerca da internação compulsória, determinada pela Justiça: política estatal ou “proteção”? Nesse sentido, cabe aqui mencionar, brevemente, a relação contida entre o estigma da população “descartável” perante à sociedade e sua ligação direta com política higienista; no questionamento de vilipendiar a dignidade e a liberdade do indivíduo internado. A viabilização da internação compulsória atinge discussões no meio acadêmico, atravessa e cria tensionamentos os quais iremos abordar no desenvolver da discussão.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – internação

involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

(...)

Art. 9º 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.

Por conseguinte, é criada a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos CAPS, apresentando a subdivisão das modalidades em seus níveis de complexidade e abrangência populacional: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (destinado às pessoas portadoras de transtorno mental acometidos do uso prejudicial de álcool e outras drogas) e CAPSi (destinado ao público infante-juvenil). Tal como rege o disposto no artigo 1º da referida portaria:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria; § 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e 27 deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante. (BRASIL, 2002).

Avaliando a importância da Lei Nacional na conjuntura, até então brevemente apresentada, destacam-se as valiosas evoluções nos eixos das políticas, ações e serviços em saúde para o cuidado em saúde mental no Brasil. Instaura-se um imperativo para uma nova forma de assistência em saúde às pessoas portadoras de transtorno mental, corrompendo com as práticas manicomiais e redirecionando esse cuidado ao associar com outros atores dispostos a caminhar nessa proposta antimanicomial. Nesse sentido, além de promover caminhos frutíferos para as pessoas acometidas de transtorno mental, a Lei afirma a garantia de seus direitos, da dignidade e da defesa dos direitos humanos, de seus acessos ao cuidado em saúde mental de forma ampliada e, por conseguinte, sustentando um novo olhar para a “loucura” nos serviços substitutivos de saúde e na base comunitária, a fim de humanizar o tratamento destes.

A Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira preenche um espaço grandioso para o capítulo saúde mental brasileira, visando a desconstrução do modelo asilar, e à propostas análogas destes modelos, e construindo, junto aos serviços e à comunidade, a concepção dos corpos singulares e desinstitucionalizados dessa população. Compreendemos, sobretudo, que o processo de desinstitucionalização introduz “novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos” (SOUZA, Andréa; LIMA, Alan; PINHEIRO, Roseni, 2007 apud AMARANTE, 1995, p. 494).

1.7 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O rumo da política de saúde mental, sintetizado até aqui em um conjunto de normas legais, caminha para uma ampla expansão e efetivação das redes de atenção extra-hospitalar, consolidando uma política de expansão continuada em todo território nacional. À vista dessa continuidade, deu-se início à formulação de uma política integrada de atenção: em 2003, atendendo à integralidade, consolidou-se o Programa De Volta Para Casa (PVC).

Este programa dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação). Atende, portanto, ao disposto na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a qual, mais especificamente em seu artigo 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” e declara:

contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2003, p. 01).

O Programa, constitui-se de uma bolsa-auxílio, através da Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta para Casa": o pagamento do auxílio não requer contribuição prévia, é realizado mensalmente e diretamente ao próprio beneficiário, ou ao seu

representante legal, o valor de R\$ 412,00. Uma política direcionada para resgatar a cidadania, objetivando contribuir para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania: impulsionando o processo de desconstrução da cronicidade de pacientes com longo tempo de permanência em instituição psiquiátrica, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

Em virtude dessa propositura, o processo de desinstitucionalização consolida-se em intervenções que trazem um modelo humanizado, com um cuidado ampliado que abarca a transversalidade do sujeito. Contribuindo diretamente com a ruptura da lógica dos corpos institucionalizados e controlados, do modelo asilar que fora instalado por longos anos e materializando em políticas direcionadas para uma progressiva redução de leitos psiquiátricos.

Dessarte, cabe sublinhar a significativa relevância do Programa De Volta Para Casa no processo de desinstitucionalização: a construção de possibilidades para a promoção de autonomia e reinserção social, com o resgate de vínculos familiares para o fortalecimento da rede de apoio no processo de cuidado, considerando tal importância para reconstrução das relações destes indivíduos para inserção na cidade. O PVC, portanto, é uma política estratégica de desinstitucionalização na medida que auxilia no processo de desconstrução manicomial, que estimula a autonomia, considerando a base comunitária para uma real efetivação desse processo.

Observa-se, assim, que tais medidas as quais conclamam possibilidades de desinstitucionalização, reforçando os acessos das pessoas portadoras de transtorno mental na vida em sociedade. Logo, é preciso ampliar as políticas, programas e serviços transversais aos princípios de autonomia, integralidade e reinserção social através, ainda, de inserção no mercado de trabalho, na cultura, no fortalecimento de vínculos familiares, e demais estratégias que fomentem a autonomia, o cuidado ampliado e os aproximem do território.

Dentre alguns indicativos, tomando como referência para construí-los, a singularidade do sujeito e sua inter-relação com a cidade, poderiam constar: o grau de autonomia da vida do sujeito em relação ao serviço e sua vida em geral; a intercomunicação do serviço com as diversas instituições, visando à construção de rede de relações para com o sujeito; a possibilidade dos profissionais do serviço estarem exercendo, na prática, uma interdisciplinaridade que favoreça o rompimento com as intervenções rígidas em relação à vida do sujeito. Estes indicativos sugeridos poderiam servir mais

como “termômetros” de uma instituição que tem como meta a inclusão deste sujeito. (CARVALHO; AMARANTE, 1996, p. 76).

1.8 REDUÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS

Para introduzir tal processo de desinstitucionalização, cabe sinalizar que não se reduz à reprodução da desospitalização: extraí-los dos leitos, sem quaisquer estratégias que assegurem a cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental, não efetiva a desinstitucionalização destes corpos. Para além do conceito de reabilitação psicossocial, mas a autonomia, bem-estar e protagonismo de sua subjetividade. Logo, o Programa De Volta Para Casa é um dos elementos que configura os percursos necessários para efetivá-la. Assim como afirma o sanitarista e antimanicomial Paulo Amarante (1996): essa concepção de desinstitucionalização difere da de desospitalização, uma vez que não se restringe à mera saída da pessoa com transtorno mental da instituição psiquiátrica.

Desse modo, visando um novo modelo assistencial para a saúde mental, foi necessário pactuar uma nova ótica para a gestão e formulação de novos instrumentos para medidas de coberturas e de avaliação. Os indicadores que antes se resumiam a leito/habitantes e consulta médica/habitantes passaram a ser definidas enquanto coberturas na comunidade. Assim sendo, se faz necessário instituir mecanismos de financiamento de uma rede que seja capaz de atender aos objetivos da política nacional. Um importante instrumento para operar estes objetivos é o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) que foi instituído em 2004, pela Portaria GM nº 52/04, onde buscou a redução progressiva do porte hospitalar. Considera-se, portanto, o estabelecimento de uma planificação racional dos investimentos financeiros do SUS no sistema hospitalar psiquiátrico e na rede de atenção psicossocial e na arquitetura de critérios técnicos para a redução progressiva de leitos, em especial os hospitais de maior porte. À vista disso, norteando uma integração eficaz com a rede extra hospitalar, garante-se que as reduções de leitos psiquiátricos se efetivem de forma planejada, de modo a não provocar desassistência nas regiões onde o hospital psiquiátrico ainda possui um peso considerável na assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais permitindo, assim, uma transição segura e adequada do modelo assistencial. No entanto,

conforme apresenta em seu artigo 4º: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Em virtude disso e em consonância com a Lei nº 10.216/2001, um dos atores que constitui um dispositivo de grande relevância para a fiscalização e avaliação dentro dos instrumentos de gestão, no qual permite a redução e fechamento de leitos psiquiátricos de forma gradual, assentada e planejada, é o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH), que foi instituído em 2002, por normatização do Ministério da Saúde. Concede aos gestores, enquanto um instrumento de avaliação, uma certificação da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes no sistema de saúde, concomitantemente, indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar que esteja convergente com as normativas do SUS e, todavia, descredencia aqueles sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população inserida. Cabe salientar que se a reorientação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil é incipiente, mais ainda, seus respectivos processos de avaliação.

Tal processo apresenta ser um instrumento essencial para a validação da política de redução de leitos psiquiátricos e para promoção da qualidade da assistência hospitalar, permitiu ser um dispositivo capaz de reorganizar a rede ao passo que ocorre a expansão da rede extra-hospitalar; onde tal reorganização, conduzida de forma terapêutica, cujo alicerce é o protagonismo do sujeito e a rede de território, o suporte familiar, o exercício de direitos e cooperação social, estruturam essa continuidade. Assim como afirmar a tabela a seguir, onde destaca a relevância da redução de leitos nos últimos anos, a partir de dados do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (2007):

Tabela 1.

**Tabela 1 – Leitos psiquiátricos no Sistema Único de Saúde (SUS).
Brasil, 1997, 2000, 2003 e 2006**

Ano	1997	2000	2003	2006
Leitos psiquiátricos no SUS	71.041	60.868	48.828	39.567

Fonte: Furtado (2006b); Relatório de gestão 2003-2006, Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Saúde Mental.

A condução desse processo, substancial para a solidez das premissas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, requer convenções sucessivas entre os atores envolvidos na dinâmica de gestão (municipal, estadual e federal), os prestadores de serviço e do contrato social. Tais convenções devem conduzir, de forma responsável e pertinente, o processo de desinstitucionalização as pessoas com transtornos mentais, não tão somente à mecânica redução programada de leitos. Dessa maneira, para cada redução considerável de porte, deve haver, para além do acréscimo da rede de atenção local, um trabalho sensível no que tange a reinserção social das pessoas com longa história de internação, junto com ações direcionadas para esta clientela.

Essa temática, no entanto, envolve diversos atores para sua real consolidação, contudo, as estratégias antimanicomiais precisam ser reforçadas para sustentar a lógica do exercício das políticas comunitárias. Assim, a constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira tem como eixos: I) processo de desinstitucionalização como desconstrução do modelo asilar; II) a descentralização da atenção na internação hospitalar em manicômios para cuidado comunitário; III) clínica ampliada e compartilhada, de Atenção à Saúde Mental, no que tange a reconstituição de estratégias que visem as necessidades sociais sob condução da intersetorialidade e na ruptura com o paradigma biomédico de diagnóstico causa-sintoma e, sim, sob sua expressão em totalidade.

Nesse sentido, e diante do exposto, a implantação das SRT's com a adesão do município ao Programa De Volta Para Casa, tem evidenciado importantes estratégias psicossociais, na superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico, na finalidade de validar a desinstitucionalização: o panorama do “louco” e da “loucura” como algo a ser repellido do convívio social tem sido amplamente questionado ao passo que a proposta de desinstitucionalização vem sendo incorporada na agenda pública.

Na medida que se entende o protagonismo da subjetividade, a desinstitucionalização por si só se caracteriza para além de uma reforma no cuidado e de adesão às estratégias terapêuticas: ela se produz, e reproduz, na comunidade, em território.

Nessa perspectiva, a reabilitação psicossocial é posta na cidade, na vida urbana, juntamente com as relações sociais, a individualidade e a diversidade. Á vista disso, exige uma importante análise do processo de desinstitucionalização enquanto um processo que deve incidir no tecido social, não se resumindo a uma mudança de paradigma clínico – na reorientação da clínica humanizada ou na implantação de serviços. Traz, nesse sentido, uma perspectiva acerca do uso do capital social como o instrumento de intervenção na rede social. Seu uso na desinstitucionalização, ampliado ao conceito de cronicidade, se encontra na promoção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e familiares, na capacidade de utilizar os recursos econômicos e da comunidade, e na inserção de novos atores para além do corpo técnico. Todavia, vale pontuar, que os retrocessos são colocados por influência do contexto político, social e econômico, que fragilizam a manutenção dessa dinâmica antimanicomial, conceituando esse lugar à uma “falsa sensação” de desinstitucionalização: com o enfraquecimento do movimento antimanicomial, perda da voz dos usuários, o risco de novas alternativas de tratamento substituírem os pilares e princípios que sustentam a desinstitucionalização.

Logo, certos caminhos que têm sido traçados na contemporaneidade configuram certa deturpação da proposta inicial da desinstitucionalização. Outrossim, para além uma manobra para o funcionalismo do capital, é causada pela influência da ofensiva neoliberal; pela não superação da lógica de internação (sustentada pelo investimento de recursos financeiros nos hospitais, consideravelmente em alguns leitos psiquiátricos), que acusa uma ameaça a “novas formas de assistência à saúde mental”. Desse modo, intimidando à um projeto de contrarreforma psiquiátrica, onde se acentua a partir do momento que ocorre incoerência de um corpo profissional que parece prostrar-se à arcaica estratégia de alienação social.

CAPÍTULO 2

2. DEBATE ACERCA DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O capítulo 2 propõe-se em discorrer sobre a prática de desospitalização e aproximar os elementos que legitimam o processo de desinstitucionalização. Em um aspecto macro, esse processo se caracteriza para além do “agenciamento” da saída (LEAL; DELGADO, 2007) das pessoas acometidas de transtorno ou sofrimento mental nos hospitais gerais e psiquiátricos, se configura na desconstrução das práticas tradicionais em saúde mental, na perspectiva de um “reposicionamento” do sujeito objetivando outras intencionalidades no tratamento: na oferta de outras possibilidades de vida, de acessos, de autonomia e cidadania, na produção de subjetividades e na ruptura com a segregação histórica, as concepções e diversas discriminações sobre o lugar da “loucura”.

Destaca-se a constituição de uma rede de atenção psicossocial intersectorializada a fim de efetivar estratégias qualificadas de reinserção social para além dos espaços sanitários, através da promoção de maior circulação dos usuários. Para tal é necessário arquitetar e incluir estratégias na rede intra e extra-hospitalar, principalmente no território e na comunidade, ampliando as formas de sociabilidade e desmitificação do “louco”. Assim sendo, aborda no tocante à proposta antimanicomial: a relevância do papel da rede como unidade propulsora desse cuidado ampliado na saúde mental.

2.1 PROCESSO MECÂNICO DE DESOSPITALIZAÇÃO E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

À vista de algumas estratégias de desinstitucionalização que foram aqui apresentadas, cabe ressaltar que a mesma não se resume à prática superficial (como prática isolada, sem articulação com bases territoriais) de desospitalização dos leitos psiquiátricos. A desinstitucionalização concentra-se, sobretudo, no manejo pós-desospitalização: na promoção de autonomia, reabilitação psicossocial e reinserção no território, com a oferta de políticas públicas, serviços e redes da atenção psicossocial, que engendrem, assim, com o processo e cumpram com a manutenção da desinstitucionalização. Logo, apenas a alta hospitalar das pessoas portadoras de transtorno mental não garante a legitimação desse processo,

desinstitucionalizar os corpos cujo foram inseridos por longos anos em instituições asilares, em que foi destituída a própria subjetividade e identidade, exige um amplo e contínuo planejamento de rede, programas e serviços para a sua real consolidação.

Em virtude disso, o paradigma italiano de desinstitucionalização nos convoca para reflexões acerca da desconstrução dos manicômios, onde produziu a dissolução estruturas manicomiais, na medida que nega o aparato manicomial como um espaço terapêutico (HERICH, 2020). Nesse sentido, retratar-se e desmontar-se dos elementos que formaram e construíram o tratamento manicomial implica questionar todo cenário asilar que se colocava: desde as estruturas do ambiente, a fim de se aproximar para compreender as estratégias alienistas, do corpo social e do tratamento imposto. Para além disso, cabe refletir sobre as expressões na sociedade que são produzidas pelo sistema capitalista, como este reflete na organização social e institucional.

A experiência italiana de reforma psiquiátrica extrapolou a ideia de desinstitucionalização como desospitalização. Os reformistas italianos diferenciavam-se por questionar não somente o hospital psiquiátrico e suas desumanidades, mas por entender e denunciar que aquela situação desumana objetiva era reflexo da questão social de exclusão e produto da opressão da sociedade capitalista. O conjunto de reflexões, saberes, conceitos e críticas, construído através e no processo de reforma psiquiátrica italiano, constituiu uma outra explicação para a loucura, tanto em nível técnico, quanto em nível político (HEIDRICH, 2007 apud HEIDRICH, 2020).

Desse modo, é necessário pensar os subprocessos dentro do processo de desinstitucionalização. Assim, tal como o cenário político, os saberes e os corpos envolvidos, que imprimem uma lógica para a organização do sistema; logo, constitui-se por um processo crítico de análise desses objetos e das intervenções abruptas e silenciosas cujo operaram – e operam – dentro do campo da saúde mental brasileira.

Para tanto, as políticas públicas devem se vincular às premissas da Reforma Psiquiátrica Brasileira para garantir a manutenção, concretude e amplitude desse processo. Segundo a análise de Souza, Laswell (1936) sugere que a união do conhecimento acadêmico deve caminhar de forma harmônica com as ações dos governos, estabelecendo assim uma rede interlocução direta entre pesquisadores, núcleos de interesse e governo.

Laswell introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública), ainda nos anos 30, como forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como

forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo (SOUZA, 2006, p. N/I).

Nesse viés, compreender o processo de desinstitucionalização, no que tange aos atravessamentos que vão para além da prática de desospitalização, implica na produção de novos modos de cuidar e estabelecer reorientações para estes cuidados. Para tal, os serviços substitutivos vêm com o propósito de reestruturar o tratamento em saúde mental, reorientando para estratégias desinstitucionalizantes que visem a vida fora dos muros.

Assim, conforme a Lei n.º 10.216 propõe, o redirecionamento do tratamento em saúde mental tem por norte os serviços de bases territoriais, comunitários que possuem diversidade nas estratégias de cuidado para garantir a integralidade da assistência. O papel da rede entra nessa proposta na medida que a Portaria n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011 é instituída como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS é constituída, conforme apresenta o Art. 6º da Portaria n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011:

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
2. pessoas com transtornos mentais;

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

Essa composição da RAPS, com os serviços e ações da rede, expressam avanços consistentes para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. No entanto, dentre os demais aparelhos da Rede, vale destacar que a atuação dos CAPS's, ainda que seja um instrumento protagonista para a rede de atenção psicossocial, não sustentam toda arquitetura necessária que envolve o processo de desinstitucionalização. Na dinâmica dos serviços com os usuários é possível refletir sobre a sobrecarga depositada nos CAPS, com isso, a grande demanda exige que além de haver outras intervenções para acompanhar e fortalecer esse processo, é necessário haver coesão para avistar e produzir um processo fecundo.

Com isso, pensar as estratégias desinstitucionalizantes nos clama para aproximarmos dessas problemáticas, não se esgotando à conquista dos serviços substitutivos e psicossociais, mas nas inflexões durante o caminho que percorre o processo de desinstitucionalização. Nesse sentido, não devemos nos ater ao ato sintético de desospitalizar, pois este faz-se parcela do conjunto de atuações que devem ser dirigidas para obtermos a solidez do processo de desinstitucionalização.

Desospitalizar, por si só, não atende aos fins da Reforma, atende ao início embrionário do processo de desinstitucionalizar. Tal como afirma com o conceito de Rotelli (2001, p. 29-30):

O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”. [...] O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de

sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa.

Articulando com a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, cabe observar que esse elemento criou um território fértil para iniciar políticas mais contornadas. Ou seja, ainda que a desospitalização possua sua legitimidade e tenha atuado enquanto entrada para o processo de desinstitucionalização, exige uma complexidade e união de fatores com uma rede ampla, para galgar uma política assistencial qualificada. Como a Política Nacional de Saúde Mental brasileira afirma, possui como eixo norteador a desinstitucionalização e, para tal, é compreendida como um processo abstruso e que não envolve apenas a desospitalização das pessoas acometidas de sofrimento e transtorno mental das internações psiquiátricas.

Assim, a desospitalização e transinstitucionalização dos usuários não legitimam o processo de reinserção, apenas os transfere. Desse modo, para coadunar a construção de um lugar e uma efetiva articulação de rede, aponta-se para uma perspectiva ampliada do processo, em que nos convoca para buscarmos novas formas de cuidado em território, na medida em que as práticas de sociabilidade precisam ser pautadas a fim de conquistar uma real inserção no social. Logo, exige uma arquitetura para conectar condições para um cuidado contínuo e comunitário, e assim, desinstitucionalizar os sujeitos envolvidos.

Nesse viés, Amarante (2003, p. 48) define, portanto, a Reforma Psiquiátrica brasileira enquanto um “processo social complexo”, apontando as quatro esferas que entrelaçam entre si: dimensão teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Por conseguinte, tais dimensões não podem existir de forma isolada na constituição de um projeto que visa desconstruir grandes hospitais psiquiátricos e que busca efetivar a reinserção social dos sujeitos compreendidos. A articulação de recursos deve ser somada a ações referentes à inserção ao trabalho, à moradia e à sociabilidade sincronicamente com a gestão política, que deve ser comprometida em atuar na arquitetura cuja clínica ampliada exige.

Para tal, na coletânea de trabalhos, a *Desinstitucionalização da Saúde Mental: Contribuições para estudos avaliativos* (2007) traz uma reflexiva essencial para esta manutenção do processo de desinstitucionalização: o entendimento de um conjunto de análises e estudos avaliativos que possam contribuir diretamente para a prática profissional e o processo de trabalho que assim, encontram-se convergentes em estratégias desinstitucionalizantes, ao

passo que também oferece um arcabouço dialógico com as propostas envolvidas. Nestas, as macropolíticas, em caráter de gestão, e micropolíticas, em caráter de cuidado, em que se inserem nesse contexto, os estudos analíticos que cada esfera de serviço exige para aproximarmos das reais demandas de cada dispositivo, inseridos em suas particularidades adversas.

Diante da literatura supracitada, toda atividade avaliativa e delineamento dos subsídios teórico e práticos que a coletânea apresenta evoca uma prospecção mais adjacente da realidade dos serviços de saúde mental; a apresentação em três categorias analíticas: desconstrução, estratégia e paradigma. Desconstrução, no que se concentra desde o processo de desconstrução da lógica manicomial e sua relação com a dimensão sociocultural – cujo termo designado por Amarante (2003, p. 53) – onde apresenta, em um dos pontos, o reposicionamento do sujeito, do ideário social a substituição do aparato hospitalar por práticas inseridas em território e os demais serviços e centros de convivência. Estratégia, no que se refere à gestão do Estado, através dos recursos públicos e de ações intersetoriais que garanta a adesão e ampliação do processo de desinstitucionalização com o uso das estratégias antimanicomiais (a desospitalização e pós-desospitalização; como a promoção de autonomia, inserção em território e resgate da cidadania, por via de sua reinserção e protagonismo). Por fim, paradigma, no que diz respeito à ruptura com o paradigma arcaico de receber a concepção da “loucura” e, tão logo, criar novas “institucionalidades” para oferecer novos vínculos com a comunidade e políticas públicas que dialogam com a desinstitucionalização enquanto processo de adesão à reinserção social e protagonismo do usuário.

A operacionalização da desinstitucionalização ocorre para além do fechamento dos manicômios: toma-se como necessário a desconstrução do modelo e da lógica manicomial concomitantemente com estratégias estatais e a ruptura com paradigma positivista da psiquiatria, permitindo alterar o objeto de intervenção, antes na patologização do indivíduo e, posteriormente no sujeito em sofrimento psíquico. Assim, podemos afirmar que o processo de desinstitucionalização é um processo em construção no Brasil.

Nessa construção, é válido salientar que as análises e os questionamentos acerca dos processos de trabalho dentro dos ambientes asilares, junto com uma nova proposta de ruptura com o referido modelo manicomial, puderam permitir a produção de um novo olhar para o cuidado no contexto extra-hospitalar. Assim, os serviços extra-hospitalares convocam um novo

processo de trabalho para o tratamento em saúde mental, com caráter de humanização. Desse modo, estes possuem sua relevância dentro da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois colocaram em prática a atenção psicossocial, onde é possível interpretar e compreender a produção de subjetividades, antagonicamente ao modelo asilar que se esgota em uma condução sintética do formato biomédico da psiquiatria clássica e, portanto, não sustenta esse olhar para as subjetividades que são frutos das individualidades dos indivíduos acometidos de sofrimento psíquico, compondo o caráter antimanicomial.

I – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II – promover o acesso 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 III – garantir a 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, 2011)

No entanto, a correlação de forças com interesses opostos à lógica antimanicomial é colocada em pauta, criando entraves para uma expansão organizada da proposta da Reforma. Posto isto, a desinstitucionalização exige uma ampla camada de análise, pois ainda que o velho modelo asilar não mais domina, mas o novo modo ainda não predomina. (SOUZA, Andréa; LIMA, Alan; PINHEIRO, Roseni, 2007 apud VALENTINI, 2001).

Tal predominância não ocorre pois, nesse processo, as estratégias desinstitucionalizantes são expostas aos ataques do conservadorismo. Ainda que a atenção pública em saúde mental no Brasil tenha conquistado um formato transformador, a agenda neoliberal pauta decisões políticas e econômicas na gestão do Estado. Essas forças conservadoras criam impactos nas políticas sociais e reflete nos serviços substitutivos, com o subfinanciamento das políticas públicas, gerando ações focalizadas. Logo, ao passo que são colocadas nos atravessamentos da gestão do Estado frente à Política de Saúde Mental, os serviços extra-hospitalares são impostos a condições de precarização do trabalho e, tão logo, de fragilidade para a implementação do cuidado ampliado.

Portanto, a partir da dinâmica da política social brasileira, o conservadorismo tende a intervir e a avançar, ainda que timidamente, por via das ações orçamentárias: minimizando a capacidade de atuação da Rede, considerando é composta por densidades e complexidades

diferentes do sistema do SUS na atenção em saúde, em que são interligadas por meio de tecnologias de apoio técnico, logístico e de gestão. Ou seja, os recursos dessas tecnologias são indispensáveis, pois permitem alcançar a proposta de integralidade da assistência desses arranjos organizativos. Com o avanço de ações conservadoras essa proposta é ameaçada, assim, o propósito de superar a fragmentação histórica da atenção em saúde torna-se uma luta constante.

Nesse viés de luta, criam-se atores e entidades que se prontificam a mobilizar a resistência do caráter antimanicomial. Conquanto, em dezembro de 2019 no estado do Rio de Janeiro, ocorreu o I Congresso de CAPS realizado pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/IPUB/UFRJ), onde reuniram-se 63 dos 92 municípios do estado e contou com a inscrição de mais de 700 pessoas no evento. Do Congresso, com a conjunção da participação da população junto à adesão da academia, em determinadas frentes de luta e resistência diante de tamanha fragilidade dentro do cenário sócio-político-econômico, tão ofensivo às políticas públicas de saúde mental, surgiu o coletivo Frente Estamira de CAPS. (COMITÊ ORGANIZADOR DA FRENTE ESTAMIRA DE CAPS: RESISTÊNCIA E INVENÇÃO, 2019)

A Frente Estamira de CAPS constitui uma articulação política e estratégica de luta e resistência que opera em tom coletivo, visando, sobretudo, promover apoio aos serviços de CAPS. Assim, na finalidade de reduzir os impactos gerados pelas ações sistemáticas do capital neoliberal, a Frente propõe produzir a defesa da saúde mental pública, comunitária e democrática, respeitando as letras da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Luta Antimanicomial. Através de ações políticas e culturais, possui uma agenda delegada a mobilizar e articular os diversos atores a fim de debater, em suas articulações intra e intersetoriais, (COMITÊ ORGANIZADOR DA FRENTE ESTAMIRA DE CAPS: RESISTÊNCIA E INVENÇÃO, 2019) os desafios que se atravessam nos serviços de CAPS.

Nesse sentido, destaca-se uma atuação mais ativa no que tange ao acompanhamento e mapeamento desses processos no cotidiano institucional. As movimentações da Frente, acerca das devolutivas dos serviços, como os impasses do cenário político-econômico, problemas crônicos, estruturais e estruturantes do universo dos serviços, ações e projetos da saúde mental.

Logo, anseio que a Frente Estamira atue enquanto um agente ativo no tratamento de avaliação dos aparelhos estratégicos, sobretudo, no fortalecimento do controle social, pautados em intervenções para resguardar e promover reinserção social, na medida que opera na qualidade de apoio técnico e em articulação política, diretamente nos CAPS e indiretamente, com os diversos serviços de cuidado ampliado que a rede comporta.

Embora existam diversos atores com o compromisso de validar o processo de Reforma Psiquiátrica, o atual cenário político cria entraves. O contexto político evidencia uma ameaça à democracia e dos direitos sociais adquiridos, operando em desassistência à população: redução de investimentos nas políticas sociais e aumento da desigualdade social formam uma equação que destina os serviços de saúde a um cuidado precarizado às pessoas em sofrimento mental.

Com isso, entendendo que as novas práticas demandam um novo processo social, identificam-se os impasses que permeiam o processo de desinstitucionalização. Dentro do eixo da política que abrange desde os recursos financeiros ao estigma social, do eixo da gestão que se aplica desde a transinstitucionalização à qualificação profissional e do eixo da clínica, que perpassa desde a desospitalização e a ausência de laços sociais ou precariedade dos vínculos familiares, até a promoção de protagonismo do sujeito diante da dependência institucional. Ademais, conforme os impasses supracitados, esses pontos necessitam atuar em intervenções simultâneas, ao passo que estas esferas estão relacionadas intrinsecamente, a fim de que ocorra uma real aderência no avanço da Reforma.

Diante da complexidade desses fatores, para o cotidiano e a prática profissional, nos confrontamos com a reflexão da necessidade de coesão com as ações intersetoriais e comunitárias, de todos os atores da rede e território, para que a implementação seja eficaz nesse processo. Trazendo implicações diretas conforme apresenta o cenário político, da ampliação de ações e fomento de projetos e/ou programas que fornecem adesão à proposta antimanicomial e sociopolítica, de acordo com a intervenção do Estado.

Considerando o que foi supracitado até então, em relação ao estigma, processo social, e à ameaça de manicomialização do tratamento em saúde mental e processo de desinstitucionalização, podemos nos aproximar do público referente aos usuários de álcool e outras drogas no campo da saúde mental, o qual perpassa por diversos atravessamentos de não-assistência, onde podemos elencar, brevemente, elencar a historicidade desse recorte

sociopolítico no campo da saúde pública e mental, tendo em consideração os avanços e retrocessos na Política de Saúde Mental. O debate de álcool e outras drogas, por conseguinte, nos convoca a estreitar os pontos trazidos até este momento.

2.2 POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: REFLEXOS DOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS E OMISSÃO DA SAÚDE PÚBLICA

A saúde pública brasileira, historicamente, não se delegou em comprometer ações que envolvem as pessoas portadoras de saúde mental associadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Nesse sentido, concebe uma lacuna dentro do campo da saúde e do lugar em que deveria, devidamente, ser dirigida. Assim, tomando a questão dessa clientela e do uso prejudicial de álcool e outras drogas enquanto um elemento de questão de segurança pública e não atribuindo à saúde. Dessa maneira, atribuído, portanto, pelas instituições de justiça, segurança pública, e, inclusive, direcionado à um tratamento com suporte de caráter religioso, como associações religiosas.

A complexidade dessa questão não se resume, apenas, nos atores envolvidos, mas sobretudo pela ausência significativa do Estado, contribuindo assim para uma ampliação de alternativas que exploram um caráter total do tratamento, em instituições fechadas e que operam predominantemente através da psiquiatria clássica e de cunho religioso em um regime segregacionista, através de um modelo que exclui a inserção do usuário do convívio social, e de políticas a-sociais, logo, não-comunitárias, com a principal premissa de obter a abstinência da clientela. Vale pontuar que a “preocupação” com o uso de substâncias psicoativas advém da mobilização dos higienistas junto à Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) no início do século XX - onde era uma entidade composta por profissionais de diversas categorias, majoritariamente da psiquiatria.

Outro ponto que não encaminha para uma compreensão universal da complexidade do tema, é a dissipação do estigma e associação a periculosidade e criminalização das pessoas que fazem esse uso prejudicial de drogas; nessa perspectiva, observa-se a aliança dos poderes da psiquiatria tradicional e da articulação com o campo penal, diante da histórica e significativa

interferência do Direito Penal com a clínica psiquiátrica. Desde propriamente ao conceito abstrato e moralizador referente ao uso de drogas, tal qual salienta (SOUZA, 2007, p. 23):

Os conceitos abstratos permitem que, por um lado, toda humanidade possa unir-se contra o mal e, por outro lado, qualquer um possa ser um inimigo da humanidade. O conceito de drogas ganha um sentido estratégico uma vez que os critérios que os definem não seguem nenhuma coerência, eles são contraditórios entre si. O grau de contradição e de falta de critério lógico que distinguem as drogas lícitas das ilícitas se tornou foco de interdição moral que, em última instância, se apoia na guerra como estratégia para se eliminar o mal do planeta na medida em que encobre os interesses econômicos que se alimentam desta distinção.

Esse cenário, portanto, opera, repetidamente, à uma concepção higienista e punitivista onde, novamente, concerne à uma questão de saúde. O estigma social, estruturalmente, acaba por encarregar, dentro do processo social, uma potência silenciosa; acaba por ser determinante e como uma noção fundante de concepções primárias dentro do tecido social e, por conseguinte, contribuindo para a não-intervenção dentro do campo da saúde pública.

No entanto, vale lembrar, que a operacionalização do princípio constitucional, em que destaca a saúde enquanto um direito fundamental, que tem por finalidade viabilizar a garantia do direito à saúde, ocorre desde a implantação do SUS – sendo dever do Estado provê-la, em suas esferas de governo federal, estadual e municipal. Não tão somente na gestão, mas na participação ativa destas esferas no financiamento e ofertas de ações e serviços de saúde. Logo, embora tradicionalmente o uso de álcool de outras drogas em pessoas portadoras de transtorno mental tenha sido conduzido através de abordagens advindas da psiquiatria clássica e moralizadora, essa questão passa a ser enfrentada a partir da pluralidade de fatores que estão relacionados ao uso abusivo dessas substâncias.

Cabe pontuar brevemente que, no que tange à política pública de saúde no Brasil e à sua modificação referente ao manejo de estratégias e do cuidado, vem através da mobilização de diversos setores da sociedade e grupos de interesses foram substanciais para avançarmos para um cuidado humanizado e ampliado em saúde - como anteriormente mencionado, a Luta e o Movimento Antimanicomial, que inclui o público usuário que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas no campo da saúde mental. Essa configuração foi possível de acordo com uma base da concepção de saúde, do processo saúde-doença, somados aos determinantes e condicionantes da saúde tal qual propõe a Lei Orgânica da Saúde e, assim, pudemos avançar

significativamente na saúde pública brasileira que possuía uma característica engessada na sua gestão e na interface das ações e serviços, desde suas características vinculadas às políticas proibicionistas e punitivistas. Dito isso, esses elementos conseguem promover uma estrutura para uma condução mais estratégica e efetiva no campo da saúde mental.

Assim como afirma, na Lei n ° 8.080/1990:

Art. 3º os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Historicamente, as iniciativas do Estado diante dessa clientela respaldaram-se apenas em ações ambulatoriais e de urgência, sem interesse de propagar ou atingir uma dimensão nacional para uma concepção de saúde pública. Somente após a III Conferência de Saúde Mental, em 2002, o Ministério da Saúde passa a implementar o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas*, inserido no campo de saúde mental, onde admite o problema do uso prejudicial de álcool e outras drogas e prevê políticas públicas direcionadas à essa clientela – tomando uma compreensão voltada para uma atenção integral, compreendida na promoção de direitos e centrada em políticas redutoras de danos.

Surgindo como alternativa para o enfrentamento às estratégias proibicionistas, as estratégias de Redução de Danos (RD) constituem-se em práticas que contemplem princípios que as norteiam: o pragmatismo, a tolerância e a compreensão enquanto sujeito coletivo e sua diversidade. O pragmatismo vem para sinalizar que deve ser ininterrupta a oferta de serviços e ações em saúde, na finalidade de preservação da vida dentro do universo das drogas. A abstinência, por si, apenas, não é necessariamente um objetivo pré-estabelecido; a realidade do usuário que está em uso prejudicial não é mecânica, e sim a uma concepção orgânica do uso e os atravessamentos que compõem: não obstante, a oferta de tais serviços possibilitam evitar que os usuários se exponham a situações de risco e viabiliza sua proximidade às instituições. Tal como apresenta a concepção de pragmatismo empático:

Comportamentos prejudiciais são um fato da vida, e a abordagem de redução de danos aceita esta realidade, não muito agradável, como uma premissa básica. Uma vez aceita essa premissa, a meta torna-se de pragmatismo empático: o que pode ser feito para reduzir o dano e o sofrimento dos indivíduos e da sociedade? O pragmatismo adotado pela RD não pergunta se o comportamento em questão é certo ou errado, bom ou ruim, doentio ou saudável, preocupa-se, isto sim, com o manejo das questões cotidianas e das práticas reais, sendo sua validade avaliada por resultados concretos. (CARLINI-MARLATT et al., 2003 apud MARLATT, G.A, 1999).

Por não ocupar um lugar moralizador e do estigma social, possui uma característica tolerante, isolando intervenções de características autoritárias, higienistas e preconceituosas, entendendo sua singularidade e sua compreensão enquanto um sujeito coletivo. Por fim, a diversidade se insere a partir do entendimento que cada usuário estabelece um relacionamento particular com as substâncias e, por isto, quaisquer medidas que contemplem certa padronização ou um modelo pré-estabelecido para a diversidade de casos, que possuem seus respectivos atravessamentos particulares, será infrutífero.

Cabe demarcar que, segundo a Organização Mundial da Saúde (1993), é considerado uso nocivo quando um padrão de uso de substâncias psicoativas gera danos à saúde, sendo estes de natureza física ou mental. Assim sendo, a configuração de uso abusivo de drogas não se resume a qualquer usuário e, portanto, nem todo usuário deve ser considerado como tal. Essa lógica vem de encontro à perspectiva de abstinência às drogas, que é significativamente contrária à abordagem de redução de danos, que busca a proposição de cuidados que minimizem os efeitos danosos à saúde, sem que, necessariamente, haja a cessação deste consumo.

Adiante, aplica-se uma normativa, a Portaria MS/GM nº 336/2002, que se dispõe em definir as modalidades de CAPS em seus respectivos níveis de complexidade, em um modelo de base comunitária para assegurar o cuidado ampliado aos usuários e, explicitamente nesse contexto, abarcando serviços de atenção psicossocial decorrentes do uso prejudicial e dependência de substâncias psicoativas; os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPS ad). Ao instituir essa organização da rede de atenção, no âmbito do SUS, configura-se um direcionamento para estratégias específicas para edificar o cuidado e a rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas; promovendo ações de promoção, prevenção e proteção à saúde das pessoas portadoras de transtorno mental que fazem esse uso prejudicial através de serviços extra-hospitalares, articulada à RAPS e na abordagem de redução de danos. Importante ressaltar sobre a filosofia da redução de danos: é uma abordagem que se caracteriza

por sustentar o fenômeno das drogas visando a minimização dos danos sociais e à saúde, que estão associados ao uso de substâncias psicoativas, através de estratégias individuais e coletivas dentro do formato do cuidado ampliado.

Outrossim, para uma resposta efetiva, compreendendo de forma global a problemática, faz-se necessário a organização de uma rede de atenção direcionada aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase em uma rede de assistência pautada na reabilitação e reinserção social. Essa organização começa, embora introdutória, a atender à uma lacuna histórica do Estado em relação a sua atuação deste público envolvido.

Ao estabelecermos diretrizes, ações e metas na constituição de políticas para o Ministério da Saúde para os próximos anos, deveremos ter em mente a perspectiva transversalizadora que permite a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso abusivo/dependência em álcool e outras drogas de modo integrado, e diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde. (BRASIL, 2003, p. 7).

Ainda que vagarosamente, a construção de normativas que atendam à esta rede de assistência avançam. Com a Lei 11.343, em 2006, institui-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), onde encorpa e, assim, postula a abordagem da redução de danos e as ações de prevenção como base da atenção aos consumidores de substâncias psicoativas (SPA).

Tal como apresenta, na letra da lei:

Art. 5º O SISNAD tem os seguintes objetivos:

I - Contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;

II - Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III - Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

Em contrapartida, uma marcação fundamental que se materializou ainda no ano de 2006, foi a inversão de financiamento do campo da saúde mental, no que tange ao modelo hospitalocêntrico para os serviços de base comunitária (GARCIA, 2011). No entanto, destaca-se que neste período o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, cuja política de saúde mental, álcool e outras drogas e seus respectivos princípios consolidados, sofrem uma resposta invasiva a partir do momento em que seus opositores ocupam espaços na direção da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Dessas ofensivas, destacam-se: a natureza ideológica do movimento; a crítica da configuração dos processos de trabalho, no entendimento que a atuação dos médicos foi colocada em posição de subordinação em relação à equipe multiprofissional; o entendimento de um movimento de “antipsiquiatria” na equipe de saúde mental e a centralidade de atenção dos serviços nos CAPS’s.

Tais colocações expressas em alianças entre os setores conservadores e que se fundamentam de modo contrário à proposta de RD, são lideradas tanto por corporações médicas quanto por forças políticas conservadoras, como apresenta a ABP, a qual têm como objetivo a manicomialização da saúde mental. Nesse sentido, retraindo o papel do Estado e maximizando o corporativismo no campo da saúde mental. Em contrapartida, os serviços substitutivos, como o CAPS ad, os quais atendem à população que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas onde possuem como eixo norteador a lógica de RD, buscam a minimização da influência dos fatores de risco diante do consumo e da estigmatização do usuário por meio de atividades preventivas e educativas, trabalhando também com os familiares (FORTESKI, Rosina; FARIA, Jeovane Gomes de, 2013 apud FERREIRA, 2006).

Diante disso, o protagonismo do usuário e de suas subjetividades, entre outros pontos anteriormente abordados, com a atuação de um Estado gerenciando através de interesses neoliberais, sofre ataques sistemáticos. Ou seja, impõe-se desafios e obstáculos para a permanência do cuidado antimanicomial.

Neste sentido, entendendo que os caminhos têm sido de criminalização e até mesmo por via de internação compulsória, as ofensivas de natureza neoliberal expressam uma arquitetura de desmontes a fim de alcançar todos os avanços, dentro das políticas públicas, conquistados através da força antimanicomial. Frente a isso, podemos sinalizar que a pauta retoma o debate que não é atual, mas se reatualiza com relação às formas em que vão se anunciar enquanto “cuidado”.

Em virtude disso, as Comunidades Terapêuticas (CT) ocupam tal proposta: cria-se abertura de uma nova roupagem para o processo de manicomialização. O movimento conservador e neoliberal, portanto, se reatualiza operando em velhas propostas personificadas em novas frentes que estejam em congruência com o tom manicomial.

CAPÍTULO 3

3. AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS NA SAÚDE MENTAL: O CASO DAS CT'S E O ENFRENTAMENTO AD

O capítulo convoca para uma análise dos projetos em disputa no campo da saúde mental: o avanço das políticas neoliberais na RAPS, discorrendo sobre o superfinanciamento de serviços que avizinham a lógica manicomial do tratamento das pessoas portadoras de transtorno ou sofrimento psíquico e, por outro lado, o subfinanciamento de ações e serviços substitutivos.

A presença do neoliberalismo nesse cenário provoca tensionamentos na rede de atenção psicossocial na medida que “infiltram” aparelhos que remanicomializam o cuidado na saúde mental, assim, gerando movimentos contrários aos pressupostos antimanicomiais que buscam emancipar as pessoas portadoras de transtorno mental.

Em uma governabilidade que preza os interesses privatistas nas políticas sociais, se oportuniza através de políticas neoliberais intervindo desde a dimensão jurídico-política para disputar espaços no campo da saúde mental. Desse modo, o capítulo pretende analisar as aproximações existentes do legado higienista, proibicionista e manicomial em relação as pessoas acometidas de transtorno ou sofrimento mental, que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, associadas às propostas de intervenção das Comunidades Terapêuticas brasileiras. Em contrapartida, há o enfrentamento pautado pela redução de danos, que busca legitimar um cuidado aberto, antiproibicionista, gerenciando os casos singulares e conduzido pelo protagonismo do usuário nas ações e serviços de atenção psicossocial.

Diante disso, buscamos versar sobre as forças políticas antagônicas e suas intencionalidades na política de saúde mental no Brasil.

3.1 O MOVIMENTO DAS ESTRATÉGICAS PSICOSSOCIAIS E A RESPOSTA DO ESTADO PUNITIVO

A regressão das políticas de saúde mental no Brasil inicia-se dentro de um projeto de disputas; ao passo que reforça o cuidado ampliado também é alvo de ataques de movimentos neoliberais, os quais condicionam uma agenda para a edificar a contrarreforma - e que dispõe

de um terreno coerente com os interesses privatistas na saúde mental. A instabilidade e fragilidade das políticas antimanicomiais ocorrem pela entrada dessa ofensiva neoliberal, disposta a ocupar o mesmo espaço, em relação ao movimento político, dentro dos recursos da União e do campo legislativo:

O financiamento insuficiente se inscreve no padrão de política social sob a agenda neoliberal. Não é ocasional nem intermitente. Gestores, trabalhadores, legisladores, operadores do Direito, usuários e familiares, participantes de uma arena ampla e diversa da luta antimanicomial, trabalharam e militaram pelo alargamento da rede territorial e substitutiva de serviços, pelo controle social, pela aprovação da Lei nº 10.216 e pela inscrição da loucura nos direitos da sociedade (CAVALCANTE, 2020, p. 41).

Para além de um cenário de disputas de modelos, a pauta na saúde mental que busca a universalidade de cobertura, a afirmação do dever do Estado, a gestão compartilhada entre o governo e sociedade civil, o projeto societário contra hegemônico, entre outros fatores que permeiam a conquista da redemocratização brasileira, é ameaçada pela entrada do neoliberalismo.

Assim, com a justificativa de insuficiência estatal, a ofensiva neoliberal redireciona o papel do Estado afirmando que este não poderia mais atender, como antes, à reprodução da força de trabalho, devido à crise econômica que se encontrava (BRAVO, 2009). Desse modo, anuncia um pressuposto para a precarização dos serviços estatais para ampliar o debate da agenda privada na saúde; a apropriação desse discurso se projeta na dissolução do modelo psicossocial a fim de atender interesses articulados à mercantilização e filantropia da saúde.

Essa lógica restringe os serviços de base territorial, acarretando na institucionalização atual do enfrentamento psicossocial do CAPSad em relação às Comunidades Terapêuticas que entendem a ausência de serviços de território como resposta à essa dinâmica. Destacamos um ponto de atenção: as internações involuntárias e compulsória, tendo em vista a relação direta com as CT's.

Adotado como manejo das CT's para suposto "tratamento", as internações involuntárias e compulsórias (majoritariamente, de longa permanência) são presentes nessas entidades. No entanto, o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (BRASÍLIA, 2018) afirma sobre as irregularidades que envolvem tais internações, na medida que as internações involuntárias deveriam ocorrer de acordo com o regimento médico com os pacientes com

transtorno mental (Resolução nº 1.598/2000) do Conselho Federal de Medicina (CFM): “nas internações involuntárias, o médico que realiza o procedimento faz constar do prontuário as razões da internação, bem como os motivos da ausência de consentimento do paciente – neste caso, deve buscar o consentimento de um responsável legal” (BRASÍLIA, 2018, p. 66-67). Narra, ainda, sobre as internações compulsórias que coloca como “única legislação no ordenamento jurídico que prevê a internação judicial”. Salientando que “nenhuma outra norma do ordenamento jurídico brasileiro é prevista que o Judiciário tenha a prerrogativa de obrigar pessoas a se tratar, uma vez que o acesso à saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, e não o contrário” (BRASÍLIA, 2018, p. 67).

Os meios de contenção dos internos são atrelados à lógica de aprisionamento como forma de “tratamento”, tratando as questões das drogas e dos usuários que se encontram com o uso problemático de álcool e outras drogas, impostos a seguir essas estratégias disciplinares enquanto “protocolos de segurança” na finalidade de buscar “a redenção” como caminho da “cura”, conforme a matriz religiosa das CT’s. Assim, o Relatório supracitado aponta que a “insistência em que o isolamento e a segregação do restante da comunidade não são métodos terapêuticos aconselháveis” (BRASÍLIA, 2018, p. 68).

Somando às irregularidades, o Relatório traz o debate das internações compulsórias acerca da incompatibilidade do Código Penal brasileiro e da Lei nº 10.216/2001, no que se refere a “medida de segurança”, onde afirma que:

na forma como está prevista na legislação penal e processual penal, está em desconformidade com essa disciplina, e que o princípio da igualdade impõe que as pessoas com transtornos mentais que tenham praticado crime devam ser imediatamente encaminhadas ao SUS, para tratamento em sintonia com os ditames da Lei nº 10.216/2001.

Nesse sentido, o Relatório busca refletir tais medidas e condutas que perpassam o campo legislativo e a atuação que as CT’s aderem:

se a internação compulsória destinada ao cumprimento de medida de segurança, conforme prevista no Código Penal, está em desconformidade com a legislação vigente, a internação compulsória de usuário de drogas que sequer tenha cometido qualquer delito apresenta-se como uma total anomalia e em oposição ao ordenamento jurídico brasileiro. Não é, portanto, atribuição do Judiciário determinar a internação quando essa tenha por finalidade única e exclusivamente o tratamento.

As internações compulsórias e involuntárias, no entanto, remetem ao que era recorrente no tratamento da loucura, no que diz respeito à institucionalização da “loucura”, pois esse aprisionamento revisita a condução manicomial para a saúde mental. Assim, podemos observar que a internação como “via de primeira solução” adquirido pela herança manicomial se faz presente em aparelhos similares, como as CT’s, se apresenta com tal compreensão: o enclausuramento dos corpos como resposta e primeira solução imediata para a problemática.

Desse modo, destaca-se o enfrentamento à questão do uso prejudicial de álcool e outras drogas articulada diretamente com a criminalização da questão social¹⁰ e periculosidade além da sustentação do proibicionismo às drogas, logo, tratada como questão de segurança pública, dentro do tecido social, novamente.

Em contrapartida, o que a trajetória do cuidado psicossocial trouxe a superação da condução da saúde mental, e da saúde pública, enquanto questão de segurança pública. Destarte, em concepção adversa, a lógica de redução de danos conduz o tratamento dos usuários que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas (SPA) pontuando a atenção à crise, em caráter psicossocial e comunitário, conforme a Lei 10.216/2001.

O enfrentamento para a questão de álcool e outras drogas no campo de atenção psicossocial, considera a *práxis* profissional¹¹ orientada pelo princípio da redução de danos, tal como instituído pela Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012:

I - constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;

II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc);

¹⁰ O neoliberalismo, além de provocar o desmanche do Estado, leva a um investimento no Estado penal, com isso, a população deixa de ser assistida socialmente e passa a ser assistida na prisão. Esse processo neoliberal resulta numa enorme concentração de poder, de renda e num crescimento muito grande das desigualdades sociais, se voltando a um processo de criminalização da questão social. Atualmente pode-se dizer que a política oficial de enfrentamento da questão social é, de um lado a violência e a segurança, onde as classes trabalhadoras são tidas como “classes perigosas” (FREIRE; MOREIRA; CALVENTE, 2005).

¹¹ Em uma definição mais completa, temos que a *práxis* social, "como qualquer ato social, é uma decisão entre alternativas efetuada pelo indivíduo singular, que faz escolhas acerca de propósitos futuros visados. Porém, não faz escolhas independentes das pressões que as necessidades sociais exercem sobre os indivíduos singulares, interferindo nos rumos e orientações de suas decisões" (IAMAMOTO, 2011, p. 254).

(...)

IV - condicionar o recebimento de usuários transferidos de outro Ponto de Atenção, para abrigamento noturno, ao prévio contato com a equipe que receberá o caso;

V - produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;

Destaca-se, na Portaria nº 130/2012, um conjunto de estratégias para o funcionamento da assistência em base territorial e de tecnologias de cuidado para a saúde mental, que fortalecem a liberdade, a autonomia e o protagonismo do usuário na construção de seu cuidado. Nesse sentido, a atenção ad se propõe na construção de estratégias comunitárias para a população usuária de álcool e outras drogas, oportunizando a redução de danos.

O trabalho de atenção e cuidado deve se realizar a partir do reconhecimento da singularidade de cada caso, do respeito às diferenças e das escolhas individuais e da construção de estratégias conjuntas de diminuição dos danos provocados pelo uso de drogas. Mas, principalmente, de defesa e “ampliação” da vida, ressocialização e desenvolvimento da cidadania e da autorregulação e autonomia (SANTOS, 2021, p. 55 apud FERREIRA, 2017).

Além disso, a Portaria confere sobre o “acesso aos leitos de acolhimento noturno” e a promoção de “inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários” e “a compreensão das políticas públicas e da defesa de seus direitos” junto aos usuários e familiares. Acrescenta as “ações de apoio matricial na Atenção Básica” e em articulação com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Portanto, essas ações e articulações produzem a construção do tratamento em saúde mental na perspectiva da redução de danos, coadunando com práticas de cuidado integral para a população assistida, de modo adverso às internações de caráter involuntária e compulsória que ferem essa construção.

A internação compulsória como instrumento de “cuidado” ou “tratamento” é a personificação de um Estado repressor e punitivo, onde nos faz retomar às práticas dos hospitais colônias, estruturalmente manicomial, em que o enclausuramento como resposta à demanda do adoecimento psíquico é satisfatório, e prático, para o sistema de produção capitalista, – ao passo que esses corpos são improdutivos para a reprodução do capital – fazendo alusão à forma atualizada desses modelos, as Comunidades Terapêuticas.

O Estado, operativamente, se posiciona baseado em uma atuação autoritária para a dinâmica desse controle. Podemos afirmar que há uma relação de intencionalidade entre o Estado e as medidas punitivistas em face da produção capitalista. O Estado necessita reproduzir e fazer a manutenção desse controle para alimentar a dinâmica da ordem vigente, possuindo um propósito, tal como as autoras alertam:

Nessa sociedade que o indivíduo vale o que produz, quanto vale aquele que, devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, se mostra incapacitado de produzir no ritmo e padrão socialmente estabelecido?

Uma das respostas sociais tem sido a legitimação do controle desses corpos e subjetividades mantidos em isolamento sob normas rígidas de comportamento geralmente atreladas a imposições religiosas, infringindo direitos básicos como o artigo 5º da Constituição Federal brasileira que garante ser inviolável a liberdade de consciência e de crença. A institucionalização dos sujeitos considerados “marginais” seja como medida de reabilitação funcional ao processo de produção social, seja como forma de invisibilizá-lo é histórica e constitui-se uma forma de violência. (GOMES; PASSOS; FARIAS; ARAÚJO, 2020, p. 130)

Existe, portanto, uma dinâmica de controle dos corpos e subjetividades: o Estado controlador vai contra a autonomia dos sujeitos, criando um “padrão de igualdade” nos indivíduos que irão alimentar o sistema capitalista, destituindo a sua subjetividade para compor a manutenção dessa ordem.

Assim, a expressão desse controle se manifesta nas estratégias de dominação, submissão e contenção dos indesejáveis, mas como componentes fundantes no modo de produção capitalista (GOMES; PASSOS; FARIAS; ARAÚJO, 2020). As autoras, ainda, ressaltam que essa institucionalização do cuidado opera enquanto uma “reabilitação funcional” para o processo de produção social. Ou seja, o controle do indivíduo que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas é funcional para o sistema, uma vez que este é considerado improdutivo para fomentar a lógica do capital.

Diante disso, as CT's têm a proposta de produzir “novos sujeitos” capazes de atender a produção capitalista e neoliberal, reprogramando-os, na tentativa de promover um reposicionamento do sujeito (SANTOS, 2021 apud FERREIRA, 2017, p 57). Por conseguinte, o debate das Comunidades Terapêuticas revela que esse modelo apresentado para atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas, exprime um Estado punitivista e

proibicionista, avesso à estratégia de redução de danos e ao que foi construído pela política de saúde mental brasileira.

A contenção, via internação involuntária e compulsória, como medida de “tratamento” é a prova real da relação de dominação dos corpos, não pela patologia do indivíduo, mas pelo silenciamento das expressões subjetivas e do cuidado que o usuário quer receber. Além desses elementos conservadores que comportam a atuação desses serviços, calcados em um modelo de premissas religiosas, a internação nas CT’s é posta como “cura terapêutica”.

Nesse sentido, a operacionalização das Comunidades Terapêuticas com o “tratamento” e “cura” da saúde mental do indivíduo que faz uso abusivo de álcool e outras drogas implica em uma relação, direta e predominantemente, com a religião, conforme apresenta o Relatório da Inspeção Nacional das Comunidades Terapêuticas¹². Sublinhamos que não pretendemos tensionar a manifestação religiosa em si, que é legítima, mas sim, apontarmos a crítica que circunda ao uso da religião enquanto via de “tratamento” em saúde, uma vez que confere um direcionamento moral para uma questão de saúde pública.

Dessa maneira, atribuindo o caráter assistencialista, as CT’s operam com uma forma de prestar assistência: em discurso de ajuda, apoio, e em um código religioso, assim, a saúde não é assegurada como direito e, além de ser incompatível como estratégia de saúde, dificulta a garantia desse direito.

Embora digam que não pretendem converter os assistidos, os rituais dos projetos de cuidado às pessoas que usam drogas, realizados por algumas dessas lideranças, envolvem momentos de oração e leituras da bíblia. Constata-se com isso que há uma tentativa de mesclar os discursos religiosos com conhecimentos e práticas médicas e psicológicas como forma de legitimarem a articulação de suas instituições com o Estado. (PIRES; SAMPAIO, 2021, p. N/I apud VASCONCELOS, E; CAVALCANTE, R, 2019)

A força política religiosa nas CT’s, portanto, propõe-se sobrepor a *práxis* do cuidado em saúde orientada pela abordagem psicossocial. Para além disso, Cavalcante (2019) sugere

¹² O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, todas as 28 comunidades terapêuticas visitadas informaram basear a atenção oferecida no modelo de abstinência e cada uma delas fez referência a práticas religiosas, seja com base em uma religião específica, seja pela atuação em torno da espiritualidade de modo mais geral, inclusive pelo uso de metodologias que incluem essa perspectiva (BRASÍLIA, 2018, p. 74).

que haja uma releitura da díade médico-legal, no que se refere à problemática das drogas que, inicialmente, se esgotaria no campo da psiquiatria e do direito penal, porém:

Há uma outra força histórica fundamental no espaço das drogas – as religiões – que tem acompanhado, participado, se articulado e disputado a história dos usos, da política e da clínica na área das drogas. A díade do estatuto médico-legal das drogas [...] precisa ser reexaminada, portanto, com a inclusão da força cultural e política das religiões, que forja saberes e práticas, produzindo a tríade religioso-médico-legal. (CAVALCANTE, 2019, p. 246)

Desse modo, a associação de estratégias punitivistas e disciplinares, como a questão da religiosidade como elemento de manejo (no que tange às expressões desse controle desses indivíduos) com o modo de produção capitalista, confere a institucionalização com a intenção de “reabilitação funcional”.

Nesse sentido,

A comunidade terapêutica é criticada por pretender tornar-se uma técnica com fim em si própria, que nada mais faz do que encobrir por intermédio de uma nova ideologia, as contradições sociais que tinha tentado tornar explícitas (AMARANTE, 1996, p. 85).

A influência da religião, dentro do campo da saúde mental e da questão das drogas, articulada às CT's, possui um atravessamento para além do tradicionalismo moral e da desconstrução de uma abordagem: o uso político da religião e a influência neoliberal para o reposicionamento desse sujeito.

3.2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS X COMUNIDADES “TERAPÊUTICAS” BRASILEIRAS

Com o avançar da influência neoliberal, demarca-se a categoria profissional de medicina, liderada pela ABP, onde intensifica seu grupo de oposição que estejam em convergência nos interesses da corporação e em outro grupo que majoritariamente movido pelo interesse acerca das questões religiosas relacionados diretamente no orçamento público, começando então a ocupar espaços de gestão, coordenação e liderança de um movimento de contrarreforma psiquiátrica.

Ganhando um espaço na atuação do Estado, inicia-se o movimento das Comunidades Terapêuticas (CT). Um segmento dirigido pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) de 1990, com o objetivo de influenciar diretamente no eixo de elaboração e execução de políticas públicas, conjuntamente com o orçamento da política de assistência social nas três esferas do governo. Salienta-se que essa nova configuração de forças dentro do campo da saúde mental implica em diversos imbricamentos, direta e inicialmente, na nomenclatura e conceito das “Comunidades Terapêuticas”.

A insígnia de Comunidades Terapêuticas “pretende” fazer alusão ao modelo aplicado em outros países, onde creditaram o termo “Comunidades Terapêuticas”. No entanto, a própria terminologia não faz jus ao que é aplicado nos territórios brasileiros. Originalmente, o termo “Comunidade Terapêutica” foi cunhado pelo psiquiatra Maxwell Jones, por ter desenvolvido, no ano de 1946, um modelo substitutivo às práticas pró-manicomiais (BRANDÃO; CARVALHO, 2019). Observando a quase nula comunicação entre médicos e enfermeiros, e ambos para com os pacientes, refletiu a partir dessa observação um elemento promissor para uma mudança de paradigma. Entendo a organização social posta em um ambiente terapêutico, pontuou elementos estruturantes para avançar e desenvolver uma operação dinâmica na condução do tratamento. Tratando-se da qualidade em que o indivíduo é influenciado pelo ambiente externo, e suas implicações em seu interno, pode criar um conjunto de análises a fim de obter a compreensão das suas relações e refletir como pode, assim, desenvolvê-las em sua amplitude.

Nesse sentido, centrava em um tratamento comunitário para a clientela advinda da dependência de álcool e outras drogas, visando a inserção em um ambiente terapêutico, contínuo, com o princípio de reabilitação social e com a adesão de uma tecnologia de trabalho que estimula a convivência social, a interação de grupos e a ruptura com a antiga hierarquia do modelo biomédico, produzindo uma nova estrutura para tratamento. Maxwell, portanto, admite a Comunidade Terapêutica em um caráter democrático (BRANDÃO; CARVALHO, 2019), com métodos comunitários de tratamento.

Ou seja, as CT's, em sua gênese, possuem uma progressão no que tange ao cuidado em saúde mental, na medida que cria um modelo substitutivo à condução do modelo asilar e das atividades que envolvem a psiquiatria tradicional: iniciou uma mudança na estrutura social e hierárquica dos hospitais, trazendo assim o papel ativo da comunidade, diante de todos outros

atores sociais envolvidos (médicos, enfermeiros, outros pacientes, pastores, etc.), refletindo sua influência terapêutica, após realizada uma pesquisa de tais grupos com os usuários e seus respectivos resultados, com uma devolutiva positiva no tratamento.

Essa metodologia das CT's originárias serviu de modelo para a adesão em diversos países, na compreensão do cuidado em território e norteador a reabilitação e reinserção social em um ambiente comunitário e terapêutico. Assim, essa concepção reflete os preceitos da Reforma Psiquiátrica e do respectivo movimento antimanicomial. Logo, as CT's dos anos sessenta se configuram, em seus principais aspectos: a) na democratização das diplomacias intersetoriais e institucionais; b) anti-tecnicismo e anti-autoritarismo; c) incentivo e desenvolvimento à integração social; d) prática multiprofissional; e) pedagogia na relação de trabalho de grupos na busca pela reinserção social; e f) subjetividade, promoção de autonomia e protagonismo do indivíduo.

No entanto, a adesão deste, no Brasil, foi editado. A primeira “Comunidade Terapêutica” foi originado no estado de Goiás, em 1968, no município de Goiânia, denominada Movimento Jovens Livre (MJL) com um tripé “*Religião, Saúde e Reinserção Social*”. Constituído por uma entidade evangélica, em suas atividades utilizava-se o fundamento religioso como instrumento de intervenção para um tratamento terapêutico, entendendo a busca pela abstinência e libertação das drogas para realizar sua recuperação; a relação da fé com a dependência química se institui com a finalidade de uma recuperação definitiva, visando a abstinência; aderindo à uma constante vigilância dos membros voluntários da CT e da família para com o usuário; e o modelo asilar, tratando este usuário como “interno” por conta dos regimes de internação de longa duração (a maioria delas em torno de 9 meses). Nesse sentido, considerando a religião enquanto elemento essencial para amenizar os “problemas sociais” advindos das drogas. Desse modo, a metodologia aplicada no MJL propõe a redenção como forma de atuação dentro da complexidade de fatores do universo das drogas e seus danos; aplicando, portanto, o conceito de redenção, colocando o usuário como alvo de salvação. Tal como aponta o relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA):

Desenvolvidas e disseminadas a partir de iniciativas não governamentais, estas instituições se organizam em residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de SPAs. Durante sua permanência nas CTs, estas pessoas submetem-se a uma rotina disciplinada,

que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT (BRASIL, 2017, p. 8)

Segundo o relatório do IPEA, as atividades que essa entidade se propôs aos usuários, estavam: a prática religiosa por meio de expressões musicais, de leituras bíblicas, recolhimentos devocionais individuais e coletivos, oração, participação dos cultos; rituais que colocam os “internos” na compreensão de um autoconhecimento espiritual e de sua devoção, de um reconhecimento e disciplina dos regulamentos institucionais, em rumo da libertação da dependência. Membros de igrejas cristãs se colocavam, de forma voluntária, para compor estas atividades com os dependentes químicos com o objetivo de “recuperação” através de atividades religiosas:

Desse modo, o objetivo geral do MJL é recuperar jovens da drogadição, e está consubstanciado nos objetivos de proporcionar saúde e bem-estar aos sujeitos, para reintegrá-los ao meio social livres das drogas; auxiliar o processo de recuperação, dando o acompanhamento e a preparação familiar para receber esse indivíduo em constante vigilância para não retornar à drogadição; proporcionar profilaxia social; oferecer meios de ensino para a educação e profissionalização de jovens; atender com pessoal especializado no combate a drogadição, por meio de seminários evangelísticos. (BRAGA, 2019, p. 33)

Assim, observamos que a problemática em questão se trata de uma agressividade ainda maior que a metodologia da abstinência nesses espaços, mas pela repressão do sujeito, pela renúncia de sua subjetividade.

Esses entrelaçamentos religiosos, engajamentos em nome da fé, - não se tratando aqui da liberdade da própria manifestação religiosa, mas seus tensionamentos a partir do momento que se atua como um instrumento de tratamento terapêutico. Tal como a produção de verdades conforme a condução do evangelismo e o cristianismo se situa e encara os “prazeres da carne”. O fenômeno da religião, dentro de uma questão que implica o campo da saúde pública, torna-se a deslocar os atores que precisam agir simultaneamente nesse processo, criando, portanto, colisões na questão desse enfrentamento do uso abusivo de drogas. Sendo assim, vê-se a ordem social conduzindo a clientela do uso abusivo de álcool e outras drogas aos cuidados da filantropia, da “aprendizagem social” e do valor moral cristão-evangélico; logo, a crítica evoca, principalmente, um fator substancial: a gestão desse enfrentamento.

Nesse momento vivia-se um cenário político-econômico pós a ditadura civil-militar de 1964, onde a saúde ainda não se manifestava enquanto um direito, apenas foi assim estabelecida após o período de redemocratização, com a Constituição Federal de 1988, e os demais eventos subsequentes já mencionados, onde o SUS passa a garantir esse acesso universal e sendo responsabilidade do Estado provê-lo. Anteriormente a esse cenário, a política dominante era de incentivo à privatização da saúde, apenas quem tivesse o registro formal de trabalho obtinha um direito de assistência médica pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que foi criado em 1974; fora desse universo citado, a busca por atendimento médico ocorria em instituições filantrópicas ou privadas. Ou seja, as CT's, portanto, foram implantadas antes de serem efetivadas políticas públicas sobre álcool e outras drogas nos dispositivos públicos de saúde no Brasil.

Assim sendo, considerando a origem que se insere as CT's no Brasil, diante da linha do tempo e seu respectivo acesso à saúde pública, é possível compreender que esse dispositivo se ocupou em dirigir um lugar que o Estado se anulou. No entanto, o conceito de “Comunidade Terapêutica” no Brasil diverge da concepção de Comunidade Terapêutica aplicada em outros diversos países da América do Norte, exportadas para os países da Europa e, posteriormente, para América Latina, Ásia e África. No exterior, possui características de um modelo substitutivo ao modelo asilar, em uma relação direta com a sociabilidade e protagonismo do usuário e superação do modelo hospitalocêntrico; aqui, não obstante, possui uma configuração editada referente às originárias CT's: instrumentalizam o modelo manicomial.

A síntese dos Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, realizada em 2017 pelo Conselho Federal de Psicologia, - a qual foram visitadas 28 instituições nas cinco regiões do país, em 12 unidades da federação (11 estados e o Distrito Federal) - apontam: I) instituições de caráter asilar: o isolamento e a restrição ao convívio social, a incomunicabilidade e visitas restritas, a retenção de documentos do usuário; II) internações involuntárias e compulsórias; III) aspectos institucionais: ausência de Projeto Terapêutico Singular (PTS) , violação da liberdade religiosa, laborterapia (trabalho como ferramenta de disciplina), ausência de protocolos ou projetos de desinstitucionalização e violação da norma sobre período de internação; IV) das equipes de trabalho: a fragilidade das equipes, indícios de violação de direitos trabalhistas (voluntariado), administração irregular de medicações e indícios de violações éticas no trabalho; V) sanções e indícios de tortura, contenção dos usuários; segurança e vigilância ostensiva, fiscalização deficiente no controle externo; entre outros relatados na inspeção nacional.

As CT's brasileiras, em virtude disso, atuam em descompromisso com a concepção das CT's pioneiras. Em nosso território brasileiro, tais conceitos de “comunidade” e “terapêutica” não fazem jus nos serviços aqui ofertados. Estes, não realizam produção de rede, em si, é a negação dela. Não configura a rede enquanto um processo terapêutico substancial para a subjetividade e protagonismo do indivíduo, e sua intersectorialidade. Logo, sua natureza é anuladora do processo de formação de rede pois negam os dispositivos terapêuticos e comunitários. Quando ocorre algum contato, são processos artificiais, pois em sua estrutura a mesma não se sustenta. Assim sendo, a resposta tende a ecoar dentro destes serviços. Vistas as contradições, em que são aclamadas liberdades no interior das instituições, configurando a perpetuação do controle social sobre o usuário. Tal como confere a reflexão do psiquiatra italiano (BASAGLIA, 1994):

Se nós quisermos considerar a Comunidade Terapêutica como uma modalidade transitória, uma ocasião para evidenciar os jogos estranhos à doença, que puderam determinar e determinaram a natureza e os modos da mesma, temos talvez que, agora, para sobreviver, acreditar na comunidade terapêutica como solução técnica de um problema especializado? (BASAGLIA, 1994, p. 19)

À vista do exposto, podemos afirmar que o conceito o qual as “Comunidades Terapêuticas” brasileiras distorcem amplamente das CT's pioneiras. Para além de compor práticas manicomiais oprimindo o sujeito à instituição total, aprisionando-o a normas e condicionalidades e atuando em função de um controle social civil, extraindo os “indesejados” na civilização, as mesmas se infiltram no território: a o fato da sociedade naturalizar a forma onde qualquer cuidado para este público é aceitável, é uma grande problemática. Assim como, segundo Brandão e Carvalho (2019) alertam, através da perspectiva do psiquiatra italiano Basaglia, em relação às CT's originárias e a possibilidade de “modernização” desses serviços:

Sem negar o mérito de que as CTs colocaram em evidência as contradições das instituições no interior dos hospitais psiquiátricos, o psiquiatra italiano chamou a atenção para o perigo das práticas e especulações teóricas que acabariam por transformar as CTs em instituições modernas e racionalizadas e, por conseguinte, integradas ao sistema, sem que se eliminassem as relações de poder (BRANDÃO; CARVALHO, 2019, p. 13).

O texto de Brandão e Carvalho (2019) traz o questionamento de Basaglia em relação à própria identidade das CT's e os desdobramentos da “solução técnica” para “um problema especializado” na saúde mental, tendo em vista que era posto como uma modalidade transitória:

temos talvez que, agora, para sobreviver, acreditar na comunidade terapêutica como solução técnica de um problema especializado? (BRANDÃO; CARVALHO, 2019, p. 13 apud BASAGLIA, 1994, p. 19).

Brandão e Carvalho (2019) ainda alertam sobre os perigos existentes na expansão das CT's como “especialidades técnicas”, em que abririam caminho para estender a violência a outros níveis, concluindo que:

Assim as CTs abririam caminho para a ampliação das especialidades técnicas, cuja função é estender a violência a outros níveis. A psicoterapia familiar, por exemplo, colocaria a família na condição de “doente”, sendo necessário para “curá-la” recompô-la às condições desejáveis e inseri-la na sociedade. Influenciado por Gramsci e Sartre, com noções como a de intelectual orgânico e hegemonia, Basaglia vê o saber especializado como um fator de reprodução e manutenção das desigualdades, o que se opõe intrinsecamente à noção de comunidade democrática. (BRANDÃO; CARVALHO, 2019, p. 13)

Esses trechos aproximam de problemáticas no próprio território brasileiro. Sem alarde, as CT's brasileiras foram sendo fortalecidas devido à fragilidade da rede substitutiva em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas. A política de “tirar de circulação”, destituindo-se moralmente a condição de sujeito de direitos, cria-se, popularmente, a pedagogia de encaminhar como única solução, o discurso de primeiro passo: a Comunidade Terapêutica.

3.3 A “REEDIÇÃO” DOS MANICÔMIOS: NOVOS FORMATOS, VELHAS PROPOSTAS

A questão que se coloca é: de onde vem este fortalecimento e porquê? Isto ocorre pois possui uma rede de sustentação política, e como toda gestão política, possui direcionamentos e estreitamentos voltados ao interesse do Estado e de quem detém o poder do capital, o capitalismo. As CT's brasileiras são instituições privadas e que se relacionam, ainda, através de orçamento público da União. A psiquiatria de mercado (PINHO; PELAEZ, 2021) não é, de fato, inédita. Outros atores estão relacionados diretamente com a matriz da psiquiatria clássica, como o lucro das indústrias farmacêuticas. Posto isto, a mercantilização da “loucura”, a medicalização excessiva e a precarização dos serviços públicos da rede de atenção à saúde compõem alguns elementos que alimentam essa prática.

Essa configuração de forças no Brasil começa a encorpar em 2010, quando ocorre a “*epidemia do crack*”. Ainda que a comunidade científica demonstrasse, através de estudos epidemiológicos, que o consumo abusivo de álcool como fator principal e desencadeante na complexidade do problema de drogas no país, essa outra substância que ganha evidência e investimentos de recursos direcionados à “epidemia”. Assim, reforçando uma projeção disjuntiva da saúde mental e da questão de álcool e outras drogas, ocorrendo, portanto, dissociação de investimentos do orçamento público destes.

Ao passo que o orçamento ministerial da pasta da saúde e justiça entram em conflito frente à guerra de narrativas, esses movimentos vão caminhando em direções opostas ao SUS, reorientando o fundo público para organizações não governamentais. Tal movimentação se expande com o Decreto nº 7.179 de 2010, materializando o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas*, implementado pelo programa “*Crack: é possível vencer*”(CEPV) que faz a oferta em atuar por três eixos “*Prevenção, Cuidado e Autoridade*” através de medidas de: prevenção, no que se refere à capacitação profissional das redes de saúde, segurança pública, educação, assistência social, justiça, lideranças religiosas; cuidado, no que se refere à ampliação de serviços e apoio integral aos usuários e às famílias; e, autoridade, onde busca articulação com áreas de saúde e assistência com o fortalecimento das ações de inteligência e investigação com as forças estaduais para atuar no enfrentamento ao tráfico de drogas e ao crime organizado (BRASIL, 2012a). Outro retrocesso em vista, perante a apropriação das drogas e de seu enfrentamento enquanto uma questão de segurança pública, respaldando a perspectiva proibicionista, associada entre punição e controle social, diante da atuação coordenada do Ministério da Justiça.

Nessa contramão antimanicomial, ocorre uma tensão ainda mais robusta das “Comunidades Terapêuticas” na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) quando materializa a Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. A partir do momento em que esta institui incentivo financeiro de custeio para os Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluindo as “Comunidades Terapêuticas” no âmbito da RAPS, por descaracterizarem a rede substitutiva, sem atender às exigências impostas, pautadas no cunho religioso e sem uma regulamentação técnica desenhada para a equipe compor a rede de saúde mental, assim, inserindo em uma conjuntura antirreformista com a remanicomialização do cuidado em saúde mental.

Salienta-se fazer um breve recorte, no que tange a duas Emendas Constitucionais que refletem a condução da gestão pública e seus respectivos financiamentos na área da saúde. A

Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), aprovada em 13 de setembro de 2000, no governo Temer, em que estabeleceu uma conquista, como um avanço expressivo para a consolidação do SUS, pois admitiu a vinculação de recursos nas três esferas de governo com o intuito de estabilizar o processo de financiamento do sistema público de saúde brasileiro, além de consolidar a atuação dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para eventual descumprimento dos limites mínimos de aplicação na saúde. Essa regulamentação cessa a instabilidade dos parâmetros sobre os gastos públicos em saúde, definindo, sobretudo, as despesas acerca das ações e serviços públicos de saúde que vão de encontro para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Dispondo, ainda, fiscalização, controle e proteção na aplicação destes recursos na medida que a referida EC estabelece proteção legal para evitar “desvio de finalidade”; onde, posteriormente, toma como referência a Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para compor as medidas específicas dessas ações.

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

Esse debate, no entanto, implica os tensionamentos políticos em disputa. A onda conservadora se desenvolve, compondo-se de opositores, que possuem ideologias contrárias aos preceitos antimanicomiais, com oligarquias de interesses, e estabelece uma ameaça direta ao que foi conquistado com o cuidado psicossocial em saúde mental, e para com a Lei 10.216/2001. O neoliberalismo se coloca ativamente nesse processo quando o Congresso Nacional aprova a Ementa Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (EC 95), onde o governo adota como “Novo Regime Fiscal” e declara:

Art. 109º No caso de descumprimento de limite individualizado, aplicam-se, até o final do exercício de retorno das despesas aos respectivos limites, ao Poder Executivo ou a órgão elencado nos incisos II a V do caput do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que o descumpriu, sem prejuízo de outras medidas, as seguintes vedações:

I - concessão, a qualquer título, de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração de membros de Poder ou de órgão, de servidores e empregados públicos e militares, exceto dos derivados de sentença judicial transitada em julgado ou de determinação legal decorrente de atos anteriores à entrada em vigor desta Emenda Constitucional;

II - criação de cargo, emprego ou função que implique aumento de despesa;

III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa;

IV - admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, ressalvadas as reposições de cargos de chefia e de direção que não acarretem aumento de despesa e aquelas decorrentes de vacâncias de cargos efetivos ou vitalícios;

V - realização de concurso público, exceto para as reposições de vacâncias previstas no inciso IV;

VI - criação ou majoração de auxílios, vantagens, bônus, abonos, verbas de representação ou benefícios de qualquer natureza em favor de membros de Poder, do Ministério Público ou da Defensoria Pública e de servidores e empregados públicos e militares;

VII - criação de despesa obrigatória; e

VIII - adoção de medida que implique **reajuste de despesa obrigatória acima da variação da inflação**, observada a preservação do poder aquisitivo referida no inciso IV do caput do art. 7º da Constituição Federal. (grifo nosso)

Essa regulamentação, adversa da EC 29, sucateia o financiamento público pois determina, portanto, o congelamento de gastos públicos por vinte anos, iniciando no ano de 2018. Fica estabelecido que os gastos governamentais terão como parâmetro de reajuste a inflação, desse modo, a medida tem pela sua natureza impossibilitar aumentos do fundo público. Ou seja, cria-se a condição de subfinanciamento, produzindo a estagnação da aplicação de novos recursos.

Art. 112º As disposições introduzidas pelo Novo Regime Fiscal:

I - não constituirão obrigação de pagamento futuro pela União ou direitos de outrem sobre o erário; e

II - não revogam, dispensam ou suspendem o cumprimento de dispositivos constitucionais e legais que disponham sobre metas fiscais ou limites máximos de despesas.

Essas medidas, ancoradas pelas políticas neoliberais, impuseram um cenário de fragilidades nos serviços públicos de saúde. Os impactos gerados após a EC 95 colocam em pauta a condição de trabalho, de ações e serviços na esfera pública da saúde, abrindo uma lacuna na saúde pública e possibilitando a ampliação da entrada do neoliberalismo.

3.4 DESCAMINHOS: FINANCIAMENTO PÚBLICO E O PROJETO NEOLIBERAL

O cenário causado pela ofensiva neoliberal conjugado com a utilização dos recursos da saúde revela, interessante e conseqüentemente, o comportamento da gestão governamental. Segundo dados da Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP), do ano de 2017, o cumprimento da EC 29 possibilitou expressivos aumentos nos recursos destinados ao SUS. No intervalo de 2005 e 2016 os gastos direcionados à saúde tiveram um aumento de 10,5% em termos reais, que significou um crescimento médio de 5,63% ao ano. Tais dados explicitam esse comportamento devido à resultante do crescimento econômico e da adesão ao cumprimento da EC 29. Todavia, a partir de 2015 ocorre um crescimento real negativo de 2,21% e de 0,14% em 2016. Esta resultante da queda do ritmo do crescimento econômico é um indicador importante do que irá apresentar nos anos seguintes após a promulgação da EC 95. Com essa regulamentação, passa a condenar o sistema com o decréscimo, tornando os gastos públicos *per capita* inferior ao estipulado no ano de 2005.

Como os dados da ANFIP apresentam, os impactos da EC 95 na saúde são desastrosos: expande-se o problema já existente, sem perspectiva de incentivo financeiro público, gerando um desmantelamento ainda mais contornado no sistema público de saúde. A rede de sustentação política conduz o encaminhamento da gestão político-econômica e quando esta rede é dirigida por um projeto neoliberal, a projeção para a saúde pública é previsível: um processo organizado de desestabilização do controle democrático e estatal. Assim, os resultados são refletidos na precarização das condições de trabalho, no sucateamento de ações e serviços de saúde e na reprodução da lógica privatista do âmbito da saúde pública.

À vista do apresentado, para Peck, Theodore e Brenner (2012) destacam em sua análise, uma periodização do movimento neoliberal, caracterizando-o em dois momentos distintos, em que denominam enquanto fases de reestruturação regulatória: a *Roll-back*, que possui uma ação mais ostensiva, como o qual ocorre movimentos que vão de encontro a corrosão institucional e instabilidade das ações e serviços públicos, em uma proposta de regular os sujeitos coletivos; e a segunda, *Roll-out*, que aplica movimentos mais ativos para a reestruturação, como um enfrentamento da gestão anterior, implantando de forma regulatória a inserção de medidas estratégicas para que haja confluência aos intentos dos mercados.

Ainda, no ano de 2015, é válido demarcar que o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas publica a Resolução nº 1, regulamentando no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) as Comunidades Terapêuticas, definindo em seu artigo 1º:

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, serão regulamentadas, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, por esta Resolução.

Nesse sentido, tais movimentos explicitam a recorrente ofensiva neoliberal, e diante disso, como o comportamento da administração governamental interfere diretamente no âmbito da saúde pública. Nessa afirmativa, conseqüentemente, observamos seu caráter agressivo com a minimização do Estado e maximização da lógica privatista; tal como o desmantelamento de direitos, políticas favoráveis à privatização e congelamento de gastos públicos. Esse desfinanciamento estatal através das CT's, acaba por revelar, segundo (PEREIRA; PASSOS, 2017) narra:

(...) como uma das instituições sociais que buscam moldar corpos, comportamentos, subjetividades e identidades a fim de que se tornem aptos para viver em sociedade e para a sujeição à produção voltada ao capitalismo (PEREIRA; PASSOS, 2017).

Com o financiamento de novos serviços e/ou investimentos públicos obstados, as CT's se inserem em um contexto favorável para a sua perpetuação. Por intermédio da Portaria SAS/MS nº 1.482 de 25/10/2016, a CT é incluída no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), portanto, atribuída enquanto um estabelecimento de saúde no âmbito do SUS, capacitando-a assim para que esteja apta a ser remetente dos recursos destinados ao SUS.

Diante desse cenário, vale lembrar que, majoritariamente, as CT's não possuem uma equipe técnica regulamentada, diferentemente dos CAPSad que possuem tal regulamentação. Logo, com a inclusão no CNES pressupõe-se que deve haver uma divisão de trabalho entre esses serviços, o que, estrategicamente, acaba por desfavorecer a rede de atenção psicossocial, pois ocorre de forma mais abrupta a sobrecarga de demandas e o agravamento da precarização da condição de trabalho nos serviços substitutivos, visto que, além dos serviços prestados nas CT's não configurarem um tratamento terapêutico e comunitário, logo, não eficiente, os CAPSad tendem a absorver, posteriormente, a demanda reprimida na rede e, estas, ainda

ocupam uma parcela dos gastos públicos para recebimento de recursos; cujo são distribuídos conforme declara a Portaria n° 131:

Art. 2º O incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1º será da ordem de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência, até um limite de financiamento de 2 (dois) módulos por entidade beneficiária.

Esta ampliação produz um desinvestimento na RAPS, uma vez que, estão sendo destinados recursos para instituições não públicas, que possuem diversas violações (conforme aponta o Relatório de Inspeção Nacional). Não obstante, de acordo com a administração dos gastos públicos e das informações decretadas na Portaria 3.588/GM/MS de 21 de dezembro de 2017, estima-se que, atualmente, um usuário ao mês em CAPSad II, tem o custo médio de R\$43,00, enquanto este mesmo usuário, inserido em uma CT tem o custo médio de, aproximadamente, R\$1.100, 00 para o máximo de 50 usuários.

Em virtude dos apontamentos até aqui apresentados, diante da relação dos serviços substitutivos e da concepção das CT's brasileiras, destacamos que a desinstitucionalização se configura para além de um novo paradigma do cuidado, em sua plenitude, ocorre quando se produz na comunidade. Por sua vez, o processo de desinstitucionalizar não finda com a oferta destes serviços substitutivos, esse processo necessita de uma operação contínua. Desse modo, os preceitos da Reforma Psiquiátrica precisam ser salvaguardados, agindo contra o enfraquecimento do movimento antimanicomial, pela interferência do contexto político antagônico à estas premissas, para que as edições de modelos manicomial e construção de “novas” formas de assistência não capilarizem, operando um deslocamento institucional e ocupando lugar da desinstitucionalização.

CAPÍTULO 4

4. DESAFIOS, CONTRADIÇÕES E CONTROVÉRSIAS NO FINANCIAMENTO DAS CT'S: UMA QUESTÃO EM ANÁLISE

O último capítulo busca problematizar o avanço do neoliberalismo na agenda contemporânea, compreendendo sua inserção de forma mais agressiva na pauta da saúde mental pública, universal e gratuita. Pretende-se unir críticas que permeiam o debate dos retrocessos e a “nova” orientação na PNSM.

Para tal, discutiremos sobre o estreitamento dos serviços de atenção psicossocial e o projeto ultraneoliberal em curso, que revisita o campo da saúde mental brasileira, revogando princípios sustentados na ideologia antimanicomial e capitaneando novos espaços para a dinâmica do ultraneoliberalismo que “moderniza” e “reedita” a conhecida proposta conservadora que nutre o sistema capitalista.

Apresentaremos, ainda, a tessitura social fragilizada com tal movimentação através de sucessivas normativas retrógradas, as quais pretendem atender, funcionalmente, ao capitalismo invalidando os progressos das políticas de saúde mental anteriormente conquistadas.

Por fim, buscamos resgatar os desafios impostos para o campo da saúde mental para promover o fortalecimento da luta antimanicomial, dentro de um cenário político que investe na minimização estatal e potencializa a contrarreforma psiquiátrica.

4.1. OS SEVEROS RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

O contexto político-econômico dirigido pelo atual presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, o qual empossou o cargo em janeiro de 2018, provocou a potencialização do desmantelamento das políticas de saúde no Brasil. No dia 25 de abril de 2018, foi publicado o Edital nº 1/2018 através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) / Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) a qual operacionaliza o credenciamento de Comunidades Terapêuticas para receber financiamento da União. O referido edital especifica as atividades “terapêuticas” a serem realizadas por essas entidades privadas (BRASIL, 2018b):

- a) atividades recreativas;
- b) atividades que promovam o desenvolvimento interior;
- c) atividades que visem a promoção do autocuidado e da sociabilidade; e
- d) atividades de capacitação, promoção da aprendizagem, formação e atividades práticas inclusivas.

Vale ressaltar que o órgão responsável por credenciar as CT é a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), da pasta da Justiça e Segurança Pública, que caracteriza-se:

Atualmente, a SENAD **tem por missão garantir a aplicação da justiça** por meio da transformação dos bens apreendidos em razão de **crimes em políticas sobre drogas** e tem por objetivo promover a ordem jurídica com a gestão de ativos e reduzir a oferta de drogas no País.

Para tanto, atua, especialmente, em dois eixos no âmbito da política sobre drogas: **redução da oferta de drogas e combate ao tráfico de drogas e crimes conexos**; e gestão dos recursos apreendidos em decorrência de atividades criminosas relacionadas às drogas e crimes conexos. (BRASIL, 2021a, grifo nosso)

Podemos observar, no entanto, que a desvinculação da pasta da Saúde já havia iniciado, como apresenta a Portaria Interministerial nº 2/ 2017, com o Comitê Gestor Interministerial, integrados pela pasta da Justiça e Segurança Pública que passa a coordenar a gestão do Comitê, incluindo a elaboração de editais para o financiamento público, definindo e desenvolvendo tais ações. O edital supracitado, que fora elaborado pelo Comitê Gestor Interministerial, explicita as medidas de cunho higienistas, proibicionistas e de criminalização das drogas - principalmente no que se refere ao trecho grifado “tem por missão garantir a aplicação da justiça” onde, já temos por ciência que se trata de um cuidado que deveria ser amplamente debruçado pela esfera da saúde pública. Cabe demarcar, ainda, que essa coordenação do MJSP junto com o MS dividindo a gestão com a SENAD retrocede ao cenário conhecido da década de 1990, no que diz respeito tais medidas para o campo da saúde mental.

Para somar aos retrocessos, o referido edital, na descrição de seus serviços, declara:

3.7. Cada pessoa com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas poderá ser acolhida pelas entidades credenciadas por até **12 (doze) meses consecutivos ou intercalados**, no interregno de 24 (vinte e quatro meses). Caso o acolhido tenha permanecido em mais de uma comunidade credenciada, os períodos serão somados. (BRASIL, 2018b, grifo nosso)

Desse modo, consolida-se, um amplo financiamento para um modelo de tratamento que se propõe a atuar na reclusão prolongada, com a possibilidade de institucionalização contínua das pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esse modelo, ainda, conforme apresenta o edital, tenta se posicionar com medidas de controle sobre isso, porém demonstra fragilidade, visto que em seis meses é permitida uma nova internação de mais um ano, do mesmo usuário, e antes desse período basta a justificativa do corpo institucional para aplicar essa renovação de internação (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Importante ressaltar que, na medida que a Resolução nº 32 da CIT incentiva o fomento das CT, o referido edital não apresenta o montante dos recursos disponibilizados e executados em tais medidas e ações, paralelamente, e contraditoriamente, em encontro com o contingenciamento de recursos, conforme foi declarado pela EC 95: ao passo que declara o congelamento de gastos para a saúde pública, expõe amplos financiamentos para as CT e hospitais psiquiátricos. Logo, seria interessante nos aproximarmos dessa informação que não foi socializada para compreendermos a origem desses financiamentos.

As normativas supracitadas nesse capítulo, referente ao contexto de retrocessos, fundamentam a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que fora publicada pelo Ministério da Saúde, durante a gestão do governo de Jair Messias Bolsonaro, no dia 04 de fevereiro de 2019. A Nota Técnica nº 11/2019, com o respaldo de portaria

s e resoluções anteriores – como a Portaria nº 3.588/2017, Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Portaria Interministerial nº 2/2017 e Resolução nº 1/2018 do CONAD –, convoca de forma ainda mais sólida a “Nova” Política de Saúde Mental no Brasil. Com a proposta de centralizar o tratamento em saúde mental na perspectiva asilar, traz a reorientação do cuidado para a esfera hospitalocêntrica, apontando descumprimento para com a Lei 10.216/2001, quando inclui em seu art. 5º os pontos de atenção na RAPS (BRASIL, 2019a) centrados no âmbito hospitalar e ambulatorial: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas. Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico Especializado; Hospital-dia.

Desse modo, o conteúdo da referida nota técnica estabelece, ainda, que os investimentos do Governo Federal serão direcionados à reabertura dos leitos públicos nos hospitais psiquiátricos, apresentando também a parceria e incentivo para: as Comunidades Terapêuticas, e os CAPSad IV, atendimento em ambulatórios “especializados” e incentivos à realização de eletroconvulsoterapia (ECT). Esse movimento significa que os leitos que foram desativados,

através do Movimento da Reforma Psiquiátrica, venham a ser reativados. Nesse sentido, assim como os autores alertam, com ênfase nesse contexto, sobre a associação desses aparelhos ambulatoriais e a indústria farmacêutica, comentando sobre a medicalização dos problemas sociais, afirmando que a atenção à crise não é resolvida com a ambulatorização desse cuidado e por conseguinte, o reflexo que coloca esses indivíduos “refêns” da indústria farmacêutica (BRASIL, 2019b apud HARROW & JOBE, 2013; HARDING, 1990).

Ainda, o texto da Nota, no que diz respeito à expansão dos hospitais psiquiátricos, caracteriza-os por protocolos e padrões “modernizados” e inclui o conceito de desinstitucionalização dentro desse processo de ampliação de leitos, em face totalmente controversa e falaciosa, alegando que o hospital psiquiátrico “deve ser modernizado e seguir os protocolos e padrões modernos vigentes”, ressaltando ainda que “não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (BRASIL, 2019a, p. 4-5).

Permanecendo em discurso falacioso, a Nota Técnica nº 11/2019 afirma que se encontra em “obediência” à Lei 10.216/2001, colocando em pauta que a pessoa acometida de sofrimento ou transtorno mental necessita ter o melhor acesso ao sistema de saúde, associando esse acesso aos novos pontos de atenção na RAPS elencados pela Nota e reafirmando “todas” as formas de tratamento:

É importante ressaltar que as mudanças nas Políticas descritas acima foram realizadas **em obediência à Lei 10.206/2001**, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais. Vale lembrar aqui que é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, de acordo com a Lei, mostrando a necessidade de se ofertar tratamento aos pacientes, de acordo com suas necessidades e complexidade de seu quadro clínico, sem desprezar nenhuma forma de tratamento. (BRASIL, 2019a, p. 7)

Observa-se em que o documento narra como se o ato de desospitalizar as pessoas egressas de internação psiquiátrica configurassem o processo de desinstitucionalização. E, ainda, declara a “manutenção” da política de assistência “comunitária e territorial” alegando, de forma controversa, a expansão e fortalecimento da RAPS “sem prejuízo de nenhum de seus componentes”, afirmando que “mantém as ações de desinstitucionalização” (BRASIL, 2019a, p. 8).

Em virtude disso, é importante destacar aqui que a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, a qual a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira se refere, se opõe ao cuidado centralizado nos hospitais psiquiátricos e considera essa relação apenas em condição complementar ao sistema, quando este se fizer insuficiente. Desse modo, vale demarcar que todo o processo de desmonte na saúde mental se iniciou desde os sucessivos desfinanciamentos à precarização dos serviços da RAPS e incentivos financeiros destinados às entidades que deslegitimam o cuidado comunitário e aberto, no caso, as CT's, ocasionados pela onda de ofensivas neoliberais. Essa construção, portanto, induziu embasamentos para a argumentação de “insuficiência” da RAPS ao passo que o investimento que deveria ser desenvolvido na rede de atenção psicossocial, além de ser contingenciado pela EC 95, foi alocado em outros aparelhos que representam tratamentos asilares.

Assim, quando a Nota se argumenta da carência de “incluir novos pontos de atenção” na RAPS, a fim de atender à demanda e às suas complexidades, como se o sistema não fosse capaz de atendê-la, na verdade esse escopo já estava sendo projetado a partir do desmantelamento da rede psicossocial para, assim, fomentar esse discurso de insuficiência, ou “necessidade” de complementar e “equilibrar” a rede.

Outro ponto a ser considerado na nota, se refere ao incentivo da abordagem dos CAPS ad IV nas regiões em que ocorrem cenários de uso, o que acaba, ainda, por privilegiar os serviços das Comunidades Terapêuticas:

Outro ponto é aprimorar refere-se às estratégias para abordagem das pessoas com uso nocivo de drogas e com dependência de substâncias psicoativas, levando o poder público às áreas de maior vulnerabilidade social, promovendo o atendimento mais próximo do cidadão. Para tanto, foi criada nova modalidade de CAPS (IV AD) para funcionar 24 horas nas regiões de cracolândias, com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão. Tal modalidade de Serviço está programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio CAPS-AD. (BRASIL, 2019a, p. 4)

Essa abordagem, no entanto, desconsidera a abordagem itinerante e respeitosa dos serviços do Consultório na Rua¹³. Pretende atuar pontualmente, centralizando o atendimento de

¹³ A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. O Consultório na Rua é constituído de equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território (BRASÍLIA, 2021).

forma unilateral, apenas na composição de psiquiatras e equipe de enfermagem, trazendo novamente a perspectiva biologizante dos usuários crônicos e desprezando a política de redução de danos.

A Nota comenta sobre o financiamento na “nova” política de saúde mental, onde há o deslocamento dos recursos financeiros de “R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,5 bilhão” (BRASIL, 2019a, p. 3) para a qualificar e ampliar a “RAPS”. Todavia, cabe sinalizar que o “novo” modelo evidencia o investimento nos hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPSad IV.

Cabe ressaltar, ainda, que segundo a Cartilha do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, que foi publicada em 2018, diante do cenário de retrocessos e em diálogo com a Portaria 3.588/2017 salienta que os critérios para a internação em hospital psiquiátrico “remetem aos tempos sombrios do passado” e localizam precisamente “o caráter moralista e higienista das mudanças propostas” (MINAS GERAIS, 2018c, p. 14).

Destaca-se essa informação pois, esse trecho da Portaria 3.588/2017 cruzado com a reabertura e amplo financiamento dos leitos psiquiátricos como consta na Nota Técnica nº 11/2019, confere um cenário que retoma ao cenário manicomial da saúde mental. Assim, esse conjunto de normativas concedem para além de uma onda de retrocessos, mas para a condução de uma contrarreforma psiquiátrica.

Essa nota além de ferir todas as premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira e da construção da atenção psicossocial, que é configurada por tecnologia de trabalhos extra-hospitalares, abertos e comunitários, possui incompatibilidade com a Lei nº 10.2016/2001. Tendo em vista tais retrocessos desde a Resolução nº 1/2018 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), podemos analisar que o alinhamento da política de drogas com a “nova” reorientação para a assistência em saúde mental é apresentado de maneira pouco nítida, repleto de propostas sem diretrizes específicas e atribuições a Organizações Não Governamentais (ONGs) e entidades privadas, desresponsabilizando o Estado (SÃO PAULO, 2019). Para além disso, essa desresponsabilização do Estado pela atenção da população usuária de álcool e outras drogas, com o incentivo às CT's, possui raízes históricas e culturais (DELGADO, 2011).

Sobretudo, a nota é controversa no que diz respeito à garantia dos direitos humanos, conforme apresenta elementos antagônicos à reabilitação psicossocial e na falácia da referida nota em se posicionar “em conformidade na Lei nº 10.216/2001”. Podemos considerar verídico,

apenas, que é um contexto já conhecido com tamanhas entradas de ameaças ultraneoliberais, pois todo esse arranjo convoca a remanicomialização do cuidado em saúde mental.

Tão agressivo quanto propriamente todo esse contexto de contrarreforma psiquiátrica, foi a condução verticalizada, desde o ano de 2017, de todas as alterações nas políticas de saúde mental sem acessar a participação e o controle social e sem, ainda, consultar a instância máxima da saúde pública no Brasil, o CNS. É preciso pontuar, portanto, que a Nota Técnica nº 11/2019 não caracteriza, exclusivamente, o desmantelamento dos serviços comunitários. Os retrocessos se iniciaram anteriormente à publicação da Nota com as outras normativas – das portarias, resoluções e editais – supracitadas que sustentam e fundamentaram tal Nota. Porém, a Nota robustece o posicionamento da proposta de um novo modelo de assistência em saúde mental.

4.2 A ASCENSÃO DO PROJETO NEOLIBERAL NO LEGISLATIVO

Cabe ressaltar que o cenário de desinvestimento da rede de atenção psicossocial, que foi iniciado no contexto da gestão federal de Michel Temer, em 2016, e potencializado na atual gestão do governo Bolsonaro, conferem que as políticas de saúde mental no Brasil se direcionam a uma onda mais agressiva de realinhamento e reestruturação na rede. Esse realinhamento se configura, no entanto, na abertura para a reatualização de práticas conservadoras e da lógica neoliberal no campo da saúde mental.

O financiamento de leitos nas CT enfraquece a rede de atenção psicossocial, na medida que se cria uma rede paralela, por não possui um caráter complementar à rede de atenção psicossocial, pois se caracteriza com a proposta de alocar os usuários de álcool e outras drogas em um ambiente segregado, desvinculando da comunidade o que, além da ineficácia de tratamento, corrobora para a estigmatização.

Esse desfinanciamento e enfraquecimento da rede de atenção psicossocial, devido ao incentivo das CTs, portanto, potencializa a precarização dos serviços de base territorial; configura-se um cenário de disputa interna desses modelos paralelos de tratamento dentro da rede de saúde mental, e essa disputa de financiamento acaba por gerar insuficiência para a rede psicossocial. Desse modo, para a sociedade, essa demanda reprimida pelas consequências do uso prejudicial de álcool e outras drogas conjugado com a distribuição insuficiente no território, acaba encontrando uma aceitação social (DELGADO, 2011) para a internação e o isolamento.

Assim, os conflitos gerados pelo financiamento das CTs dispõem-se de um território favorável para sua perpetuação.

Não obstante, consolidando os retrocessos na política de saúde mental no Brasil, é decretada a Resolução n° 32 da CIT, de 14/12/2017, que estabelece novas diretrizes para o “fortalecimento” da RAPS. O texto diz considerar a Lei n° 10.2016/2001 No entanto, dispõe em seu artigo 3° “pactuar diretrizes clínicas para linhas de cuidados na RAPS” e assim:

Art. 7° - Aprovar a criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV), com funcionamento 24 horas, prestando assistência de urgência e emergência, para ofertar linhas de cuidado em situações de cenas de uso de drogas, especialmente o crack ("cracolândias"), de forma multiprofissional e intersetorial.

(...)

Art. 9° - Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Contraditoriamente, ao que fora conquistado nas políticas de saúde mental brasileira, como a redução exponencial dos leitos psiquiátricos, o texto traz o olhar hospitalocêntrico para o cuidado na RAPS, pretendendo ampliar a oferta de leitos psiquiátricos e nomeia a modalidade de CAPSad tipo IV para desenhar a lógica higienista, de enfrentamento à “guerra às drogas” quando se relaciona às cenas de uso, referindo-se como “cracolândias”; além disso, aponta para um maior financiamento deste. Ainda, sem fundamentar as “novas” diretrizes, dispõe em seu artigo 11°: *Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas.*

Desse modo, junto com a Portaria 3.588/2017, a Resolução n° 32 da CIT estrutura mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) ao passo que estabelece “novas” orientações para o modelo assistencial, a qual retoma ao cenário anterior à Reforma Psiquiátrica, substituindo diversos elementos de base comunitária e de perspectiva ampliada para o cuidado em saúde mental para uma operacionalização de políticas hospitalocêntricas.

Para compreender essa lógica asilar, observa-se em seu artigo 5°: vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária.

Ainda, na semana posterior à Resolução nº 32 da CIT, foi publicada a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que institui e regulamenta a implantação do CAPSad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV). Essa portaria delega o aumento do número de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, e conseqüentemente o porte de financiamento, justificando considerar “a necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a Rede de Atenção Psicossocial e para a Rede de Atenção às Urgências” como as Unidades de Referência Especializada em Hospitais Geral.

Todavia, observamos, ainda, um texto controverso ao modelo assistencial de base comunitária, no que se refere em “*vedar a ampliação da capacidade instalada dos leitos psiquiátricos*”, havendo contradição acerca desse trecho na Resolução nº 32 da CIT, conforme Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) apontam a “uma contradição importante”, o que “parece ser uma afirmação direta de compromisso com um modelo assistencial de base comunitária, reafirmando ao “não se ampliar mais a ‘capacidade instalada’ dos leitos psiquiátricos” o que dá margem para uma interpretação ambígua, uma vez que o conceito de “capacidade instalada” pode incluir os leitos que vêm sendo desativados. Assim, ressaltam que:

É relevante apontar que o discurso empregado para apresentar as ideias de mudança na PNSM, a princípio, tenta negar que pretende cancelar a reorientação do modelo assistencial instituída no processo da Reforma Psiquiátrica e ratificada principalmente pela lei 10.216/2001 (Brasil, 2001). Quando noticiou a publicação da resolução, no dia de seu lançamento, o site do Ministério da Saúde exibia a seguinte manchete: “Saúde Mental veta ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais especializados e amplia rede de atenção”. Também foram empregadas expressões como “fortalecer o atendimento com base comunitária” ou “fortalecer a RAPS” (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020, p. N/I).

O CAPSad IV configura-se, portanto, dentro de uma lógica que se distorce dos outros CAPS's, pois se apresenta como um aparelho de assistência à urgências e emergências, não se apresentando como um aparelho que se coloca à atenção de crise pautada no vínculo terapêutico (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Ainda no que se refere à Resolução nº 32 da CIT, compreende-se uma propositalidade na dinâmica desses serviços somadas à Portaria nº 3.588/2017. Ou seja, esse cenário de financiamento – ou desfinanciamento - vai de encontro para além da perspectiva hospitalocêntrica, mas para um “novo” projeto de assistência em saúde mental, na intenção de reformular e direcionar o tratamento em saúde mental em prol do sistema capitalista e

neoliberal, atendendo, assim, aos interesses privados e desconsiderando a arquitetura de base comunitária.

Em cenários de retrocessos na saúde mental, publica-se a Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017, a qual institui o Comitê Gestor Interministerial, como “um espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade” e ainda, dispondo (BRASIL, 2017):

III - promover melhorias nos processos de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em regime residencial transitório, visando à reinserção social, mediante oferta de **capacitação, formação e promoção da aprendizagem.**

Afirmado, em seu artigo 3º, que o Comitê Gestor Interministerial contará com a composição de um titular e um suplente do MJSP, MS MDS e MT, reforçando a coordenação pelo MJSP. Define, ainda, o “foco no acolhimento residencial transitório” nas CTs brasileiras, privilegiando a dinâmica desses serviços:

Art. 6º Sem prejuízo das ações voltadas à prevenção, formação e pesquisa no âmbito da política nacional sobre álcool e da política nacional sobre drogas, o Comitê priorizará as ações de cuidado e reinserção social, com foco no acolhimento residencial transitório de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, as quais serão **realizadas por pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, dentre elas as comunidades terapêuticas.**

§ 1º Para fins desta Portaria, **consideram-se comunidades terapêuticas as entidades privadas,** sem fins lucrativos, que realizam gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário (BRASIL, 2017, grifo nosso).

Diante da referida Portaria, podemos identificar algumas intencionalidades para o rumo da PNSM; tal coordenação com o Ministério da Justiça e Segurança Pública projeta o que fora constituído na década de 1990, onde o Ministério da Saúde divide a formulação e gestão com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Ainda, ressalta as CT brasileiras dentro dessa “nova” formulação, contraditoriamente, como proposta de plano de trabalho terapêutico que visa “o cuidado e reinserção social de acordo com a política nacional sobre

álcool e com a política nacional sobre drogas”. Em resposta a esse cenário, o Conselho Nacional de Saúde publicou em 31 de janeiro de 2018, sua recomendação nº 1, a qual se refere à revogação da Portaria nº 3.588/2017 que não articulou o debate ampliado com o CNS, afirmando a publicação da Portaria “sem consulta ou debate com a sociedade civil ou com o Conselho Nacional de Saúde” e, assim, considerando sua deslegitimação para com a Lei nº 8.142 e com a promulgação da Lei nº 10.216, apresentando retrocessos à Política Nacional de Saúde Mental e propõe a desestruturação da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2018a), destacando, entre outros pontos:

- a) A **inclusão do hospital psiquiátrico** na Rede de atenção Psicossocial (RAPS);
- b) O **aumento do valor da diária de internação** em hospitais psiquiátricos;
- c) O **não fechamento do leito** com a desinstitucionalização do paciente crônico ferindo o disposto nas portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014;
- d) O **aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral** de 15% para 20%;
- e) O **aumento do número mínimo de 4 para 8 leitos de saúde mental** em hospital geral para recebimento de custeio;
- f) **Exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental** em hospital geral, como condicionante para recebimento de recursos de custeio;
- g) O retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais especializadas, quando as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda. (BRASIL, 2018a, p. 1-2, grifo nosso)

Os pontos até aqui levantados apresentam medidas para um processo de desestruturação da desinstitucionalização em saúde mental no Brasil. Confere, portanto, uma movimentação a favor de retrocessos na política de saúde mental brasileira visto que minimiza e sufoca as medidas de base comunitária, financiando a proposta de outro modelo assistencial centrado no tratamento emergencial e desconsiderando a construção terapêutica para a reinserção e reabilitação social. Esse desenho de normativas pretende, sobretudo, retroceder o processo de desinstitucionalização.

A agenda neoliberal, em 2018, o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) edita sua Resolução nº 1, atribuindo a aprovação das “diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD”, a qual ratifica o “realinhamento”

da Política Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde em 2017, pelas Resolução nº 32 da CIT e Portaria nº 3.588/2017. Essa Resolução editada pelo CONAD em 2018 confere para além das “diretrizes para o fortalecimento da RAPS”, mas, acima de tudo, sobre uma formalização da reorientação da PNSM, fundamentando o que o texto da Resolução nº 32 da CIT apresentava mais timidamente.

Essa Resolução nº 1/2018 do CONAD, ainda, expressa diretamente esse realinhamento, com a “imediata integração institucional e legal da gestão de programas” entre os Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça, Extraordinário da Segurança Pública e Direitos Humanos, acompanhada da promoção da abstinência como “premissas básicas”, desconsiderando a Política de Redução de Danos:

III - Os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar, em sua estruturação, iniciativas de ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, **promoção da abstinência**, suporte social e redução dos riscos sociais e a saúde e danos decorrentes; (grifo nosso)

Por fim, a tal Resolução reafirma o fomento contínuo “à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em comunidades terapêuticas”. Importante destacar, contudo, que a Resolução nº 1/2018 do CONAD expressa em seu texto contra as “iniciativas de legalização de drogas” logo, caracterizando o proibicionismo e convoca, em seu artigo 2º a “imediata alteração dos documentos legais de orientação da política nacional sobre drogas, em especial aqueles destinados a distribuição aos parceiros públicos e privados e população em geral”.

Essa movimentação de normativas evoca o início de uma transição da assistência às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde para o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). A Resolução, ainda, narra sobre financiamento de pesquisas e embasamentos científicos que possam subsidiar tais medidas. Essa colocação se insere em um pretexto para argumentar acerca do amplo financiamento público das CT's e dos hospitais psiquiátricos para, por conseguinte, amparar a adoção, posteriormente, do retorno do uso de eletroconvulsoterapia (ECT) nesses ambientes.

Nesse momento, é convocada uma “nova” reorientação para o modelo de cuidado em saúde mental no Brasil, concomitantemente com uma onda de retrocessos. As aspas sugerem o que já temos por conhecido na trajetória da saúde mental brasileira: não é encaminhado nada

inédito, apenas a reatualização de velhas práticas conservadoras e de “ajustes” coerentes a um projeto político neoliberal.

4.3 A “INVISIBILIDADE” DE DADOS E O PROJETO ULTRANEOLIBERAL

Ainda que os retrocessos no campo da saúde mental tenham encorpado diversos desafios, e riscos, para a atenção psicossocial, a agenda ultraneoliberal nas políticas de saúde mental fortalecem ainda mais na gestão do atual presidente Jair Messias Bolsonaro, desde 2018. O governo Bolsonaro, ainda, não sinaliza se quer alguma divergência com relação à agenda ultraneoliberal estimulada pelo governo que o precedeu, pelo ex-presidente Michel Temer: o atual governo nutre e ministra a regressão das políticas de saúde mental.

Na condução do referido governo, em abril de 2019, o presidente da república publicou o Decreto nº 9.761/2019 em que aprovou a Política Nacional de Drogas, endossada pela Resolução nº 1/2018, reafirmando tal normativa e formalizando-a, declarando em seus pressupostos que a Política Nacional de Drogas busca “incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas”. Reforçando o elemento de periculosidade da população que faz uso de álcool e outras drogas e do imaginário de uma sociedade civil “protegida”; em seguida, no conteúdo do texto, privilegiando o tratamento em saúde mental nas CT’s, onde deve-se:

Regulamentar, avaliar e acompanhar o tratamento, o acolhimento em comunidade terapêutica, a assistência e o cuidado de pessoas com uso indevido de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas e com dependência química, a partir de uma visão holística do ser humano, observadas a intersectorialidade e a transversalidade das ações. (BRASIL, 2019c)

Ainda no governo Bolsonaro, foi sancionada a Lei nº 13.840/2019 a qual dispõe sobre o SISNAD e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. O presidente Jair Messias Bolsonaro sancionou, com vetos, a referida lei que autoriza a internação involuntária das pessoas que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas. Originária do Ministro da Cidadania, Osmar Terra, a lei afirma que a internação involuntária poderá ser realizada em unidades de saúde e hospitais gerais, com a afirmativa de um médico e poderá alcançar o máximo de 90 dias de internação: “III - perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo

seu término determinado pelo médico responsável; ” e destaca sobre a internação involuntária, sem consentimento:

II - internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

Foram vetados, ainda, trechos em que permitiam a prioridade no SUS para as pessoas que percorressem pelos serviços das CT's, porém, de acordo com o governo Bolsonaro, a prioridade no SUS “confronta a Constituição Federal de 1988”, onde o governo alega na mensagem do veto:

O dispositivo proposto, ao definir prioridade absoluta no SUS para egressos das comunidades terapêuticas acolhedoras, independentemente de critérios técnicos de urgência e emergência, viola a regra de seletividade na prestação dos serviços prevista no inciso III do art. 194, bem como rompe com o comando de isonomia e acesso igualitário em relação aos demais usuários do SUS, o que afronta os arts. 5º e 196 da Constituição da República de 1988.

No entanto, entre os vetos, acrescenta que as Comunidades Terapêuticas “Acolhedoras” não se caracterizam enquanto equipamentos de saúde, alegando que:

O dispositivo ocasiona insegurança e incerteza quanto às regras aplicáveis às comunidades terapêuticas, pois a caracterização como equipamento de saúde é matéria tratada em normativa específica, dependendo não da nomenclatura que adota, mas de suas características e atividades específicas.

Cabe pontuar que a Comunidade Terapêutica era conceituada como equipamento de saúde e retirado esse artigo, com inclusão de internações involuntárias e concessão restrita à categoria médica para realizar a avaliação da entrada de internação, configura uma aliança de psiquiatria de mercado (PINHO; PELAEZ, 2021): uma aliança de negacionismo dentro da saúde. Pontua-se ainda, que não considerado enquanto equipamento de saúde, logo é permitido

receber recursos de quaisquer esferas. Em virtude disso, os autores Pinho e Pelaez¹⁴ (2021) alertam:

Essa “nova” movimentação busca dar um “salto de qualidade (duvidosa)” no processo de desconstrução da rede substitutiva, pois avança no campo da desregulamentação e, principalmente, consolida uma agenda para a psiquiatria de mercado, que ainda estava limitada ao avanço da agenda das comunidades terapêuticas.

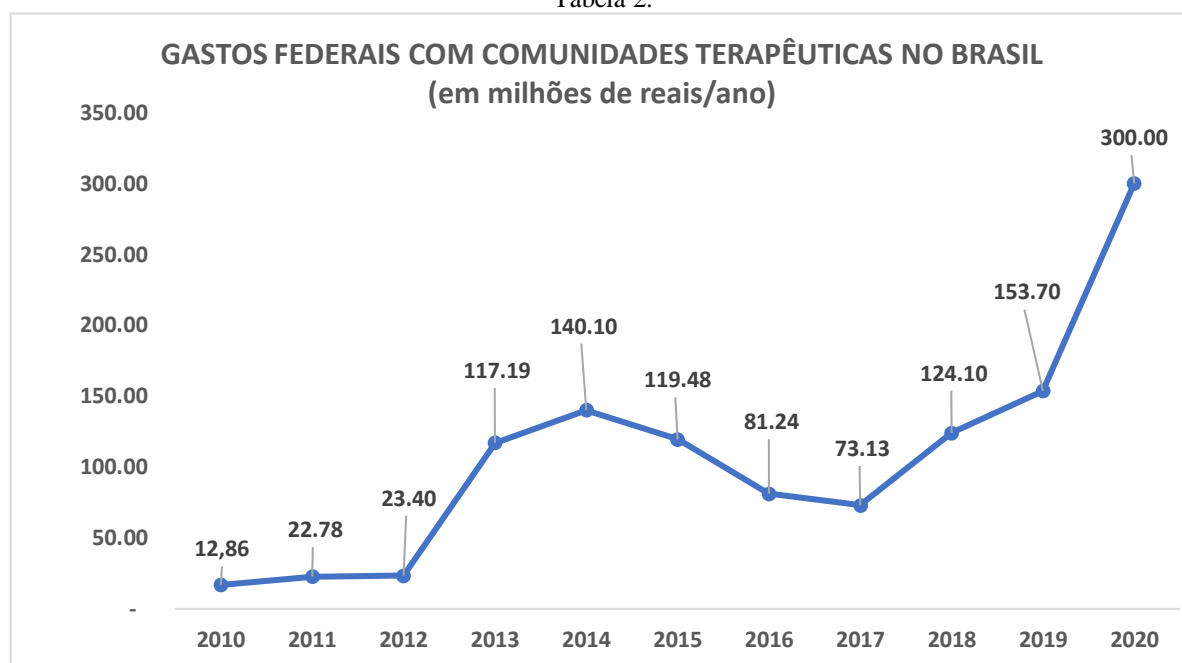
Esse contexto possibilitaria o almejado anúncio de uma “nova” rede de saúde mental, permeada pelo modelo biomédico e de equipamentos e serviços privados, e estava por trás do processo de análise e produção de revogações das portarias e decretos da reforma psiquiátrica.

Considerando o exposto, demarca-se que as Comunidades Terapêuticas, especialmente na agenda contemporânea, vêm ocupando um crescimento expressivo com o financiamento operacional maior que nos últimos anos. Em junho de 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um documento, intitulado “*Orientação sobre Serviços de Saúde Mental Comunitária: Promovendo Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos*”, onde foram divulgadas recomendações para que os países repensem seus atuais sistemas de saúde mental, com base na “criação de serviços livres de coerção” (DESINSTITUTE, 2021) onde derivou-se, recentemente, o relatório do *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01* elaborado pela organização social Desinstitute¹⁵, alertando que tais entidades vêm recebendo recursos milionários, incluindo âmbito federal, pelo Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) – ainda que em um cenário de contingenciamento de gastos para a área da saúde (DESINSTITUTE, 2021).

¹⁴ Elaine Pelaez é do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e da mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde e Leonardo Pinho é presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e da Central de Cooperativas Unisol Brasil e ex-presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos.

¹⁵ O Desinstitute é uma organização da sociedade civil sem fins lucrativos, que atua pela garantia de direitos humanos e pelo cuidado em liberdade no campo da saúde mental, no Brasil e na América Latina. Fundado em 2020, o Desinstitute nasce da união composta de pessoas com trajetórias nas áreas da saúde e do Sistema de Justiça, que se organizaram para formar uma instituição orientada pelos princípios da luta antimanicomial. Dedicado à defesa do SUS (Sistema Único de Saúde) e do Estado Democrático de Direito, tem como objetivo incidir sobre políticas públicas. (<https://desinstitute.org.br/sobre/>)

Tabela 2.



Fonte: elaboração própria a partir de dados obtidos no *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01*, em Desinstitute (2021).

A Tabela nº 2 referente aos “*Gastos federais com Comunidades Terapêuticas no Brasil*” destaca o superinvestimento nas Comunidades Terapêuticas brasileiras nos anos recentes, que desde 2010, recebem financiamento do setor de Justiça, via FUNAD, por editais públicos. Assim, após a sanção de uma “nova” Política Nacional sobre Drogas, o governo Bolsonaro investe na verticalização e na centralidade das CT’s como serviços destinados a “tratamento” usuário de álcool e outras drogas.

Os dados para ampliar tais análises, no entanto, são escassos. O Painel alerta sobre o apagão de dados (DESINSTITUTE, 2021), pontuando que o MS não fornece dados atualizados, descritivos e aprofundados sobre a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em vigência. O MS, regularmente, publicava dados referentes à RAPS e os caminhos que as políticas públicas traçava. Contudo, a falta de transparência é visível, o relatório informa, ainda, que a última informação sobre o campo da saúde mental, foi feita pelo MS em seu Relatório de Gestão de 2019, onde apresentam dados compilados de forma genérica, sem aproximação com a transparência e sem compromisso com a regularidade de tais informações – observa-se aqui que esse comportamento tende a ser interpretado como uma intencionalidade política, para além de não considerar relevante a perspectiva crítica que tais dados podem fornecer, a não publicação e divulgação de dados públicos como uma metodologia e proposta de governança.

A não publicização desses dados vai em desconcontro com a Lei de Acesso à Informação, nº 12.527/2011, pontuado nos artigos 6º, inciso I, e o artigo 7º:

Art. 6º Cabe aos órgãos e entidades do poder público, observadas as normas e procedimentos específicos aplicáveis, assegurar a:

I - gestão transparente da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação;

Art. 7º O acesso à informação de que trata esta Lei compreende, entre outros, os direitos de obter:

I - orientação sobre os procedimentos para a consecução de acesso, bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada;

II - informação contida em registros ou documentos, produzidos ou acumulados por seus órgãos ou entidades, recolhidos ou não a arquivos públicos;

III - informação produzida ou custodiada por pessoa física ou entidade privada decorrente de qualquer vínculo com seus órgãos ou entidades, mesmo que esse vínculo já tenha cessado;

IV - informação primária, íntegra, autêntica e atualizada;

V - informação sobre atividades exercidas pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas à sua política, organização e serviços;

VI - informação pertinente à administração do patrimônio público, utilização de recursos públicos, licitação, contratos administrativos; e

VII - informação relativa:

a) à implementação, acompanhamento e resultados dos programas, projetos e ações dos órgãos e entidades públicas, bem como metas e indicadores propostos;

b) ao resultado de inspeções, auditorias, prestações e tomadas de contas realizadas pelos órgãos de controle interno e externo, incluindo prestações de contas relativas a exercícios anteriores.

Nota-se que, ainda que esteja posto um deserto de dados em relação a todo esse cenário de retrocessos e deslocamento de modelos de assistência, as questões que permeiam as implementações, programas, projetos, financiamentos, coberturas e demais pontos a serem discutidos, devem permanecer firmes para contestar os passos que retrocedem no campo da

saúde mental. Não divulgar e não transparecer tais dados, além de pactuar um descaso com o monitoramento de qualidade de serviço prestado, provoca uma proposta de invisibilidade, e de dimensão, de toda movimentação e problemáticas desses retrocessos nas políticas de saúde mental, na intencionalidade de monitorar um movimento acrítico e alienado pela sociedade, para que as perguntas reais não sejam sustentadas. Pois, assim como Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) argumentam: as mudanças propostas não se sustentam em fundamentação e argumentação teórico-científica.

A resposta da governança ultraneoliberal não deve permanecer circundando na contenção do sofrimento psíquico e operando em “novos” formatos de institucionalização. Logo, salienta-se que as questões que atravessam o cuidado em liberdade e os paradigmas que se colocam pela agenda ultraneoliberal precisam ser presentes na sociedade, para tal, é necessário a obtenção desses acessos conjugado com a articulação política através do controle e participação social, assim, visando assegurar o cuidado aberto e comunitário para a população portadora de sofrimento e transtorno mental no Brasil.

A compreensão de Basaglia (2005), Rotelli (2008), Amarante (2007), Nicácio (2005), Lancetti (2009) entre outros caminhos na direção de uma prática comunitária em saúde mental promovendo para além de uma intervenção de uma clínica restrita, logo, entendendo que a importância da restituição da contratualidade social entre usuário, familiares, técnicos e comunidade é o que produz sujeitos conscientes, ativos e críticos. (BARBOSA; BARRETO, 2020, p. 477 apud BASAGLIA, 2005; ROTELLI, 2008; AMARANTE, 2007; NICÁCIO, 2005; LANCETTI, 2009)

Assim, organizações como o Desinstitute se formaram para estreitar a busca de dados atualizados e instrumentalizar a sociedade, através de pesquisas em relação à gestão, financiamento da política de saúde mental brasileira, e assuntos correlatos, com a motivação se coletar os dados em que o campo de saúde mental estava habituado a consultar desde o ano de 2015, por relatórios da gestão pública. Assim, a instituição pretende recuperar os dados, para obter um retrato legítimo do campo da saúde mental, no cenário atual, a fim de se debruçar criticamente da realidade de toda conjuntura de contrarreforma e fortalecer a socialização destas informações.

Assim, a condução da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) pelo atual presidente tem potencializado esse cenário, com uma movimentação de retrocessos referente aos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual presume o cuidado aberto, ampliado e comunitário em saúde mental, diferentemente dos modelos anteriores, compostos por

instituições totais (GOFFMAN, 1987) que atuaram embasadas na institucionalização das pessoas acometidas de sofrimento ou transtorno mental.

Esse cenário de desestruturação de elementos basilares da Reforma Psiquiátrica brasileira, conjugado com ausência de dados da “nova” política, e sua nociva implementação para a saúde pública, somadas à um arranjo político conservador, é configurado um represamento das políticas antimanicomiais; a descontinuidade, desfinanciamento, desinvestimento e desvitalização das políticas públicas de saúde mental atuando como diretriz de governo.

4.4 CONTEXTO DE PANDEMIA, A RUPTURA VISÍVEL E REPRESAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No dia 11 de março de 2020, o cenário global foi surpreendido pela abrupta contaminação do vírus da SARS-CoV-2, denominada por Coronavírus (COVID-19). A Organização Mundial da Saúde notificou o cenário pandêmico e, conseqüentemente, foi declarada emergência de saúde pública no Brasil. A saúde pública, antes de tal ocorrência, já se encontrava fragilizada devido à EC 95 com a retração ocasionada pelo ajuste neoliberal, porém, em meio à crise de saúde pública decorrente do COVID-19, o Ministério da Saúde publicou uma nota, - no dia 08 de dezembro de 2020 - onde informa que a pasta está organizada em um Grupo de Trabalho composta por representantes do Ministério da Cidadania (MC), do Conselho Federal de Medicina (CFM), da ABP, da Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)¹⁶ e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)¹⁷, informando que vai analisar e discutir as políticas de assistência psicossocial (BRASIL, 2020).

O documento afirma que “existem mais de 100 portarias relativas à saúde mental que estabelecem diretrizes para o tratamento e a assistência dos pacientes (...) observou-se que

¹⁶ O Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde – CONASEMS – nasceu a partir do movimento social em prol da saúde pública e se legitimou como uma força política, que assumiu a missão de agregar e de representar o conjunto de todas as secretarias municipais de saúde do país (BRASÍLIA, 2021).

¹⁷ O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e Distrito Federal.

muitas dessas portarias estão obsoletas, o que confunde gestores e dificulta o trabalho de monitoramento e a efetiva consolidação das políticas de saúde mental”.

Segundo o presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e da Associação Psiquiátrica da América Latina (APAL), Antônio Geraldo, justifica que tais portarias necessitam de revisão, “visando melhoria” no atendimento ao sistema público de saúde mental. Conforme posicionamento, o presidente da ABP informa que o Conass e Conasems irão trabalhar junto com o Ministério da Saúde na análise das portarias para reconhecer quais são “obsoletas” (CORREIO BRAZILIENSE, 2020). A nota ainda informa que esse Grupo de Trabalho pretende:

analisar, discutir, aprimorar, **revogar e criar novos instrumentos** para a garantia do cumprimento da nova Política Nacional de Saúde Mental, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em dezembro de 2017, por meio da Resolução CIT nº 32/201 e da Portaria MS nº 3.588/2017 (BRASIL, 2020, grifo nosso).

Desse modo, a pasta da saúde apresentou ao Conass e Conasems, um “revogaço” de portarias (CORREIO BRAZILIENSE, 2020) que dizem respeito à saúde mental no SUS, compreendidas entre os anos de 1991 e 2014. A nota informa que não pretende “fechar” os CAPS e Consultórios de Rua, mas em seguida comenta: “sobre as Residências Terapêuticas, por não se tratarem de equipamentos médicos e serem destinadas, exclusivamente, ao acolhimento e reabilitação social, discute-se a sua transferência para o âmbito do Ministério da Cidadania. ” (BRASIL, 2020). Ainda que a pasta não revogue em sua totalidade as 100 portarias, acaba por inviabilizar a reabilitação psicossocial, esgotando as estratégias substanciais para o processo de desinstitucionalização. Especialmente quando se refere sobre o deslocamento para a pasta do Ministério da Cidadania, e em tom de resguardar a “segurança”, com a lógica de segurança pública, finaliza a nota:

Por fim, o Ministério da Saúde entende que a construção de uma rede de assistência à saúde mental **essencialmente segura**, eficaz, integral, humanizada, com abordagens e condutas baseadas em evidências científicas, e norteada por especialistas da área da saúde é um processo organizacional contínuo, que requer monitoramento constante e zelo com o investimento público (BRASIL, 2020, grifo nosso).

O cenário de crise da saúde pública, no entanto, convocou alterações nas rotinas institucionais, e pessoais, a fim de conter a circulação do vírus da COVID-19. Com isso, foi

decretada a Lei nº 3. 979/2020 que dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública, em âmbito nacional. Essa lei determina que, para esse enfrentamento, poderão ser adotadas, dentre outras medidas, o isolamento social e a quarentena.

Diante do exposto, é válido pensar na articulação de elementos que estão postos (processos de trabalho, reorganização dos serviços, isolamento, relacionados às forças políticas conservadoras) problematizando os serviços das CT's dentro desse contexto pandêmico. Posteriormente ao decreto da Lei nº 3.979/2020, foi decretada a Portaria nº 340/2020 que “Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus, no âmbito das Comunidades Terapêuticas. ”, a normativa em seu artigo 3º, afirma que: “as atividades e os serviços realizados pelas Comunidades Terapêuticas são considerados essenciais” e declara em seguida, no artigo 4º, que as CT's devem seguir a “Cartilha de Orientações para as Comunidades Terapêuticas”, conforme determina o Ministério da Cidadania.

No entanto,

A Cartilha de Orientações para as Comunidades Terapêuticas disponibilizada pelo Ministério da Cidadania se mostra mais útil por trazer informações básicas sobre o vírus, como ele age, como se dá a sua transmissão, sintomas, prevenção, grupos de risco e orienta a não interrupção do acolhimento na CT durante a pandemia, indicando que se ocorrer ela poderia colocar em risco a vida do usuário, já que, **“a dependência química é uma doença crônica, grave e deve ser tratada de acordo com as necessidades clínicas do indivíduo”** (GOMES; PASSOS; FARIAS; ARAÚJO, 2020 apud 2020, p. 6, grifo nosso)

A Portaria e a Cartilha acenam para o fortalecimento da ideia de atribuir as CT's funções clínicas, visto que encaminha para estes aparelhos um protocolo de manejo clínico que classifica a dependência química como uma doença crônica. Contudo, as autoras expõem que tais atribuições vão na “contramão” das próprias definições e compreensões da natureza das CT's, que é configurada como equipamentos de caráter residencial temporário e que precisam trabalhar articuladamente com a rede intersetorial; ainda, ressaltam que a própria Portaria pontua a necessidade de encaminhamento dos acolhidos para uma Unidade de Saúde em caso de contaminação (GOMES; PASSOS; FARIAS; ARAÚJO, 2020, p. 127).

O Protocolo de Manejo Clínico reforça a um isolamento que já estava estabelecido, coloca, ainda, esse elemento como critério de admissão para entrada nas CT's. As autoras alertam para “a necessidade de não homogeneizar as formas de isolamento contidas nesse

contexto como idêntica em natureza” a fim de pautar a diferença entre o isolamento social determinado pela Lei nº 3.979/2020, devido à crise sanitária, e o isolamento realizado institucionalmente, desconsiderando contato com os acolhidos. Assim, podemos observar que a Cartilha promoveu, para tais entidades, um pretexto para reproduzir suas práticas segregadoras e higienistas, pautando um direcionamento moral dentro de um cenário de crise na saúde pública. Esse pretexto para contenção apenas reforça a exclusão desses usuários pois distancia a possibilidade de realizar o cuidado em território, colocando-os em situação de violação de direitos humanos.

Esse debate revela que a dinâmica das CT's é antagonica às estratégias de redução de danos e ao que fora construído pelo Movimento da Luta Antimanicomial – há, apenas, o fortalecimento das questões morais conservadoras.

4.5 CONTRARREFORMA EM PAUTA: DESAFIOS PARA O CAMPO

Essa movimentação encaminhada para a consolidação de uma contrarreforma é nítida, a ruptura é visível. O governo Bolsonaro acentua e investe em aparelhos que são congruentes com os modelos hospitalocêntricos e manicomiais. Conforme há um esvaziamento dos espaços de controle e participação social, o governo federal também se afasta de metas pactuadas por diretrizes determinadas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, assim como o Painel apresenta:

incentivar a implantação de 480 CAPS” (foi cumprida apenas 60% da meta, num cenário em que Coordenadores Estaduais informam represamento no processo de habilitação de serviços), e “ampliar em 2.400 o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa - PVC, passando de 4.364 para 6.764 beneficiários” (ao fim de 2019, havia apenas 4.520 beneficiários). (DESINSTITUTE, 2021, p. 70)

A gestão de Bolsonaro, portanto, expande o direcionamento do “tratamento” em saúde mental para as CT's, assim como o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023 aponta como meta: “ampliar em 172,73% o número de atendimentos em Comunidades Terapêuticas, compreendendo cuidados, prevenção e reinserção social de dependentes químicos” (DESINSTITUTE, 2021, p. 70), não prevendo o investimento nos serviços substitutivos, assim, conforme o Painel indica sobre o PPA 2020-2023:

pela primeira vez, desde o PPA 2012-2015, o documento não traz metas específicas para CAPS. Este fato impacta negativamente a progressão da expansão e fortalecimento da rede CAPS, podendo ocasionar o desinvestimento e possível sucateamento destes dispositivos (DESINSTITUTE, 2021, p 70-71).

Desse modo, a agenda ultraneoliberal se faz presente, apresentando a proposta para os próximos anos acena para um subfinanciamento ainda maior na RAPS, com a redução do ritmo de implementação dos serviços comunitários, financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos e um crescimento expressivo nos aparelhos que alimentam a “psiquiatria de mercado” (PINHO; PELAEZ, 2021) dentro da PNSM. Ainda, aponta para os próximos passos visíveis no campo da saúde mental em relação à eletroconvulsoterapia, pois:

desde então, são reivindicações constantes do campo pautas relacionadas ao financiamento federal de equipamentos de eletroconvulsoterapia e ações que garantam as pactuações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (DESINSTITUTE, 2021, p. 72).

É possível afirmar, portanto, que o campo legislativo, através de forças e articulações políticas conservadoras, se “arma” para consolidar outras instrumentalidades manicomiais para o campo da saúde mental brasileira, como a ECT.

Ressaltamos que desconsideramos os serviços de CAPSad IV – dispositivo para efetuar a internação involuntária nas cenas de uso e depois na alternativa de encaminhamento para as CT’s – e as entidades das CT’s brasileiras como serviços capazes de se inserir na rede de cuidados: estes espelham a construção de “novos” manicômios.

Modernizando e utilizando a legislação da Reforma Psiquiátrica, ainda que de forma incompatível com a Lei 10.2016/2001, para subsidiar um discurso do governo que induz à confusão: utiliza, indevidamente, a linguagem comumente usada para o cuidado aberto e comunitário da rede de atenção psicossocial como “social”, “terapêutico”, “psicossocial”, “reinserção social” e outros termos, em seus textos normativos, os quais não são compatíveis com a lógica conservadora para o campo da saúde mental. Destaca-se também o repúdio relacionado à operacionalização vertical nas mudanças legislativas no campo sem efetuar diálogo com a participação social, principalmente, no que diz respeito a não interlocução com a instância máxima, deslegitimando o CNS.

À vista do apresentado, na gestão do atual governo, que pactua com tais medidas manicomiais, cabe apontar as fragilidades presentes e a necessidade de incorporar “novos”

movimentos sociais para a pauta em defesa da saúde mental pública, aberta e antimanicomial. Pinho e Pelaez (2021), por conseguinte, inscrevem sobre a “segunda onda da contrarreforma psiquiátrica” atuando de forma mais nociva e possuindo como um dos eixos centrais “virar a página da reforma psiquiátrica brasileira e consolidar agendas privatistas pendentes”, aderindo a:

- a) Abertura de novos mercados para as comunidades terapêuticas, incluindo serviços voltados a adolescentes e a população em situação de rua, avançando com fluxos sobre o Sistema Único de Saúde – SUS e o Sistema Único de Assistência Social – SUAS;
- b) Desregulamentação da RAPS, revisitando, revogando, alterando os decretos e portarias que consolidaram os serviços e estratégias de rede substitutiva;
- c) “Ambulatorização” do cuidado em saúde mental, favorecendo o modelo biomédico, de “diagnósticos” e “medicalização social”, a partir da oferta de serviços privados em saúde mental e drogas;
- d) Fortalecimento da oferta de leitos privados em clínicas e hospitais psiquiátricos;
- e) Avanço sobre os organismos internacionais, visando a sua legitimação. (PINHO; PELAEZ, 2021, p. N/I)

Nesse contexto de contrarreforma ofensiva, faz-se necessário o fortalecimento dos movimentos sociais. O cenário pandêmico desafiou e fragilizou a possibilidade da movimentação mais ativa desses movimentos, por conta do cenário de saúde pública, porém há de recuperar o potencial de reorganização da luta, na ocupação de frentes de resistência e inovação, como o coletivo *Frente Estamira de CAPS: Resistência e Invenção*.

Nesse sentido, a Frente reunida em cunho político e estratégico, visa promover apoio e articulação à rede de CAPS através de ações de educação e formação permanente. Ainda que em cenário de pandemia, a partir de rodas de conversas semanais virtuais, o coletivo se propõe a organizar debates sobre o funcionamento dos serviços de atenção psicossocial do estado do Rio de Janeiro, e seus atravessamentos, para que seja possível gerar o compartilhamento de estratégias entre profissionais, usuários e familiares. Contabilizado até o mês de outubro de 2021, foram realizadas 76 rodas de conversa com temas diversos que atravessam o tema da saúde mental. Ainda, o projeto da Frente se propõe a enrijecer o protagonismo de usuários e familiares da saúde mental a partir da construção de um Cadastro Nacional de Associações e

Coletivos. Esse cadastro objetiva registrar e divulgar as ações construídas pela participação social, reunindo associações já existente e na finalidade de tornar possível a construção de novas associações.

A Frente, portanto, opera em fortalecimento nas ações de base comunitária, visando garantir um espaço democrático e com premissas antimanicomiais que defendem as diretrizes do SUS, como a promoção de autonomia e o controle e participação social. Espaços como esses, e movimentos de atores comprometidos com o resgate de um cuidado integralmente comunitário e psicossocial, personificam a resistência para o cenário de contrarreforma psiquiátrica, pois precisamos reorganizar e mobilizar sob as “fissuras importantes nos processos de reforma psiquiátrica e fortalecimento do SUS” (DESINSTITUTE, 2021, p. 73).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É válido analisar o porquê da lógica manicomial revisitar a trajetória da saúde mental no Brasil. Que política a fomenta? Sobre o que sustenta e o que movimenta essa dinâmica? O projeto neoliberal com uma agenda em curso na saúde pública. Desde os atores, em nome do corporativismo, à instrumentalização legislativa conivente com os ideais de mercado, indústria da “loucura” e quaisquer outros elementos que possam atender, facilitar e impulsionar a agenda de privatização, medicalização, patologização e dominação da vida, – principalmente os corpos improdutivos para o sistema.

O capital não tem, por isso, a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração. Às queixas sobre a degradação física e mental, à morte prematura, à tortura do sobretrabalho, ele responde: deveria esse martírio nos martirizar, ele que aumenta nosso gozo? (MARX, 2013, p. 342).

A intervenção na saúde mental brasileira necessita de uma aliança sólida com o cuidado em liberdade, com a redução de danos e com horizontalidade das políticas e serviços de saúde. O sofrimento e adoecimento psíquico atravessam de forma subjetiva a vida de todas as pessoas, conforme as determinações sociais, e o sofrimento social e psíquico, e por este motivo a saúde mental não é objeto privativo e centralizado. É compreendida enquanto um direito fundamental a saúde, logo, pela defesa intransigente dos direitos humanos e sobre a defesa do SUS,

repudiando qualquer tipo de discriminação, exclusão, estigmatização e, sobretudo, contrária a quaisquer mecanismos de opressão.

A institucionalização perpetua e faz a manutenção da ordem, assim, é necessário a solidez de um modelo que não caminha para a “funcionalidade” do sistema e, portanto, do controle dos corpos improdutivos. Assim como expressa os aparelhos que pretendem induzir a “reforma” e “modernização” dos serviços de saúde mental: o avanço das forças conservadoras e ultraneoliberais que atualiza as práticas manicomiais e opera em novas “roupagens” as estratégias de violação de direitos; como as Comunidades “Terapêuticas” e os CAPSad IV, na agenda contemporânea. Para tal, é preciso romper com as estratégias punitivistas, opressoras e de controle social que operam na reatualização das práticas e estratégias manicomiais.

É necessário, contudo, fortalecer tais articulações para vetarmos a continuidade de políticas e práticas da psiquiatria tradicional, como as Comunidades Terapêuticas brasileiras, CAPSad IV e serviços – ou desserviços – similares à tais metodologias, pois atuam como serviços de “portas fechadas”, possuindo incompatibilidade com a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Desse modo, o *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01* apresenta algumas pautas para essa luta, considerando o dever do Estado de garantir:

- 1. A retomada da transparência na política pública de saúde mental:** é imperativo que as instituições públicas garantam transparência na gestão. Faz-se urgente que o Ministério da Saúde retome a publicação sistemática do documento Saúde Mental em Dados, ainda para o ano de 2021, ou apresente outro documento oficial que detalhe a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;
- 2. A fiscalização de hospitais psiquiátricos:** o governo federal tem financiado hospitais psiquiátricos no Brasil à revelia de qualquer inspeção ou avaliação dessas instituições que, sistematicamente, são denunciadas por violar direitos humanos. É urgente que o Ministério da Saúde, ainda em 2021, realize a avaliação dessas instituições por meio do PNASH/Psiquiatria, orientando-se pelos princípios da Lei 10.216/01, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI). Dessa forma, torna-se fundamental a retomada do PNASH como estratégia potente para a manutenção dos processos regulatórios dos hospitais psiquiátricos ainda existentes;
- 3. A realização de um censo de hospitais psiquiátricos:** não há qualquer documento nacional que trace ou analise o perfil das pessoas internadas em leitos de psiquiatria no Brasil. A ausência de um censo sobre o perfil dessa população oculta do conhecimento público quem são e quais são as necessidades e razões pelas quais essas pessoas estão privadas de liberdade

nessas instituições psiquiátricas. Por consequência, a falta desse mapeamento obstrui a construção de processos de desinstitucionalização dessa população, para mantê-las por parte da vida (se não a vida toda) trancadas em hospitais psiquiátricos – o que contraria, centralmente, a Lei 10.216/01, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência; 75

4. A análise sobre mortes em hospitais psiquiátricos: da mesma forma que não há um censo que trace o perfil da população institucionalizada em hospitais psiquiátricos no Brasil, tampouco há documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde que dê transparência à quantidade e à identificação de causas morte de pessoas institucionalizadas no país. Sabe-se, contudo, que muitas pessoas morrem por desassistência e violência institucional nessas instituições. Nesse sentido, é imprescindível que o Ministério da Saúde produza anualmente uma pesquisa nacional, por meio dos bancos de dados públicos do SUS, sobre o índice de mortalidade de internos em hospitais psiquiátricos, que leve em consideração informações sobre a causa morte dessas pessoas e trace um perfil sobre a expectativa de vida dessa população;

5. Mais celeridade nos processos de desinstitucionalização: com fechamento dos hospitais indicados para descredenciamento do SUS, com desinstitucionalização de todas as pessoas em internação de longa permanência, mediante a ampliação dos SRTs e PVC;

6. Reajuste do auxílio reabilitação psicossocial do PVC, para pelo menos R\$ 600,00 – valor calculado com base no IPCA;

7. Cumprimento das deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial de 2010. (DESINSTITUTE, 2021, p. 74-75, grifo nosso)

Tais pautas admitem a necessidade de uma intervenção estatal que esteja em conformidade com a proposta da Lei da Reforma Psiquiátrica de desinstitucionalizar a população portadora de transtorno mental e de fomentar estratégias na rede extra-hospitalar, e fora dela, na finalidade de construir a autonomia de forma articulada e intersetorial.

Lembramos, ainda, que a Luta Antimanicomial não se resume a desconstrução do modelo manicomial, mas à sua finalidade de ruptura. Só é possível alcançar tal ruptura com um projeto societário que envolva diversas dimensões jurídico-políticas (PASSOS, 2017) e atores sociais capazes de totalizar a luta.

Assim, podemos identificar a relação desta luta com o Serviço Social brasileiro que está posta em três princípios do projeto ético-político da categoria: I) na liberdade, no que diz respeito à negação do isolamento ou de mecanismos e procedimentos similares enquanto “fundamento” ou como proposta “terapêutica”; II) na emancipação, no que se refere ao desenvolvimento da dimensão jurídico-política, propiciando estratégias que superem o

manicomial e expandem o indivíduo, considerando-o protagonista do seu cuidado; e III) nos direitos humanos, na garantia de seus direitos e ações capazes de unir serviços e políticas que produzam suas subjetividades e condições dignas de sociabilidade.

No entanto, cabe demarcar um desafio para a categoria profissional de Serviço Social em relação às políticas de saúde mental e drogas, cujo Lima, Rocha, Vale e Fonseca (2015) identificam: a necessidade de ampliação da produção de conhecimento e de reflexões críticas em diferentes espaços sócio-ocupacionais, a fim de potencializar respostas profissionais com o compromisso ético-político de uma sociedade emancipada.

É preciso, ainda, reforçar o paradigma italiano que influenciou a Reforma Psiquiátrica brasileira: através da desconstrução do aparato manicomial que operou, teórico e praticamente, o desmonte da estrutura manicomial ao negar o manicômio como espaço terapêutico (HEIDRICH, 2020). Com isso, de modo que assegure as tecnologias de cuidado que zelam pelas singularidades das pessoas portadoras de sofrimento ou transtorno mental.

Para buscarmos a recuperação, do formato ampliado, das políticas e serviços antimanicomiais, dentro de um projeto neoliberal que arquiteta descontinuidades, é necessário uma pactuação mais firme da participação social. O contexto de COVID-19 propiciou fragilidades para tal, contudo, é preciso lembrar que as redes “informais” (BARBOSA; BARRETO, 2020) agem como um instrumento para fortalecer o protagonismo e o controle social, ao passo que: a saúde mental é uma identidade plural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (1994). **Uma aventura no manicômio: A trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúde (Manguinhos).

AMARANTE, P. (1998) **Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

AMARANTE, P. (2003). **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. In Amarante, P. (Coord). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (p. 45-65). Rio de Janeiro: NAU Editora.

AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama ENSP. 1995.143p.

AMARANTE, P. D. C. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, 142 p. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413272>.

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

AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúdes – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, pp. 61-77, jul./out. 1994.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, Anália da Silva; BARRETO, Magda Costa. **Saúde mental e o trabalho intersetorial: estratégias e desafios para a atenção psicossocial em tempos de isolamento social**. In: GOMES, Tathiana Meyre da Silva; PASSOS, Rachel Gouveia; DUARTE, Marco José de Oliveira. (Org.). Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do Serviço Social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/livro-saude-mental>.

BASÁGLIA, F. 1985. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro, Ed.Graal.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985 [1968].

BENELLI, Sílvio José. A Instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 237-252, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-166x2004000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/YwJbLgJrbhd7cTg5LrGFCVL/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2021.

BRAGA, Analvari Franco Pereira. **Movimento Jovens Livres: Religião, saúde e reinserção social**. 2019. 115 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2019.

BRANDÃO, Beatriz; CARVALHO, Jonatas. **Comunidade Terapêutica democrática ou nova racionalização de operação do poder psiquiátrico: referências históricas de sua emergência**. referências históricas de sua emergência. 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/Compaq/Downloads/151759-Texto%20do%20artigo-340602-1-10-20190328%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Compaq/Downloads/151759-Texto%20do%20artigo-340602-1-10-20190328%20(1).pdf). Acesso em: 25 out. 2021.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al.(orgs). Serviço Social e Saúde. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.88-110.

BRASIL - **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Acessado em 20 de junho de 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 26 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria Ministerial nº 189, de 19 de novembro de 1991.** Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria Ministerial nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental. Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/pagina-319.html>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.** 39. ed. Seção 1, p. 23. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.220, de 07 de novembro de 2000.** Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/148-saude-mental?download=839:portaria-gm-n-1220-2000>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece as diferentes modalidades de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 322, de 08 de maio de 2003.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2003/res0322_08_05_2003.html. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004.** Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, Cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Acesso em: 23 de julho de 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.. **Lei**

de Acesso À Informação. Brasília, 18 nov. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 131, de 06 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde.. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017. Brasil, 21 dez. 2017. Seção 1, p. 104. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, dá outras providências e inclui procedimentos de Tratamento em Psiquiatria na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Acesso em: 28 de julho de 2021.

BRASIL. Edital nº 1/2018, de 25 de abril de 2018b. Diário Oficial da União: Seção 3, Brasília, DF, n. 79, p. 93, 25 abr. 2018a. Disponível em:

<https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/ acesso_informacao/Edital%20de%20Credenciamento%20-%20SENAD%20n%C2%BA%2001-2018.pdf> Acesso em: 13 de outubro de 2021.

BRASIL. **Resolução nº 1, de 09 de março de 2018.** 49. ed. Seção 1, p. 79. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019a. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 15 de outubro de 2021.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas.. Política Nacional Sobre Drogas. Brasil, 11 abr. 2019c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019.** Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm. Acesso em: 01 dez. 2021

BRASIL. **Portaria nº 340, de 30 de março de 2020.** Estabelece medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), no âmbito das Comunidades Terapêuticas.. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-340-de-30-de-marco-de-2020-250405535>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA.. **Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** 2019b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Quem Somos.** Disponível em: <https://www.conass.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Conheça a SENAD**. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conheca-a-senad>. Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Governo Federal. **Perfil das Comunidades Terapêuticas**. 2017. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça (MJ). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. 2ª ed. Brasília: MJ; 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 001**, Brasília, 31 de janeiro de 2018a. Pleno do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 30 e 31 de janeiro de 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>> Acesso em: 11 de outubro de 2021. » <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019a. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 15 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Grupo de trabalho com representantes do Ministério da Cidadania, do CFM, da ABP, do Conass e do Conasems vai analisar e discutir as políticas de assistência psicossocial**. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10539>. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986. BRASIL. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

BRASIL. **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: participação social atropelada, de novo**. Boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV), Salvador, n. 15, p. 5-6, jan./fev. 2018.

BRASIL. **Observatório: crack, é possível vencer**. Brasil.gov.br, 2012. Acesso em: 24 de julho de 2021.

BRASIL. **Relatório Final III Conferência Nacional de Saúde**. https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf acesso em 21/06/2021.

BRASÍLIA. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. 2018. Elaborada por Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público Federal. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 27 out. 2021.

BRASÍLIA. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O CONASEMS**. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/institucional/o-conasems/>. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária À Saúde. **Consultório na Rua**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>. Acesso em: 19 out. 2021.

CARLINI-MARLATT, Beatriz *et al.* Redução de danos: uma abordagem de saúde pública. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Curitiba, v. 52, p. 381-386, 2003. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Temas_Revelantes/Reducao_de_Danos_uma_abordagem_de_saude_publica1.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

CARVALHO, A. L.; AMARANTE, P. **Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros**. Saúde em Debate, Londrina, n. 52, p. 74-82, 1996.

CAVALCANTE, Rita Cássia. Social para a saúde mental sob a contrarreforma neoliberal. **Argumentum**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 36-43, 29 ago. 2020. Universidade Federal do Espírito Santo. <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.31658>. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/31658/21382>. Acesso em: 27 out. 2021.

CAVALCANTE, Rita. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita. (Orgs.). **Religiões e o paradoxo apoio social - intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**, 1. ed., São Paulo: Hucitec, 2019, p. 245-307.

COMITÊ ORGANIZADOR DA FRENTE ESTAMIRA DE CAPS: RESISTÊNCIA E INVENÇÃO. **Frente Estamira de CAPS: resistência e invenção**. Resistência e Invenção. 2019. Disponível em: <https://resistenciaeinvencao.wpcomstaging.com/quem-somos/>. Acesso em: 20 set. 2021

CONAD – CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Política nacional sobre drogas**. Brasília: Conad, 2005.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Acessado em 20 de junho de 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

CORREIO BRAZILIENSE: Governo estaria planejando encerrar programas de saúde mental do SUS. Brasília, 08 dez. 2020. Disponível em: <https://www.correio braziliense.com.br/brasil/2020/12/4893610-governo-estaria-planejando-encerrar-programas-de-saude-mental-do-sus.html>. Acesso em: 18 out. 2021.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber e; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2020, v. 18, n. 3 [Acessado 11 Outubro 2021], e00285117. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>>. Epub 15 Jul 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. **Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, v.16, n.12, p.4701-4706. 2011.

Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos. Roseni Pinheiro, Ana Paula Guljor, Aluisio Gomes da Silva Junior e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.) 1ª edição / novembro 2007.

DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília: [s.n.], 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 17 out. 2021.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. **Estudos de Sociologia**, [S.l.], v. 1, n. 18, mar. 2013. ISSN 2317-5427. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, Silene de Moraes; MOREIRA, Talita Freire; CALVENTE, Verônica Massari. **A CRIMINALIZAÇÃO DA QUESTÃO SOCIAL E A EMERGÊNCIA DO ESTADO PENAL**. 2005. Disponível em: http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/senior/RESUMOS/resumo_573.html. Acesso em: 27 out. 2021.

FRENTE ESTAMIRA DE CAPS (Rio de Janeiro). **Frente Estamira de CAPS: resistência e invenção**. Resistência e Invenção. Disponível em: <https://resistenciaeinvencao.wpcomstaging.com/quem-somos/>. Acesso em: 07 jul. 2021

GALVÃO, Rodrigo (São Paulo). **SUS: Como nasceu e o que representa para a saúde pública?**. 2021. Publicada pelo Centro de Liderança Pública. Disponível em: <https://www.clp.org.br/sus-como-nasceu-e-o-que-representa-para-a-saude-publica-brasileira-2/>. Acesso em: 29 out. 2021.

GARCIA, M. L. T. **O financiamento federal da saúde mental após o Pacto da Saúde**. Libertas, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, 2011. Disponível em: . Acesso em: 09 jun. 2018.

GARCIA, M. L. T. **O financiamento federal da saúde mental após o Pacto da Saúde**. Libertas, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, 2011. Acesso em: 28 de julho de 2021.

GARCIA, MLT; LEAL, FX; ABREU, CC. **A política antidrogas brasileiras: velhos dilemas**. Psicol Soc 2008; 20(2):267-276.

GOFFMAN, E. (1987). **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva.

GOMES, Tathiana Meyre da Silva; PASSOS, Rachel Gouveia; FARIAS, Jessica Souza de; ARAUJO, Giulia de Castro Lopes de. As comunidades terapêuticas brasileiras e a pandemia do novo coronavírus. In: GOMES, Tathiana Meyre da Silva; PASSOS, Rachel Gouveia; DUARTE, Marco José de Oliveira. (Org.). Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do Serviço Social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/livro-saude-mental>.

GOMES, Tathiana Meyre da Silva; PASSOS, Rachel Gouveia; FARIAS, Jessica Souza de; ARAUJO, Giulia de Castro Lopes de. **As comunidades terapêuticas brasileiras e a pandemia do novo coronavírus**. In: GOMES, Tathiana Meyre da Silva; PASSOS, Rachel Gouveia; DUARTE, Marco José de Oliveira. (Org.). Saúde mental e drogas em tempos de pandemia:

contribuições do Serviço Social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/livro-saude-mental>.

GULJOR, A. P. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

HEIDRICH, Andréa Valente. Isolados e aglomerados desde sempre: sobre a necessidade de avançar a luta pelo fim dos manicômios. In: GOMES, Tathiana Meyre da Silva; PASSOS, Rachel Gouveia; DUARTE, Marco José de Oliveira. (Org.). Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do Serviço Social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/livro-saude-mental>.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Grafline, 2001. Disponível em: https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2011.

IGOR NATUSCH. **24 de janeiro de 1923**: é publicada a lei eloy chaves, marco no desenvolvimento da previdência social no brasil. é publicada a Lei Eloy Chaves, marco no desenvolvimento da Previdência Social no Brasil. 2021. Publicada por Democracia e Mundo do Trabalho em Debate. Disponível em: <https://www.dmtemdebate.com.br/24-de-janeiro-de-1923-e-publicada-a-lei-eloy-chaves-marco-no-desenvolvimento-da-previdencia-social-no-brasil/>. Acesso em: 29 out. 2021.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e Cotidiano: o CAPS como Dispositivo de Desinstitucionalização. In: Pinheiro, R.; Guljor A. P.; Gomes A.; Mattos, R. A. de (ORGS.). Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, p.137-154. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-saude-mental.pdf> . Acesso em: 07/11/2021.

LIMA, R. C. C.; ROCHA, A. P.; VALE, J. B.; FONSECA, A.P. Políticas sociais sobre drogas: um objeto para Serviço Social brasileiro. Rev. Argumentum, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, n. 1, v. 7, p. 26- 38. jan./jul., 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4755/475547144005.pdf>

LOBOSQUE, AM. Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. **Loucura, ética e política: escritos militantes** São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

MARAZINA, Isabel Victoria. **A saúde mental pública na América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MARTINS, Beatriz Adura; COELHO, Daniela Albrecht; PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia. **(Ainda) Por uma sociedade sem manicômios: experiências do núcleo estadual da luta antimanicomial do Rio de Janeiro.** experiências do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5522/552256784015/html/>. Acesso em: 27 ago. 2021.

MARX, K. O capital: Livro I. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013. 894 p.

MINAS GERAIS. Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. Conselho Nacional de Saúde. **Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios.**: dirigido à população brasileira, em especial aos gestores (as), trabalhadores (as), usuários (as) e familiares do SUS e da saúde mental.. Dirigido à população brasileira, em especial aos gestores (as), trabalhadores (as), Usuários (as) e familiares do SUS e da Saúde Mental.. 2018c. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Comentarios_sobre_a_Portaria_3588.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mostra Fotográfica Programa De Volta para Casa: cartilha de monitoria.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MOREIRA, Juliano. **Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil.** Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dez. 2011. Acesso em: 18 de maio de 2021.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 191-203, mar. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000100026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/t3tdQn5xYx7S44QsbSMMwcp/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2021.

Organização Mundial da Saúde (1993). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas.

PECK, Jamie; THEODORE, Nik; BRENNER, Neil. **Mal-estar no pós-neoliberalismo.** Revista Novos Estudos. Março, 2012.

PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. **Desafios contemporâneos na luta antimanicomial: comunidades terapêuticas, gênero e sexualidade.** In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. Luta antimanicomial e feminismo: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017.

PINHO, Leonardo; PELAEZ, Elaine. **Psiquiatria de mercado e “redenção” via comunidades terapêuticas por trás da 2ª onda da contrarreforma psiquiátrica.** 2021. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/leonardo-pinho-e-elaine-pelaez-psiquiatria-de-mercado-e-redencao-via-comunidades-terapeuticas-por-tras-da-2a-onda-da-contrarreforma-psiquiatica.html>. Acesso em: 19 out. 2021.

PIRES, Ronaldo Rodrigues; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Vasconcelos EM, Cavalcante R. Religiões e o paradoxo apoio social/intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas. São Paulo: hucitec; 2019.. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26,

n. 8, p. 3371-3372, ago. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021268.06122020>

Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (2001). **Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados"**. In NICÁCIO, M. F. S. (Org.). *Desinstitucionalização*. (2 ed.). São Paulo: Hucitec, p.17-60, 2001.

ROTELLI, Franco. **Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste**. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE PASSOS (Minas Gerais). **A História Das Santas Casas**. 2016. Disponível em: <http://www.scmp.org.br/materia/61/a-historia-das-santas-casas>. Acesso em: 29 out. 2021.

SANTOS, CE; YASUI, S. **Muito Além do Caps AD: o cuidado no território e na vida**. In: Souza AC, Souza LF, Souza EO, Abrahão EL, organizadoras. *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil* São Paulo: Hucitec; 2016.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A DISPUTA SOBRE MODELOS DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL**. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9444>. Acesso em: 01 out. 2021.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. . **Nota de Repúdio à Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que dispõe “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. 2019. Disponível em: <https://crpsp.org/noticia/view/2314/nota-de-repudio-a-nota-tecnica-n-112019-cgmaddapessasms-que-dispoe-esclarecimentos-sobre-as-mudancas-na->. Acesso em: 15 out. 2021.

Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade/ Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, José Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (org.) – 2. ed. – São Paulo: Cortez. 2002.

Saúde/doença. In: AMARANTE, P; CRUZ, L.B. (Org.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 1996.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. *Sociologias*, [S.L.], n. 16, p. 20-45, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-45222006000200003>

SOUZA, T. P. **Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento**. 2007. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Niterói, 2007

VENTURINI, E. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

