



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Política Social

GABRIELA FERNANDES CHAVES

**TENSÕES E DISPUTAS FRENTE ÀS MANIFESTAÇÕES DA CONTRARREFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

BRASÍLIA
2022

GABRIELA FERNANDES CHAVES

**TENSÕES E DISPUTAS FRENTE ÀS MANIFESTAÇÕES DA CONTRARREFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Andréia Oliveira.

BRASÍLIA
2022

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ft Fernandes Chaves , Gabriela
TENSÕES E DISPUTAS FRENTE ÀS MANIFESTAÇÕES DA
CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA / Gabriela Fernandes
Chaves ; orientador Andreia Oliveira. -- Brasília, 2022.
192 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Política Social) --
Universidade de Brasília, 2022.

1. Saúde Mental. 2. Luta Antimanicomial. 3. Reforma
Psiquiátrica. 4. Contrarreforma Psiquiátrica. 5. Políticas
Sociais. I. Oliveira, Andreia , orient. II. Título.

GABRIELA FERNANDES CHAVES

**TENSÕES E DISPUTAS FRENTE ÀS MANIFESTAÇÕES DA CONTRARREFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Andreia Oliveira

Orientadora – SER/UnB

Dra. Jamila Zgiet Rodrigues Santos

Membro Titular Externo –SES/DF

Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa

Membro Interno não Vinculado ao Programa – IP/UNB

Profa. Dra. Maria da Glória Lima

Membro Suplente – FS/ UnB

Brasília, 27 de novembro 2021.

A todas as pessoas que construíram essa trajetória comigo. Esta é uma conquista coletiva. Às minhas, aos meus e a quem esteve comigo. Aqueles que acreditam em uma saúde mental antimanicomial. A quem acredita comigo em outro lugar. A quem constrói todo dia com sensibilidade, a delicadeza e o afeto para todas as possibilidades de existência.

AGRADECIMENTOS

Chegar neste momento me faz rememorar todo o processo que vivi durante esses anos de mestrado. Pensei na impessoalidade para simbolizar os sentimentos e as sensações de toda essa construção, única forma de materializar as dificuldades e aprendizados que foram elaborados durante esses anos. Este trabalho faz parte de um processo coletivo, pois foram muitas lágrimas, risos, abraços, idas e vindas. Em suas variadas formas, essa dissertação faz parte de quem acreditou e apostou tudo aquilo que eu não apostei, de quem me vislumbrou nesse lugar que foi carregado de sentimentos e de vivências coletivas.

Além disso, tenho a agradecer pela força e resistência que surge no processo, que, inclusive, me permitiram engolir algumas leituras que me causam aversão cotidiana.

A gratidão se estende às pessoas, lugares e sensações, a quem me sustentou e sustentou comigo tudo aquilo que esse processo permitiu. A Deus, que me permite continuar e cuida de mim todos os dias.

À minha família, que sempre acreditou e apostou tudo aquilo que puderam no meu crescimento. Mais uma trajetória conquistada pelas possibilidades que vocês me proporcionam, primas, tias e, especialmente mãe, pai, João e Letícia, obrigada pelo apoio, suporte e confiança. Sem vocês o primeiro passo nunca seria possível, muito menos toda a caminhada.

Ao Ramon, que nos entaves me permitiu sensações e encontros fortalecedores em tantas situações. Pelo amor que está e, de alguma maneira, sempre permanecerá vivo. Que os nossos momentos sejam sempre uma linda lembrança em nossa memória.

Ao Programa de Pós-graduação em Política Social, que me trouxe caminhos de trocas, reflexões e discussões que me reviraram nesse construto acadêmico, não apenas como uma aluna em pós-graduação, mas também como pessoa, permitida a desnudar os olhares críticos e rumar novos horizontes.

Ao Programa Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola Superior de Ciências da Saúde, que, ao me apresentar o aprofundamento em saúde mental, trouxe aberturas para espaços que hoje são fundamentais na minha luta e na minha construção enquanto sujeito no mundo. Conhecer a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica me

fizeram melhor não apenas na ordem do conhecimento, mas na possibilidade de um mundo diferente. Me enche o peito poder construir uma sociedade sem manicômios.

Ao meu quarteto fantástico – Aline, Letícia e Marina –, responsável por me trazer vida durante uma trajetória que muitas vezes me mostrou tanta dureza em razão da inteligência e história de luta e de resistência. Vocês são o amor, o brilho e a fortaleza da minha vida. Quisera eu poder expressar o quão foram valiosas para mim nesses anos. Que orgulho ser amiga de mulheres tão extraordinárias, eu amo vocês demais!

À Jéssica Gillian, por trilhar esse caminho comigo com tantas trocas generosas e afetuosas. Acredite, você me inspirou todos os dias e fez com que essa viagem se tornasse mais leve. Você é incrível!

À militância antimanicomial que me proporcionou adentrar espaços, discussões e organização na luta. Aos companheiros e companheiras do Movimento Pró-Saúde Mental no DF e ao Coletivo Utopia Viva, coletivo de mulheres incríveis que me inspiram diariamente a continuar. Que me trouxeram paz em meio ao caos.

Ao Saúde Mental Revolucionária. Esse é o projeto do meu coração. Um encontro de almas que desaguaram em trocas, aprendizados e muitas aberturas. Pelas mãos, corpo e alma de Marina Thuane, que também possibilitaram toda a materialização desse trabalho. Você foi fundamental no processo e na finalização desse sonho.

Às minhas queridas que me ensinaram tanto o “manejo e vínculo”. Carregamos fardos, dores, mas muita alegria e satisfação nos tempos difíceis de residência. Ágatha, Giglienny e Jade, vocês são incríveis e inspiradoras! Crescer com vocês me fez enxergar leveza em tempos duros.

Aos meus amigos e camaradas, parceiros de vida, de luta, de profissão e amor, Matheus Trindade e Flávio Carvalho. Vocês são luz, afeto e revolução! Ter vocês na minha vida e no meu caminho faz mais sentido a cada dia.

À professora Dra. Andreia Oliveira, minha orientadora, pela disponibilidade de tempo, trocas e por toda a compreensão durante a escrita. A sua leveza, parcimônia e amplo conhecimento me permitiram trilhar e finalizar esse caminho. Gratidão por compreender meus caminhos pessoais e profissionais.

Gratidão a todos os amigos e amigas que me deram força, incentivo e acreditaram em mim. No suporte, na escuta, na permanência, esse trabalho também é fruto de vínculos que sustentam uma caminhada.

Não menos, gratidão ao Serviço Social, profissão que escolhi e que carrego em meio a tantos desmontes e desfavorecimentos. Que me possibilitou traçar um caminho que busca por uma sociedade mais justa. Aos colegas de trabalho que me ensinam todos os dias, àquelas mais presentes que me dão força e me acolhem.

Por fim, a todas as pessoas que perderam parte de suas vidas em manicômios e aos usuários e usuárias que me ensinaram tanto sobre luta, vida e resistência.

À Ana Montenegro

*Tem gente morrendo
No seco Nordeste
Tem gente morrendo
Nas secas estradas
Tem gente morrendo
de fome e de sede
Tem gente morrendo
Ana
Tem gente morrendo*

*Tem gente morrendo
Nos campos de guerra
Tem gente morrendo
Nos campos de paz
Tem gente morrendo
De escravidão
Tem gente morrendo
Ana
Tem gente morrendo*

*Tem gente morrendo
De angústia e de medo
Tem gente morrendo
De falta de amor
Tem gente morrendo
De ódio e de dor
Tem gente morrendo
Ana
Tem gente morrendo*

*Tem gente morrendo
Nas prisões infectas
Tem gente morrendo
Porque quer trabalho
Tem gente morrendo
Pedindo justiça
Tem gente morrendo
Ana
Tem gente morrendo...*

*Sim Ana
Tem gente morrendo...*

– Solano Trindade

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo investigar as principais inflexões contrarreformistas da Política de Saúde Mental (PSM) à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e o posicionamento ideopolítico de resistência e dos retrocessos de segmentos organizados. A construção da pesquisa se deu com subsídio no método materialista histórico-dialético, e os procedimentos metodológicos foram de caráter bibliográfico e documental. Analisou-se o acervo normativo do Ministério da Saúde, ancorando-se em subsídios de outras normativas, além disso, foram analisados os posicionamentos dos segmentos organizados no campo da saúde mental (RENILA, MNLA, ABRASME, ABP, FEBRACT) – que apresentam bastante incidência no processo de Contrarreforma Psiquiátrica (CP) – por meio de manifestações públicas em sites próprios, redes sociais e páginas públicas. E, também, foram identificados alguns impactos no financiamento. Nesse sentido, observou-se que o processo de contrarreforma não apenas materializa-se no campo normativo e orçamentário, mas se dá na ordem das narrativas que buscam fortalecer o paradigma manicomial ou, ao contrário, reforçam um projeto manicomial privatista e conservador. Constatou-se, ainda, que o posicionamento de tais segmentos organizados, os quais apresentam relevância histórica no âmbito dessa política, seja no sentido de vislumbrar o campo da atenção psicossocial, seja de manter os padrões da psiquiatria tradicional, constroem espaços de tensões e disputas na esfera da política de saúde mental e contribuem para a materialidade de uma Saúde Mental (SM) pautada em dois polos que divergem. Contudo, foi possível perceber que as forças de resistência que se constata no processo contrarreformista contribuem para minar os retrocessos, mas que se apresentam sob contradições da própria sociedade capitalista. No entanto, a análise permitiu compreender que algumas falácias são introjetadas para dar mote ao movimento da CP e que são fruto da própria lógica societária. Para tanto, compreende-se que as lutas no campo da saúde mental não devem ser compostas de forma endógena, porém precisam estar atreladas à transformação radical da sociedade manicomial para uma sociedade sem manicômios. Com isso, a reforma psiquiátrica e a Luta Antimanicomial não estão postas e garantidas, precisam ser cotidianamente construídas.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Luta Antimanicomial; Reforma Psiquiátrica. Contrarreforma Psiquiátrica; Políticas Sociais.

ABSTRACT

This dissertation aimed to investigate the main counter-reformist inflections of the Mental Health Policy in the light of the Brazilian Psychiatric Reform and the ideopolitical stance of resistance and setbacks by organized segments. The construction of the research took place with subsidy in the dialectical historical materialist method; the methodological procedures were bibliographical and documental; the normative collection of the Ministry of Health was analyzed, based on subsidies from other regulations; in addition, the positions of the segments organized in the field of mental health were formed (RENILA, MNLA, ABRASME, ABP, FEBRACT) - which had a high impact on the psychiatric counter-reform process - through public manifestations on their own websites, social networks and public pages.; and also some impacts in the field of financing. In this sense, it is observed that the counter-reform process not only materializes in the normative and budgetary field, but takes place in the order of the narratives that seek to strengthen the asylum paradigm or, on the contrary, reinforce a privatist and conservative asylum project. It was also found that the positioning of such organized segments, which have a history within the scope of this policy, either in the sense of envisioning the field of psychosocial care, or in the sense of maintaining the standards of traditional psychiatry, building spaces of tension and disputes in the mental health policy and contribute to the materiality of a mental health based on two poles that diverge. However, it was possible to perceive that the resistance frames that are found in the counter-reformist process contribute to undermine the setbacks, but that they present themselves under the contradictions of capitalist society itself. However, the analysis understands that some fallacies are introjected to set the tone for the counter-reform movement (psychiatric) and that they are the result of the societal logic itself. Therefore, it is understood that the struggles in the field of mental health should not be endogenously composed, but need to be linked to the radical transformation of the asylum society to a society without asylums. With that, the psychiatric reform and the anti-asylum fight are not established and guaranteed, they need to be built daily.

Keywords: Mental Health; Anti-Asylum Fight; Psychiatric Reform. Psychiatric Counter-Reform; Social Politics.

LISTA QUADROS

Quadro 1 – Instrumental de análise metodológica	38
Quadro 2 – Modelos de reforma e tentativas de aproximação na atualidade	70
Quadro 3 – Falácias que contribuem para a contrarreforma psiquiátrica.....	87
Quadro 4 – Direções centrais do manifesto de Bauru	103
Quadro 5 – Principais fontes de busca para identificar o posicionamento de segmentos	116
Quadro 6 – Resultados encontrados sobre o ano de 2011	117
Quadro 7 – Resultados encontrados sobre o ano de 2012	122
Quadro 8 – Resultados encontrados sobre o ano de 2013	126
Quadro 9 – Resultados encontrados sobre o ano de 2014	130
Quadro 10 – Narrativa diante da reforma psiquiátrica brasileira	135
Quadro 11 – Resultados encontrados sobre o ano de 2015	135
Quadro 12 - Resultados encontrados sobre o ano de 2016.....	141
Quadro 13 – Resultados encontrados sobre o ano de 2017	144
Quadro 14 – Resultados encontrados sobre o ano de 2018	150
Quadro 15 – Resultados encontrados sobre o ano de 2019	157
Quadro 16 – Resultados encontrados sobre o ano de 2020	162
Quadro 17 – Narrativas centrais dos segmentos.....	169

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Normativas basilares no campo da saúde mental.....	90
Figura 2 – Normativas que compõem a chamada “Nova Política de Saúde Mental”	91
Figura 3 – Militantes na ocupação Fora Valencius	137
Figura 4 – Posicionamento de confluência entre os segmentos conservadores	140
Figura 5 – Posicionamento de confluência entre os segmentos antimanicomiais (movimentos sociais).....	140
Figura 6 – Militantes em luta pelos 30 anos de Bauru	147

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Crescimento de CAPS entre 2001 e 2020	94
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIPD	Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ABS	Abstinência
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas
CAPS AD IV	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEREDEQ	Centro de Referência em Dependência Química
CESMG	Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGMAD	Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CIT	Comissão Intersetorial Tripartite
CMAD/MS	Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNR	Consultório na Rua
CONAD	Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSAM	Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde
COVID-19	Coronavírus
CP	Contrarreforma Psiquiátrica
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CRP-PR	Conselho Regional de Psicologia do Paraná

CRR	Centros Regionais de Referência
CT	Comunidade Terapêutica
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DF	Distrito Federal
DH	Direitos Humanos
DQ	Dependência Química
DSM	Manual Diagnóstico de Saúde Mental
ECT	Eletroconvulsoterapia
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECSM	Encontros Catarinense de Saúde Mental
Enala	Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial
ENMLA	Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Enufa	Encontro Nacional de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial
ETM	Estimulação Transcraniana Magnética
FASM	Frente Ampliada de Saúde Mental
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FT	Força de Trabalho
HP	Hospital Psiquiátrico
IF	Indústria Farmacêutica
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LA	Luta Antimanicomial
LAPS	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais e Travestis
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MDS	Ministério da Cidadania
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
PNAD	Política Nacional sobre Drogas

PSM	Política de Saúde Mental
PS	Política Social
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Plano Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RDP	Revista Debates em Psiquiatria
RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBNp	Sociedade Brasileira de Neuropsicologia
SMD	Saúde Mental em Dados
SM	Saúde Mental
SPA	Substância Psicoativa
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UA	Unidades de Acolhimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	CAPÍTULO I	25
2.1	SOBRE O MÉTODO E A PESQUISA EM SAÚDE MENTAL.....	25
2.1.1	Materialismo histórico-dialético e o campo da saúde mental	25
2.1.2	Considerações Metodológicas	31
3.	CAPÍTULO II	40
3.1	O ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	40
3.2	O ESTADO MANICOMIAL NA SOCIEDADE CAPITALISTA	40
3.3	POLÍTICAS SOCIAIS E A LÓGICA MANICOMIAL	49
3.3.1	Contrarreformas do Estado e as suas reproduções nas políticas sociais	60
4.	CAPÍTULO III.....	67
4.1	INTERFACES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	67
4.1.1	Dos modelos de atenção à saúde mental: como foi e como é	68
4.1.2	Reutilizações manicomiais e a barbárie das violações	78
4.1.3	O sofrimento capitaneado pelo neoliberalismo	84
4.1.4	A Contrarreforma Psiquiátrica	88
4.1.5	Campo Normativo e do Financiamento	89
5.	CAPÍTULO IV	97
5.1	Entre resistências, enfrentamentos e desmontes	97
5.2	A Saúde Mental e a Luta Antimanicomial.....	98
5.3	Sociedade neoliberal e as mudanças na conformação da participação social.....	105
5.4	Rupturas e Novos Horizontes.....	109
5.5	E agora? O que temos?	113
5.5.1	2011.....	117

5.5.2 2012.....	122
5.5.3 2013.....	126
5.5.4 2014.....	130
5.5.5 2015.....	136
5.5.6 2016.....	142
5.5.7 2017.....	145
5.5.8 2018.....	151
5.5.9 2019.....	158
5.6 (In) surgimento de uma pandemia.....	162
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
REFERÊNCIAS	176

INTRODUÇÃO

“Eis o grito do socorro sem o objeto gritante, gemido de criança estuprada. Eis o objeto gritante sem grito de socorro. E se mão amiga estende o abrigo, eis o abrigo devorado, e a mão. Ei-la colocando na mão que a saúda e a tira da areia movediça, o punhal e o pedido de eutanásia. A mão não fere e a esquece. E eis que sobre a areia ela flutua sua vingança.” – Maura Lopes Cançado

Apresentar um trabalho ao leitor não é uma tarefa fácil. É o momento em que se demonstra por que o seu escrito contém elementos que vão interessar ou destacar pontos de disposições comuns. Esta pesquisa, além de propor alcançar o título de mestre, intui destacar novas leituras e olhares ao campo da saúde mental. A trajetória condensada na constituição deste trabalho envolve estudos, abstrações, reflexões, mas também se costura com a luta construída durante esses anos, a qual localiza esta dissertação como constituinte de um caminho na compreensão da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira de maneira crítica.

Todas as conquistas do último século no Brasil se fizeram mediante muita luta, e não foi diferente na saúde mental. Esse processo envolveu pontos de partida e definições que não aceitam discurso de neutralidade, mas demandam posturas críticas dos segmentos que constituíram, e sabedoria histórica para resgatar e validar direitos que estão sendo desmontados, como bem ressaltou Vasconcelos (2016).

Nesse sentido, compreende-se a saúde mental como um campo inserido na luta de classes, que se constitui de qualidade teórico-conceitual e se constrói por preceitos políticos e de militância, permeados por uma concepção crítica, mas que ainda não se fez hegemonicamente nessa seara (VASCONCELOS, 2016). Diante de uma percepção não aligeirada, a qual busca compreender as nuances do que vem ocorrendo nos últimos anos na saúde mental, percebe-se este cenário localizado na disputa de poder e interesses que ocorrem não só na saúde mental, mas nas políticas sociais e no próprio Estado, Estado este que é atravessado de contradições e que, ao viabilizar possibilidades no campo dos direitos, precisa estar sendo favorecido pela e favorecendo a classe dominante.

É na direção dessas contradições que também se dispõe a reforma psiquiátrica brasileira. O constructo de um novo lugar social para a loucura é penetrado por contrastes: por um lado, um campo que luta por uma “sociedade sem manicômios”, como foi explicitado no

Manifesto de Bauru (1987), e por outro, a continuação de uma pauta centrada no modelo de Hospital Psiquiátrico, travestido de humanização. Diante disso, a reforma psiquiátrica brasileira é conformada por limites de um movimento que em alguns momentos também se esqueceu que essa mesma luta deve estar atrelada a uma transformação radical da sociedade.

Nesse sentido, o movimento da luta antimanicomial se apresenta como movimento social, e faz-se importante ao alinhamento com outros movimentos para que se legitime. É preciso evocar a revolução ao que tangem as mudanças no campo da saúde mental, como Amarante (2007) fez. Por assim dizer, a reforma psiquiátrica não se reduz à área normativa e/ou institucional, mas também agrega um fazer que busque introduzir novas relações da sociedade com o sofrimento e com as pessoas que sofrem (AMARANTE, 2016). Por isso, parte-se do pressuposto de que, mesmo unificadas, a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica podem se constituir como categorias diferentes.

Diante disso, há dois pontos principais a se revelar na trajetória da pesquisa. A luta antimanicomial abarca a construção de uma nova sociedade, uma vez que esse modo de produção é compreendido como produtor e reproduzidor de todas as formas de manicômios. Então, essa luta é intrínseca à construção de outra ordem societária e de um novo modo de vida que se deve estar alinhado a diversas outras bandeiras de luta. Dentro dessa compreensão, cabe à reforma psiquiátrica estar concebida no bojo da luta antimanicomial, que vai transitar pela saúde mental numa concepção coletiva, atrelada à determinação social do processo saúde-doença, e não a entendendo de forma estanque, mas incorporada a todas as dimensões da vida em sociedade. As duas categorias estão amalgamadas, porém na ordem categórica compõem a síntese dialética do movimento (IANNI, 2011).

Ademais, o constructo ontológico é necessário para compreender como a teoria impacta cotidianamente de maneira política na construção de uma política social. À vista disso, adota-se a categoria *sofrimento* nas discussões deste trabalho, por apontar uma concepção crítica acerca da saúde mental, dos pressupostos de ordem psíquica, mas que não é uma utilização acrítica, uma vez que já se sabe que nem tudo da loucura é sofrimento, caso contrário, será atribuído o mesmo lugar aqueles que utilizam-se da categoria “doença mental”.

Em face do exposto, utilizar os preceitos marxistas e marxianos para traçar a linha de pesquisa foi crucial para compreender tais categorias não de maneira flutuante, mas quais as suas interferências no cotidiano da saúde mental. Toda a estruturação da dissertação é calcada

partindo dos pressupostos da teoria social crítica, do materialismo histórico-dialético que dá subsídio para compreender as contradições que por ora serão analisadas.

Esse caminho traçado permite compreender a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial como processos constantes, que desencadearam mudanças fundamentais, mas com diversos limites. Analisando isso dentro de uma totalidade que busca superar o modelo psiquiátrico tradicional, o rompimento com esse paradigma só é possível diante de uma sociedade que não se utiliza da loucura do sofrimento para gerar lucro e atender ao projeto privatista. Nesse sentido, o caminho é atravessado pela

necessidade da produção de uma nova cultura que reconheça a singularidade do louco como sujeito de direitos e a loucura como uma das diversidades da existência humana e o imperativo da construção de um novo lugar social para as pessoas que a experimentam (GOMES, 2013, p. 49).

No mesmo sentido, caminha o movimento de contrarreforma. Compreendem-se reforma e contrarreforma como coexistentes, uma vez que são processos continuados e não estanques em um período. Costa e Mendes (2020a), fazem um estudo sobre o processo de Contrarreforma Psiquiátrica e a crítica da econômica política, envolvendo os retrocessos no campo da saúde mental amplificados a partir de 2015, mas que tem suas raízes fincadas muito anteriormente do

processo de enxugamento orçamentário, remanicomialização e mercantilização [...] Trata-se de uma descontinuidade na continuidade do desenvolvimento da RP; uma expressão na SM da dinâmica neoliberal, que se intensifica em nossa realidade a partir de 2015, recrudescendo a expropriação e espoliação da classe trabalhadora e do Estado pelo capital (COSTA; MENDES, 2020^a, p.44).

Dessa forma, o campo da práxis demonstra que a forma como se concretizam as ações em saúde mental e como se articula a própria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) parte da própria constituição da nossa sociedade. A perspectiva manicomial é hegemônica e nunca deixou de existir, mas ora se arrefeceu pela luta travada diante do esforço antimanicomial. Em 2000, com os avanços na materialidade legal e de equipamentos e dispositivos de base comunitária, esse escopo percebe algumas mudanças. No entanto, o saber-fazer da psiquiatria sempre esteve aguçado na execução e operacionalização da política pública de saúde mental. O que Vasconcelos (2016) denomina de aligeiramento na implementação dos serviços – também muito em decorrência do movimento de neoliberalização – impacta futuramente na conformação da política.

A 4ª fase da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que se iniciou em 2010 e ainda está em voga, adquire novas características e estratégias para lidar com os desmontes que vão se condensando (VASCONCELOS, 2016). O que se denomina processo de Contrarreforma Psiquiátrica não se inaugura pontualmente, mas decorre de uma contrarreforma do Estado que tem suas reverberações em todas as políticas sociais e não menos na saúde mental. É com isso que atores se mostrarão favoráveis e pautarão o processo de Contrarreforma Psiquiátrica, e alguns criarão dinâmicas de resistência e enfrentamentos.

Muitas referências datam o processo de contrarreforma a partir do ano de 2015 por terem ocorrido alguns limites maiores na política nacional de saúde mental:

os canais de interlocução com o governo federal foram fechados e as decisões sobre as principais mudanças na política pública passaram a ocorrer de maneira unilateral, à revelia dos fatos, de dados que sustentam as alterações, das deliberações consolidadas por conferências temáticas e, mesmo, do controle social, a exemplo do CNS (DESINSTITUTE, 2021, p. 72).

Conquanto, compreende-se que não é possível criar um marco temporal para definir seu início, apenas demonstrar que existem aguçamentos e ampliações da retirada de direitos e desmontes de serviços, aumento da perspectiva asilar-manicomial, sobretudo por compreender a contrarreforma como um movimento e não com um fato pontual.

Ressalta-se que denominar esse campo conservador como asilar-manicomial já parte das observações realizadas no relatório do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, que se utiliza dessa categoria por compreender que os aspectos que não atravessaram para outro modo de saber-fazer ainda carregam uma cultura de espaços asilares que reproduzem as práticas manicomiais. A partir dessas elaborações, observa-se que existem campos que estão na defesa intransigente da vida, das existências e de outra sociedade, e confluem com a luta antimanicomial; já um outro campo se alinha ao projeto privatista, conservador e manicomial, que contribui para desembocar na Contrarreforma Psiquiátrica.

Aqui, optou-se por denominá-los *segmentos*, sejam aqueles do campo manicomial ou do campo antimanicomial. Utiliza-se essa categoria, pois alguns estão no campo dos movimentos sociais, outros em associação e federação, mas desenharam uma ótica de saúde mental que incide diretamente na execução da política, tanto na ordem do financiamento, normativa, e também de disseminação de uma concepção que deixa vidas sob alcunha de seus interesses. São entidades da sociedade civil organizada, representadas no estudo por aquelas

com incidência na área da saúde mental e com expressividade nacional, pró ou contra a reforma psiquiátrica brasileira, a saber: entidade do campo profissional (Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP), movimentos sociais (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA; Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLA; Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME) e uma federação que contempla a posição das Comunidades Terapêuticas (CTs) (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT).

Nesse sentido, a pesquisa aponta para a importância desses segmentos no repertório que se cria para a saúde mental, como também os mecanismos de validação ou na busca de superação da contrarreforma. Associar a análise do curso da política de saúde mental a uma perspectiva crítica requer um olhar aprofundado para a constituição da loucura na sociedade e como ela vem tomando formas e modelos de acordo com as necessidades da classe dominante. Quando Marx (1858) discorre sobre o crescimento da loucura na Grã-Bretanha, apontado em dados o quantitativo de loucos asilados, já se sabe sobre um comércio da loucura e o tratamento que era designado aos pobres loucos. Diante disso, o autor consegue demonstrar como os internamentos serviam de pontos grandes de lucro.

Não obstante, os modelos em saúde mental ora se consolidam para avançar na reforma psiquiátrica, ora para manter o *status quo* e a sua condição de exploração. Nisso, os segmentos antimanicomiais são fundamentais para o rompimento com as estruturas manicomiais, conforme aponta Basaglia (1979), que proclamou a superação dos hospitais psiquiátricos, a qual só seria possível a partir da mobilização da classe trabalhadora, abrangendo os sindicatos, partidos de esquerda e lutas populares como aparato para o alcance desse objetivo.

Diante disso, a estruturação deste trabalho busca fornecer subsídios por meio da teoria marxista, a fim de analisar a localização do campo da saúde mental no bojo da sociedade capitalista e como a sua conformação no modelo neoliberal amplia e gera processos de sofrimento e o utiliza como muleta. Além disso, procura demonstrar como se instaura o movimento de Contrarreforma Psiquiátrica e como ele vem sendo pautado. Diante disso, serão apresentadas as tensões e as disputas que ocorrem frente ao movimento/processo da CP.

Nesse sentido, a compreensão de saúde mental adotada, compreende-a enquanto campo de produção de conhecimento e trabalho e também enquanto dimensão e produção da vida, uma debruçando-se sobre a outra, de onde emergem contradições e disputas.

Desse modo, a dissertação se estrutura, além da introdução, em quatro capítulos. O primeiro capítulo discorre sobre a relação entre método marxista e a saúde mental, elabora o caminho de análise em consonância com a crítica dialética. Nesse sentido, demonstram-se os procedimentos metodológicos adotados para a execução da pesquisa. No segundo capítulo, apresenta-se a relação do Estado capitalista, das políticas sociais e de saúde mental com a lógica neoliberal e a conexão das condições subjetivas e objetivas de vida. O terceiro capítulo apresentará as manifestações da contrarreforma do Estado e suas implicações para Contrarreforma Psiquiátrica, sobretudo no campo normativo e do financiamento, bem como os elementos que são utilizados para validar esse movimento. Por fim, o último capítulo discorrerá sobre a reação dos segmentos organizados frente à CP, de modo a pautá-la ou a criar mecanismos de enfrentamento, bem como delinear como se cria o cenário de tensão e disputa nesse campo.

CAPÍTULO I

2.1 SOBRE O MÉTODO E A PESQUISA EM SAÚDE MENTAL

O conhecimento científico, como força instrumental do desenvolvimento da sociedade, constitui-se objeto de disputa de interesses. Os interesses sociais de classes são radicados nas determinações e relações fundantes da vida social, formatada pelas relações de produção e reprodução social [...] é bem verdade que há problemas muito sérios de ordem não apenas teórico-política, mas também teórica no campo da produção do conhecimento. Desvendá-lo supõe transpor as armadilhas dos modismos acadêmicos, compreendê-los exige a recusa absoluta das aparências imediatas dos fenômenos e, ao mesmo tempo, realizar a árdua tarefa do conhecimento da realidade, que se constrói a partir da remissão do empírico ao abstrato e deste ao concreto, isto é, apreender as determinações históricas do que está em curso, com as armas da crítica exaradas pela teoria filosófica do materialismo histórico-dialético (SANTOS, 2018, p. 275).

Este capítulo busca exprimir o método utilizado para tecer as análises desta dissertação, o qual também sustentará as arguições apresentadas ao longo de todo o trabalho desenvolvido. Demonstra, também, o percurso e os procedimentos metodológicos adotados que deram materialidade ao desenvolvimento desta pesquisa, assim como a correlação da teoria marxista como subsídio para análises no campo da saúde mental.

2.1.1. Materialismo histórico-dialético e o campo da saúde mental

Este trabalho tem como objetivo geral investigar as principais inflexões contrarreformistas da Política de Saúde Mental à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o posicionamento ideopolítico de resistência e retrocessos de segmentos organizados. Para construir esse percurso, adotou-se o materialismo histórico-dialético como método de análise, com intuito de manter o rigor teórico-analítico como oposição ao neoconservadorismo (NETTO, 2011a).

Conforme aponta Brown (2017), o neoconservadorismo é compreendido como uma convergência ao neoliberalismo – que será mais bem explanado posteriormente –, ainda que pareçam dissonantes. Constituem-se pela desvalorização dos preceitos de liberdade política,

igualdade e cidadania e pela exaltação dos princípios de mercado, valorizando o Estado para a manutenção de suas convenções morais. Segundo o autor, o neoconservadorismo solapa a democracia por meio da relação simbiótica com o neoliberalismo.

Em contrapartida, o método marxista se costura pela relação indissociável entre análise científica da realidade histórica e social e a perspectiva radical e transformadora (MARX, 2012). O sujeito torna-se ativo no processo de pesquisa, afasta-se da concepção de neutralidade e de elaborações reducionistas acerca do método no campo das ciências sociais, permitindo a relação entre sujeito e objeto, desviando-se da lógica formal, que nega as contradições da sociedade. No entanto, o objeto é aquilo que é independente do sujeito (NETTO, 2011a). A realidade produzida não depende do que se cria nas representações do pensar.

A pesquisa, a partir da perspectiva histórica e dialética, referencia-se em três categorias centrais, **a totalidade, a contradição e a mediação**, que, interligadas mútua e dialeticamente, permitem a aproximação da realidade pesquisada, a compreensão do seu nexo interno e a essência de suas determinações. O objeto na perspectiva da totalidade é constituído por meio de relações conectadas entre si, em movimento dialético e não linear e de causalidade e, por isso, caracterizado por contradições. A mediação é responsável por fazer a relação, ou seja, o elo entre as variadas tonalidades que compõem o objeto (KOSIK, 2002).

O ponto de vista da totalidade, conforme permite analisar Lukács (1979), nos traz a compreensão da realidade concreta a partir da sua concepção ontológica do ser social. Marx adota um repertório crítico para analisar o modo de produção capitalista, que proporciona a base para o caminho de investigação no campo da saúde mental, suas inflexões e maneira como a construção do posicionamento de resistência ou daqueles que se adequam ao *modus operandi* vêm se consolidando ao longo dos anos.

Em Marx, a crítica do conhecimento acumulado consiste em trazer ao exame racional, tornando-os conscientes, os seus *fundamentos*, os seus *condicionamentos* e os seus *limites* – ao mesmo tempo em que se faz a verificação dos conteúdos desse conhecimento a partir dos processos históricos reais (NETTO, 2011a, p. 18, grifos do autor).

O aprofundamento teórico tem como exigência conhecer o objeto tal como ele é a partir do movimento real. Para tal, o método não se separa da Teoria Social Crítica de Marx. O objetivo é atravessar a aparência para chegar à essência do objeto. Esse processo se dá

partindo do universal ao singular, passando pela mediação do particular. Parte-se do mais amplo com o intuito de alcançar a unidade central, ou seja, o concreto pensado. O alcance dessa unidade menor é o abarcamento da essência. Nesse processo a aparência não é descartada, ao contrário, ela é elemento indutivo para apreensão da essência do objeto por meio da síntese.

O objetivo do pesquisador, indo além da aparência fenomênica, imediata e empírica – por onde necessariamente se inicia o conhecimento, sendo essa aparência um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável –, é apreender a *essência* do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese (NETTO, 2011a, p. 22, grifo do autor).

Na conexão do método com o objeto desta pesquisa, observa-se, em grande quantidade, a centralidade das discussões no campo da saúde mental focada no âmbito da *doença mental*, o que contribuiu para a construção de uma hegemonia histórica na relação com a política referida. A redução dos estudos em saúde mental a essa linha, ou a não consideração de proposições sobre um novo método de análise e um novo olhar para o campo da SM, limita-se a um processo de abstração acrítica que não leva em conta as dimensões que se dão no interior das políticas sociais e nega o processo dialético, bem como os interesses de classes postos nessa disputa de saberes que cria dois campos opostos no âmbito da Política de Saúde Mental (PSM), que se dá na esfera dos paradigmas¹: manicomial *versus* atenção psicossocial (AMARANTE, 2007).

Salienta-se aqui a compreensão de Saúde Mental que vai além da doença (tanto sua presença, quanto a sua mera ausência), da hegemonia psiquiatrizante e psychologizante e localiza-se na construção coletiva a partir da estruturação das relações históricas (MARTÍN-BARÓ, 2017).

Desconsiderar as mudanças na esfera da saúde mental, sobretudo aquelas que dão base ao processo de Contrarreforma Psiquiátrica, é negar o caráter dialético da realidade e permitir uma produção de saberes de forma estanque e linear. A ampliação dos olhares e a percepção sobre os antagonismos de classe é colocada a partir do aparente, mas encaminham-se para o

¹ Aqui, não se busca ater à discussão sobre paradigmas. Os estudos de Khun (2000) e Ianni (1991) poderão dar maiores subsídios a essa discussão.

olhar da totalidade complexa, não de maneira isolada e repartida, mas com o espectro do todo, objetivando maior acurácia no estudo,

o método de Marx não resulta de operações repentinas, de intuições geniais ou de inspirações iluminadas. Antes, é o produto de uma longa elaboração teórico-científica. Amadurecida no curso de sucessivas aproximações ao seu objeto (NETTO, 2011a, p. 28).

O ponto de partida da aparência se concebe com intuito de conhecer a totalidade, que é complexa, a partir do processo de aproximações sucessivas que projeta uma apreensão completa e não fragmentada, que se permite chegar até a essência do objeto:

o concreto é concreto, porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso, o concreto aparece no pensamento como o processo da síntese, como resultado, não como ponto de partida, embora seja o verdadeiro ponto de partida e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação (MARX, 2008, p. 258 e 259).

É essa totalidade que permite a compreensão da dialética da essência e da realidade, fugindo de concepções idealistas e trazendo as características da materialidade do real. Não nos atemos à totalidade mistificada ou à sua redução a uma mera exigência ou regra metodológica, o que direciona à anuição de radicalidade (KOSIK, 2002).

A compreensão da pesquisa por essa perspectiva demanda entender a inserção da saúde mental, da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no bojo da conformação societária, as interferências do modo não apenas de produção, mas de vida, na construção de políticas públicas e na oferta de (não) cuidado para pessoas em sofrimento. Além da direção dos posicionamentos hegemônicos engendrados por uma complexidade.

No que concerne à categoria mediação, fundamental para a constituição da pesquisa, a partir dela é possível fazer a interlocução entre complexos menores e complexos maiores, com o intuito de garantir a apreensão necessária do processo histórico social (PONTES, 2016). Fazer-se da interlocução entre as forças de produção e relação de trabalho, e as estruturas ideopolíticas, conforme aponta Marx (1993), é construir essa mediação e buscar direcionar para essas análises em diversas searas, como a saúde mental.

Deter o materialismo histórico-dialético para a constituição desta pesquisa equivale a um desafio, tendo em vista as divergências que se dão no campo da pesquisa em saúde mental e as bases de análise marxistas. No campo da saúde e da saúde mental, historicamente, as

pesquisas foram conduzidas por uma ótica positivista e de neutralidade na análise do objeto. Cabe lembrar que Amarante (2007) já apontava essas vertentes como conduto das pesquisas em saúde mental, especialmente a vertente positivista.

Basaglia (1985) afirma haver uma crise do sistema psiquiátrico como sistema científico e institucional, visto que os questionamentos pairavam na realidade institucional daquele momento. Havia uma crise científica acerca do conceito de doenças e da forma como se assentavam as práticas institucionais. Esse olhar já permite depreender as possibilidades de análises a partir do materialismo histórico.

A tradição marxista e a saúde mental apresentam interlocuções desde as primeiras experiências de reformas. Na experiência das Comunidades Terapêuticas de Maxwell Jones, que se iniciou em 1959 na Inglaterra, Franco Basaglia já tinha inclinações à vertente marxista e promoveu mudanças que induziram ao processo de transformação societária. Franco Rottelli também já questionava a raiz da segregação manicomial, a qual não se fundamentava apenas no interior dos manicômios. Na psicoterapia institucional francesa, iniciada por François Tosquelles em 1952, seu aluno de residência, Frantz Fanon, tinha uma sólida orientação marxista, já construindo denúncias ao caráter totalizador da psiquiatria (AMARANTE, 1995). No entanto, a hegemonia se deu por base de um campo conservador e manicomial, que também se matiza com o modo de pensar capitalista e de influência positivista, que precisa superar a superficialidade e a heterogeneidade (PONTES, 2016). É, portanto, possível apreender essa percepção na atualidade quando a manicomialização assola com mais vigor as análises que também direcionam a condução das políticas sociais, podendo ser observado através do processo de Contrarreforma Psiquiátrica (COSTA; MENDES, 2020a).

Pontes (2016) apresenta bem como se dá essa polarização do conhecimento científico. Para o autor, existem duas frentes: a primeira, que aqui pode ser enquadrada no campo da doença mental e das abordagens manicomiais, que seria uma

busca em compreender o funcionamento da sociedade e das estruturas que a compõem, com a finalidade de controlar, corrigir e reformar as disfunções das relações sociais, contribuindo para que o mais avançado modo de organização socioeconômico (sistema capitalista) que a humanidade conquistou se mantenha garantido nas suas formas gerais e no seu aperfeiçoamento necessário (PONTES, 2016, p. 41).

Tal abordagem concerne ao campo que historicamente se deu sob a hegemonia do saber-fazer no campo da saúde mental². A segunda abordagem tangencia num trânsito oposto, que se dá sob as bases contra-hegemônicas no campo das perspectivas antimanicomiais e atrela o saber à transversalidade e à atenção psicossocial³,

concepção diametralmente oposta, buscando não só conhecer os processos históricos, que estruturam o ser social burguês, bem como suas leis tendenciais históricas, como também apontar as forças sociais, políticas, culturais etc. de dissolução desta ordem social (PONTES, 2016, p. 41).

O intuito de explicitar esse contrapondo é demonstrar o processo elucidativo do entendimento sobre como o método (indissociável da teoria) se constitui no campo do saber e sua relação com o objeto em estudo, e como a correlação de forças se coloca no âmbito teórico-metodológico e também dá materialidade ao real.

Ainda sobre a mediação e sua capacidade em apreender o real, a partir da relação com o movimento contraditório da história, é possível se debruçar sobre concepções críticas, ainda que hegemonicamente atacadas (PONTES, 2016). A obra lukasciana (1979) apresenta a mediação como central para avaliar qualquer realidade, independente do sujeito.

No âmbito das políticas sociais, as quais se colocam sobre demandas interventivas, em que a saúde mental também se concentra como um campo, a mediação se faz fundamental para construir o processo de apreensão do real, atendendo aos cursos históricos fundamentais para a compreensão dos aspectos que vão criando concretude na atualidade (PONTES, 2016)⁴. Os fundamentos epistemológicos dessas pesquisas apoiam-se nos aportes teóricos e metodológicos que se distanciam da objetividade das ciências naturais.

Essas mediações só são possíveis a partir do movimento dialético, que não apenas tem capacidade de apreender o real, mas de transformá-lo. É nesse movimento que se consegue compreender o fenômeno, que conduz diretamente a essência. Nesse caso, entender as nuances da CP parte de conhecer o aspecto da totalidade.

² Aqui, no caso, seria no campo da doença mental, que perpetua até os dias atuais, como já aponta Amarante (2007).

³ Vasconcelos (2010) mira na direção transversal que deve se dar a construção da saúde mental pelo paradigma da atenção psicossocial.

⁴ Assim como sugere Pontes (2016), a ideia não é fragmentar as categorias que dispõem do método, apenas compreender o seu movimento no âmbito da análise aqui construída.

Portanto, dentro das imbricações das categorias **dialética** e **totalidade**, a partir do desvelar do fenômeno (aparência), a essência pode ser alcançada, deixando o campo da imediaticidade e partindo para o mediato. Esse movimento não é automatizado, pois a aparência demonstra diretamente a essência, mas é necessária a transferência de ultrapassagem do aparente, que só é possível a partir da elaboração do real. Essa mediação se constrói em um processo dialético a partir de um olhar de totalidade, compreendendo os transursos que nela se implicam. Esse movimento de chegar ao concreto e sair do abstrato só é possível por meio do próprio recurso de abstração, que se dá pela busca da jornada de suas determinações, dissolve o imediato e aponta para o mediato, o concreto (KOSIK, 2002; MARX, 2008; NETTO, 2011a).

Partindo do pressuposto que a essência não é inerte, mas é captada por um desenvolvimento dialético, é preciso compreender como o objeto se dá concretamente, ultrapassando a sua superficialidade. Analisar a Contrarreforma Psiquiátrica, suas nuances e como isso vem sendo pautado por segmentos organizados não se faz apenas a partir do que está posto e muito menos do que se vê, e fica evidente no âmbito empírico, mas cabe constar um olhar de relação com essas categorias de forma imbricada, tendo como direção a indissociabilidade da teoria e do método.

Desenvolver um estudo sobre as tensões e disputas frente às Manifestações da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira não passa apenas por sistematizar como se dá esse movimento, e muito menos unicamente explicitar opiniões como conduz a tradição positivista. Ao contrário, o objetivo é conhecer o objeto da forma como ele realmente é, capturando sua estrutura e dinâmica, apresentando um olhar para o contexto e conjuntura do Brasil. Para tanto, é importante a superação do obscurantismo que se coloca perene nesse momento de desqualificação da razão crítica.

2.1.2. Considerações Metodológicas

A produção, para ser desenvolvida e passar pelo processo de abstração que permite à pesquisadora chegar ao concreto pensado, precisa dispor de alguns caminhos. Para construir a dissertação “Tensões e Disputas Frente às Manifestações da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira”, adotou-se uma pesquisa de natureza bibliográfica e documental. Buscou-se realizar uma análise histórica do fenômeno estudado, adentrando a realidade concreta,

concatenando as informações teóricas e empíricas que busquem explicar o problema levantado e responder a seguinte questão: **quais as principais manifestações da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil e as principais reações dos segmentos organizados?**⁵

O objetivo central do estudo consistiu na investigação das principais inflexões contrarreformistas da Política de Saúde Mental à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o posicionamento ideopolítico de resistência e retrocessos de segmentos organizados.

Como objetivos complementares, a pesquisa contemplou: identificar a construção da Política de Saúde Mental no Brasil e as características contrarreformistas; explorar o acervo normativo do Ministério da Saúde referente à Política de Saúde Mental a partir de 2011, com o intuito de identificar as inflexões ocorridas e suas incidências na garantia do direito à assistência em Saúde Mental; explicitar as reações dos segmentos organizados na área da saúde mental, os argumentos ideopolíticos que as fundamentam, as estratégias de resistência, os alinhamentos manicomial, bem como os retrocessos na Saúde Mental.

Para tanto, foi utilizada a pesquisa de natureza qualitativa com a intenção de compreender o objeto em estudo a partir da realidade em que se encontra, da dinâmica social, conforme pressupõe Minayo (1993). É com isso que se constitui o objeto dessa pesquisa, *as manifestações da Contrarreforma Psiquiátrica e a reação dos segmentos organizados*.

Sendo assim, adota-se a luta antimanicomial no bojo da luta de classes (MARX; ENGELS 2014), e a partir da correlação de forças se estabelecem dois polos – manicomial e antimanicomial – que não deixam de ser contraditórios. Nesse sentido, faz-se necessário compreender a concepção de Estado adotada para construir a discussão sobre políticas sociais e, conseqüentemente, sobre a política de saúde mental.

No que tange à revisão bibliográfica, foi desenvolvida a partir da análise de livros, teses, dissertações e artigos que compõem as categorias definidas para o estudo da pesquisa. Utilizou-se a concepção marxista de Estado e, para isso, foram adotadas referências centrais que conduzem esse debate, como Marx e Engels (2008; 2014), Mandel (1982), Harvey (2006;

⁵ Quando se opta por utilizar o termo reação, não se refere somente a um campo de forças reacionárias, mas, também, como se reage e pauta o processo de contrarreforma.

2009) e Netto (2011a), que dialogam com outras referências que deram subsídios às análises da temática.

Em continuação, foi realizado o estudo sobre políticas sociais, com referência em Behring e Boschetti (2009), como orientação central em articulação com outros autores e autoras. Para os estudos no campo da contrarreforma, decidiu-se por Behring (2008) e Coutinho (2010), e na especificidade da CP, no campo das análises teóricas, elegeram-se Costa e Mendes (2020a).

No campo das particularidades da política de saúde mental, foram adotadas referências centrais que constroem o campo da luta antimanicomial e atenção psicossocial como Amarante (2005; 2007; 2018), Basaglia (1979; 1985), Rotelli (2001), Fanon (2020) e Passos (2015; 2017), sempre em consonância com outros teóricos que compõem o campo da saúde mental e adotam um caminho de análise crítica, sobretudo sob bases marxistas e marxianas⁶. Salienta-se que esses autores contribuem historicamente para sistematizar a história da saúde mental e necessariamente das suas propriedades no Brasil.

No que diz respeito à pesquisa documental, foram selecionadas legislações do Ministério da Saúde compreendidas entre o período de 2011 a 2020 para conformar o campo normativo que demonstra o percurso da política de saúde mental, desembocado na Contrarreforma Psiquiátrica. Sabem-se muitas referências que datam em 2015 o início do processo da CP, no entanto, desde a instituição da Rede de Atenção Psicossocial a partir da Portaria nº 3.088/2011, já existem contradições que dão abertura para o campo manicomial com a permissão de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas no rol de serviços elencados. Além disso, por ser compreendida como um *processo* e não como um fator isolado, entende-se o movimento de maneira constante e não pontual.

⁶ Amarante começou a demonstrar nos últimos anos a adoção da teoria marxista. O autor, que apresenta notória relevância no campo, nunca se aprofundou ou se deteu à análise marxista no campo da saúde mental, o que por ora, pode ter contribuído para a marginalização dessa perspectiva no cerne das discussões. No entanto, sempre caminhou por uma ótica crítica no campo da saúde mental e construindo a luta contra a psiquiatria hegemônica, fundamental para entender o desenvolvimento da saúde mental no Brasil. Em sua última fala, no 7º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em uma exposição sobre o processo de Contrarreforma Psiquiátrica, deixou nítida a necessidade de resgatar os conceitos marxistas para a luta antimanicomial.

Utilizou-se como aporte a Lei nº 10.2016/2001 para entender a construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as janelas que abrem possibilidades de retorno às práticas manicomialis. O documento Saúde mental em dados (2015)⁷, último anual elaborado na gestão de Roberto Tykanori, também serviu de subsídio para análise. Também foi utilizado o relatório de gestão do 2011-2015 do Ministério da Saúde (2016)⁸.

Para dados mais atuais, em razão da dificuldade de encontrar informações a partir do ano de 2015, foi utilizado o Painel de Saúde Mental elaborado pelo Desinstitute (2021), que vai dar subsídio para analisar dados a partir de 2015, devido as grandes dificuldades de encontrar informações sobre a política de saúde mental no que tange as questões orçamentárias a partir de 2015 (ONOCKO-CAMPOS, 2019; DESINSTITUTE, 2021).

Já as normativas definidas para a análise, são aquelas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde⁹, que vão dar materialidade ao processo de Contrarreforma Psiquiátrica, o que não excluiu o diálogo com uma série de outras normativas.

- **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**

Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

- **Portaria GM/MS nº 3.659/2018 de 16 de novembro de 2018**

Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA), leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos.

- **Portaria GM/MS nº 3.449/2018 de 25 de outubro de 2018**

⁷

Disponível

em:

https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁸ Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf> Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁹ Todas as normativas elencadas constam nesse endereço eletrônico e estão denominadas como “Nova Política de Saúde Mental”: Disponível em: <http://mds.gov.br/obid/nova-politicanacional-de-saude-mental> Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, e envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas.

- **Portaria GM/MS nº 2.434 de 15 de agosto de 2018**

Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Acesso em:

- **Portaria SAS/MS nº 544 de 7 de maio de 2018**

Define as diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências.

- **Resolução CONAD nº 1 de 9 de março de 2018**

Aprova as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD, programas, projetos e ações decorrentes estão sob a responsabilidade e gestão da União Federal.

- **Resolução CIT nº 36/2018 de 25 de janeiro de 2018**

Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade, que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde, considerando as políticas de atenção à saúde.

- **Portaria Interministerial nº 2 de 21 de dezembro de 2017**

Institui o Comitê Gestor Interministerial espaço permanente para a 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.

- **Portaria GM/MS nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017**

Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

- **Resolução CIT nº 32/2017 de 17 de dezembro de 2017**

Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Para alcançar o objetivo que propõe analisar o posicionamento de segmentos organizados, os argumentos ideopolíticos que os fundamentam, as estratégias de resistência ou de retrocesso e seus desdobramentos, bem como as tensões e disputas que se engendram, foram selecionadas algumas entidades que têm grande incidência no campo da saúde mental, tanto no sentido de resistir aos retrocessos, como de dar robustez e pautá-los como horizonte.

A escolha utilizada para seleção dos segmentos organizados se dá sob aqueles que têm grande influência na política de saúde mental, seja pautando o processo de contrarreforma, dando elementos para que ele se consolide e se posicionando de forma favorável aos serviços manicomiais, seja reagindo no sentido defensivo de resistência aos retrocessos.

Em um campo mais progressista, foram selecionados os dois maiores movimentos sociais nacionais da luta antimanicomial do Brasil: Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Vale citar a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), a qual também apresenta grande contribuição para pautar a luta, que se destaca pela sua criação e por unir profissionais de diversas categorias em uma associação, além da organização do Congresso Brasileiro de Saúde Mental e dos Fóruns intercalados.

No campo mais conservador, selecionamos a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a qual desde o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, ainda no final do século passado, vem se apresentando com fortes contribuições para a manutenção do saber hegemônico da psiquiatria que coaduna a linha de humanização dos manicômios e não corrobora a perspectiva de gênese antimanicomial (AMARANTE, 1995). A ABP é, talvez a maior, uma importante contribuinte do alicerce comporta a Contrarreforma Psiquiátrica e demonstra nítidos posicionamentos desfavoráveis à superação da lógica manicomial, por meio de notas, entrevistas e escritos. Pautados na doença mental, surgem como contraponto dos segmentos mais progressistas.

A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) também foi selecionada, tendo em vista o grande fomento às Comunidades Terapêuticas no campo de álcool e outras drogas nos últimos anos, bem como a centralidade na destinação de recursos.

Para alcançar com mais qualidade e fazer análise com base na realidade, e sempre em diálogo com a teoria e as mediações necessárias, esses posicionamentos foram analisados a partir de notas, manifestos, publicações no geral, além de encontros, seminários promovidos pelas entidades e publicações científicas disponibilizadas em sites, tanto dos próprios segmentos, como em outras que dispensam tais manifestações.

A ênfase recaiu na identificação e análise das posições e argumentação utilizada por segmentos organizados na área da saúde mental. Com relação a determinados acontecimentos, estão compreendidos no estudo como principais eventos, manifestações públicas, criação de normativas legais e operacionais relacionadas direta ou indiretamente com a política de saúde mental.

Algumas publicações encontradas estão conjugadas às de outros segmentos elencados na pesquisa. Salienta-se que alguns dos segmentos citados não possuem site e apresentam suas maiores manifestações em redes sociais como *Facebook* e *Instagram*. A Renila e o MNLA são exemplos de organizações que adotam tais plataformas. Nesse sentido, foi utilizado como referência principal o site de cada segmento, sendo desses dois últimos a rede social *Facebook*.

No que diz respeito à delimitação temporal, utilizaram-se publicações de 2011 a 2020, e tal definição se dá em razão da exequibilidade da pesquisa, bem como a composição do panorama histórico-político que o período mencionado remonta à Política de Saúde Mental, com o início do grande fomento às Comunidades Terapêuticas e aberturas das maiores concessões de hospitais psiquiátricos, que aqui serão definidos no campo manicomial. Apesar disso, a demarcação não excluiu a necessidade e importância de resgatar elementos anteriores para a construção da pesquisa.

Ressalta-se que, além do campo normativo, 2011 marca o início do Governo Dilma, que já carregava as consequências de avanços dos governos anteriores, mas também das concessões ao grande capital. Nessa abertura, os mandatos dos governos da então presidenta sentiram os efeitos, passando a sofrer várias pressões de setores políticos, desencadeando um fortalecimento de ideias conservadoras e neoliberais (sobretudo em seu segundo mandato),

adotando medidas que se tornaram conflitantes e polêmicas e que se fazem de suma importância para essa análise (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Como melhor caminho para alcançar as proposições metodológicas deste trabalho, coadunando os objetivos e questões de partida, foi construído o seguinte instrumental de análise:

Quadro 1 – Instrumental de análise metodológica

Aspecto 1: Política de Saúde Mental entre 2011 e 2020	
Identificar e analisar principais mudanças e suas implicações	
Indicador 1: mudanças difundidas com base na Lei nº 10.216/2001	Indicador 2: contrarreforma e manicomialização da Saúde Mental
Quais legislações foram implementadas para efetivar tais mudanças? Quais as principais características dessas mudanças? Defende qual tipo de financiamento?	Qual é o lugar do Estado nas mudanças propostas? A quem atribuem a execução da política de saúde mental?
Aspecto 2: Posicionamento das entidades	
Identificar analisar posicionamentos ideopolíticos	
Indicador 1: projetos que defendem	Indicador 2: tendências e implicações na RAPS
Concordam com as modificações adotadas na Política de Saúde Mental? Defendem o fomento às instituições privadas ou fortalecem os serviços públicos do Estado? Quais estratégias adotadas (via parlamento, representação nos conselhos, notas públicas, mobilizações)?	Quais as implicações dos posicionamentos para os serviços da RAPS? Prevalece a perspectiva conservadora ou um modelo mais justo e igualitário? Por quais bases fundamentam a concepção em relação a política sobre drogas?

Fonte: elaboração própria, a partir das orientações do texto “Avaliação de políticas, programas e projetos sociais”, de Boschetti (2009).

Portanto, levando em conta o percurso de elaboração teórico-científica, a pesquisa tem o intuito de constituir a práxis que se dá sob o movimento contraditório, e o ponto de partida não advém de preferências pessoais, mas de exigências do próprio objeto. É por isso que alguns elementos são intrínsecos à necessidade da dissertação e serão desenvolvidos ao longo deste trabalho.

CAPÍTULO II

3.1 ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Um aparelho de Estado que não preserva a ordem social e política seria tão impensável quanto um extintor de incêndio que espalha chamas ao invés de apagá-las (MANDEL, 1982, p. 348).

O capítulo tem como objetivo discutir a construção das políticas sociais no Estado Capitalista, mais especificamente sobre a Política de Saúde Mental e os desdobramentos que se dão em sua condução a partir dos interesses do capital em detrimento da população. Vale salientar que o trabalho parte de uma perspectiva marxista de Estado e entende o campo das políticas sociais como espaço de disputa e interesses.

3.2 O ESTADO MANICOMIAL NA SOCIEDADE CAPITALISTA

Na perspectiva adotada, o Estado é um conceito complexo. Compreende-se uma relação social contraditória e orgânica ao modo de produção capitalista em contraposição à concepção de Estado neutro, que se localiza na realidade e na história, sendo este um fenômeno histórico e relacional (PEREIRA, 2009).

A análise do Estado na concepção marxista tem características e função determinadas. Vários autores buscaram estudar o Estado a partir das mudanças do capitalismo e como se dão suas implicações no âmbito das políticas sociais, demonstrando responsabilidade teórica em condensar as análises no campo da Teoria Social Crítica.

Contrapondo o idealismo de Hegel, os autores – Marx e Engels (2014) – partem da concepção de que o Estado é produto da luta de classes, que garante a exploração de uma classe sobre a outra e se constitui como um Estado Burguês. Como aponta Harvey (2006), pode-se observar que o Estado é necessário para a reprodução e a manutenção do modo de produção capitalista. Essas características também se fazem fundamentais para compreender a conjuntura atual, partindo de uma perspectiva crítica e dialética de totalidade. Para isso, é necessária uma compreensão do contexto, da localidade, como se dá a correlação de forças e os espaços de disputa em determinadas circunstâncias.

Um exemplo da forma como se constitui a luta de classes é a Comuna de Paris (1871), que se deu como uma luta contra o Estado a partir da organização dos trabalhadores que visavam a desestruturação de aparatos do Estado como a Monarquia, o Parlamento e o Poder Jurídico. A Comuna solidificou as reações da classe trabalhadora frente ao processo de exploração com vistas à perspectiva de proteção da classe, e, apesar de sua pequena duração (72 dias), se tornou grande referência, ainda que não tenha materializado todas as reivindicações.

Com o surgimento do capitalismo monopolista, conforme evidencia Netto (2011b), caracterizado em seu estágio imperialista, reforçam-se perspectivas¹⁰ que alimentam ainda mais a ordem burguesa e os lucros por intermédio do mercado pela concorrência em larga escala, convertida no que o autor chama de ‘luta de vida ou morte’ ” (NETTO, 2011b, p.19), “o capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica” (NETTO, 2011b, p.19). Essa condição¹¹ coloca os indivíduos em um local de segregação quando não funcionais ao modo de produção capitalista, subvertendo a ordem burguesa.

Basaglia (1985) já apresentava as instituições manicomiais, as quais denominou instituições da violência, marcadas pelo poder, decompostas por aqueles que o detêm e aqueles que não, definidas pela relação de violência entre o poder e o não-poder, que o demarca como espaço de exclusão. No seu escrito *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática* (1979), o teórico e psiquiatra antimanicomial já demonstrava como o hospício¹² tem sua gênese na constituição do controle e repressão da classe trabalhadora que perde a capacidade de responder aos interesses capitalísticos de produção. Essa concepção corrobora a perspectiva apresentada por Mandel (1982) acerca do Estado que apresenta uma função repressiva de impor a vontade da classe dominante, em que o autor destaca alguns aparatos, como exército, polícia, a lei e o sistema prisional. Aqui podem ser elencados outros espaços que compõem e se caracterizam como espaços

¹⁰ Com o passar dos anos, essas características do capitalismo imperialista se tornam mais evidentes na condução das políticas sociais.

¹¹ Podemos nos remeter aqui às Instituições Totais, conceituadas por Goffman (1974), a denotar, dentre elas, as características de um manicômio, onde a singularidade do sujeito é esquecida e as necessidades humanas básicas controladas por intermédio do poder burocrático.

¹² Alguns nomes utilizados serão mantidos para preservar a fidedignidade com os termos adotados por autores estudados.

repressores e de controle: os manicômios, que na atualidade são simbolizados pelas Comunidades Terapêuticas e hospitais psiquiátricos¹³.

Mandel (1982), ao escrever acerca do Capitalismo Tardio, entende o Estado como um produto da divisão social do trabalho e reforça as determinações ocorridas a partir de contextos históricos. Nesse sentido, o autor expõe três principais funções do Estado: criar condições gerais de produção; repressão de ameaças; integrar os interesses de classe dominante. O Capitalismo Tardio se deu a partir da terceira revolução tecnológica acelerada no pós Segunda Guerra Mundial, que compreendia o capitalismo como um sistema orientado a partir do lucro e para o lucro, com grande ênfase no processo de internacionalização e forte característica imperialista.

Com isso, é válido entender o estágio imperialista do capitalismo consolidando-se a partir da passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo de monopólio, a alterar a dinâmica da sociedade burguesa e potencializando as contradições do capitalismo que já se explicitam na fase concorrencial (NETTO, 2011b). Netto define dois elementos destaques que caracterizam o capitalismo monopolista: o primeiro é o crescimento do capital excedente que se torna exponencial, a chamada *supercapitalização*, a qual reforça a relação entre economia e Estado Burguês. Já o segundo é o *parasitismo*, que se dá a partir do desenvolvimento do monopólio, que traz à tona a natureza parasitária da burguesia por intermédio da burocratização da vida social visando a conservação e legitimação do próprio monopólio (NETTO, 2011b).

É por esses motivos que o Estado se organiza para manter o modo de produção capitalista (ENGELS, 2017). Cabe mencionar o seu caráter contraditório, uma vez que mesmo sendo essencialmente dominador e a serviço dos interesses da classe dominante – por isso o seu caráter de classe – se constrói sob contradições. Ou seja, é preciso incorporar o interesse da classe dominante, de modo que além do instrumento de dominação, exista a possibilidade de contra-hegemonia. No âmbito da luta de classes, também se conformam respostas às reivindicações da classe trabalhadora (COUTINHO, 1993).

Nessa condição, observa-se a luta antimanicomial como expressão da luta de classes que apresenta a correlação de forças a partir de um campo de disputa, e é nele que se fazem as

¹³ Não apenas esses e nem apenas desse tipo, contudo, esses dois dispositivos ganham centralidade na materialização dos equipamentos manicomiais.

mediações entre infraestrutura e superestrutura. O capitalismo se utiliza de espaços, sejam físicos ou abstratos, para consolidar a sua racionalidade. Espaços esses que reverberam a produção e a reprodução das diversas formas de exploração e opressão, e se apropriam da vida humana para a gestão do lucro. Os manicômios apresentam-se como dispositivos legítimos de ordem da crueldade capitalista e da precarização das diversas formas de vida e de viver.

A validação dos espaços manicomial reforça a possibilidade de sua humanização, de acordo com o que Netto (2011b) denomina de *redimensionamento do Estado burguês no capitalismo monopolista*, responsável por recuperar o ideário liberal, e debita a responsabilidade unicamente nos indivíduos, uma vez que os manicômios servem como justificativa para “corrigir” as “disfunções” privadas ao indivíduo.

É nessa violência estabelecida que as forças do capital se renovam e se agarram aos espaços repressores para continuar sua manutenção com base nos discursos, práticas e saberes, legitimando o *status quo*. O Estado dá curso às políticas neocolonialistas, maximiza os lucros e redimensiona a “instância por excelência do poder econômico” (NETTO, 2011b, p. 24). Essa política neocolonialista ocorre a partir da imbricação das medidas neoliberais e neoconservadoras, que se originaram a partir de novas formas de colonização, e isso não significa uma negação do imperialismo, mas uma demonstração de que se tem direcionado cada vez mais para uma colonização (COSTA; MENDES, 2020b).

Evidencia-se, desta maneira, a necessidade de atentar-se à realidade do Brasil e suas características particulares de capitalismo dependente, que se dá em razão da incapacidade de países – como o Brasil – se organizarem sem a dependência de nações capitalistas hegemônicas. Uma sociedade que se conforma sob bases escravistas forma o que vai se chamar de *sociedade colonial*, em que as estruturas de poder estavam assentadas sob a linhagem europeia e dos Estados Unidos. Essa condição coloca o Brasil sob o domínio colonial em um caráter de exploração ilimitada (FERNANDES, 2009)¹⁴.

Costa e Mendes (2020b) denotam que muito mais do que uma dependência, o país se encontra em uma completa servidão, a qual passa por esse processo de neocolonização, em

¹⁴ O autor explica sobre a crise desse tipo de dominação, da qual se deu sob três fatores: 1 – o padrão de exploração colonial gerou movimentos de emancipação em oposição radical ao padrão complexo de exploração; 2 – a luta pelo controle econômico das colônias latino-americanas na Europa, que surge como produto de desagregação do antigo sistema colonial; 3 – consequência da reorganização da economia mundial, ante a revolução industrial Europeia (FERNANDES, 2009, p. 13-17).

que não voltamos a ser escravos, porém as condições se tornam cada vez mais informais, precárias, desumanas, violentas e, muitas vezes, análogas à escravidão. Um Estado manicomial é aquele que carrega os aspectos da sua violência pura em sucumbir os corpos, principalmente negros, ao isolamento, à violência, à institucionalização e à patologização. O último relatório de inspeção dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil (2019), demonstra o grande número de pessoas negras, sobretudo mulheres, internadas em espaços que simbolizam uma grande degradação da vida humana, por meio de violências bárbaras que são utilizadas como discursos de “tratamento”.

Primeiro, essas constatações demonstram o poder exercido pelos espaços institucionais como demonstração da submissão dos corpos à sua total exclusão. O segundo ponto é constatado a partir do que apresenta Passos (2015):

o que queremos destacar é que essas instituições de violência são funcionais para a reprodução das desigualdades e opressões, além de realizarem o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades. A naturalização da violência institucional sobre os corpos negros compõe o modelo manicomial. O manicômio estrutura-se para além de uma edificação, pois mesmo com o fim do hospital psiquiátrico ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de apartheid social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos, ou seja, o manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais (PASSOS, 2015, p. 4).

Isso nos remete a como as agruras do capitalismo buscam patologizar as vivências e os sofrimentos gerados pelo seu próprio modo de produção. O que não produz é patologizável, enquanto processos de sofrimentos surgem como resposta à opressora e violenta forma que o capitalismo enquadra os corpos. Fanon (2020) aponta a violência como parte do sistema colonizador, sendo os manicômios a pura expressão dessa lógica.

Retomando a concepção de neocolonização frisada por Netto (2011b), também evidenciada em Costa e Mendes (2020b), aponta-se para uma intensificação do amalgamado entre ofensiva neoliberal e ofensiva conservadora. Essa relação coaduna-se com o que Mandel (1982) aborda sobre um desenvolvimento do capitalismo que não está desalinhado de estruturas socioeconômicas específicas, e que não adota uma perspectiva binária ou maniqueísta do Estado.

Com isso, os manicômios apresentam seu histórico de segregação e colonização dos corpos, passíveis de constatação da barbárie e violência. Esses aparatos legitimam-se a partir

das dimensões política, jurídica, econômica e psicológica, e direcionam seus mecanismos a fortalecer concepções racistas e colonizadoras. Os instrumentos de ordem e preconceito, que geram adoecimento, clamam pela necessidade de atrelar política e subjetividade, que nada mais é que a forma de vivenciar e sentir aquilo que se materializa por meio dos cânones sociais e políticos (NOGUEIRA, 2020).

Diante disso, é também importante pontuar a chegada do capitalismo monopolista em paralelo com a organização da classe trabalhadora, que se dá no campo da luta de classes e não encarou um movimento popular capaz de criar sistemas políticos flexíveis e inclusivos, e as possibilidades se deram nos limites do *welfare state* ao fascismo (NETTO, 2011b).

Ao envolver outros autores no debate, a concepção de Estado que Harvey (2006) indica se dá sob a contradição entre os interesses do indivíduo e da comunidade, e é resgatada a partir das ideias de Marx e Engels em sua obra *A ideologia alemã*. Essa contradição coloca também os atores do Estado como “acima” da sociedade e, por meio desse Estado, alguns interesses da classe dominante aparecem como “interesse geral ilusório” na busca de universalizar as ideias dominantes.

De tal modo, o ideário manicomial é fortemente difundido como interesse melhor e necessário para lidar com as dimensões da vida humana que dizem respeito à subjetividade: “*ora, se não existirem hospitais psiquiátricos, onde ficarão os loucos? E os loucos perigosos?*”. E este é um questionamento duplamente problemático por disseminar a ideia de que os hospitais psiquiátricos são os únicos locais para “receberem” a loucura, e nega-se todo o avanço acerca da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial sobre diversas outras possibilidades de cuidado. Em segunda ordem, reforça o estereótipo da relação intrínseca entre loucura e periculosidade. Não percebem que a periculosidade muito mais tem a ver com as maneiras nefastas com que o Estado persevera a sua ótica do que com aqueles que vivenciam as suas barbáries. A periculosidade reforça o lugar de marginalização da pobreza, a concepção racista e higienista que paira sob os moldes neoliberais e neoconservadores.

Observa-se que as ideias são disputadas pela classe dominante, uma vez que seu corpo dá materialidade ao discurso e se estabelece apresentando suas ideias como universais com a falácia da retórica da inexistência dos interesses de classe. Há uma série de instrumentos de dominação que se transformam em instrumentos de dominação de classe, sendo a lei um grande exemplo desse aspecto (HARVEY, 2006).

Para melhor elaboração de como se dão esses engendramentos, é preciso acessar a categoria Neoliberalismo. Harvey (2008), ao conseguir apresentar uma síntese de vários pensadores que construíram essa categoria, demonstra como o neoliberalismo surge para acentuar os índices de desigualdade e concentração de riqueza na mão de minorias e tem como premissa o anseio às liberdades individuais e ao empreendedorismo. Ganham destaque as privatizações em concomitância com a despolitização das organizações, o que pode ser evidenciado nitidamente na política de saúde.

As práticas neoconservadoras (HARVEY, 2006; COSTA; MENDES, 2020b) não se consolidam sem essa prepotência da categoria que se instala. Para o primeiro teórico, existem dois fundamentos centrais do neoliberalismo: liberdade individual e dignidade humana. É uma teoria das práticas e da liberdade, e se dá por meio do empreendedorismo, mediante busca no mercado e pela propriedade. Nisso, Costa e Mendes apresentam esse modo de impetrar a vida e as vivências sob a alcunha da precarização e exploração da vida e das condições do trabalho que agudizam com as medidas de contrarreforma do Estado, as quais serão mais bem apresentadas em tópicos posteriores.

O primeiro ponto sobre a liberdade individual remete à crueldade da culpabilização do sujeito pela sua condição de exploração, o que já é evidenciado por Netto (2011b) ao explicitar a necessidade de individualização da condição de desigualdade, culpabilizando o sujeito pela miséria em que se encontra. Esse movimento é capaz de afetar de modo substancial os processos de subjetividade que, em mais uma ressalva, não se deslocam das condições materiais e objetivas de vida:

Condições objetivas da vida ↔ Subjetividade

Ora, se não existe acesso a direitos básicos, se o trabalhador precisa submeter-se às condições mais indignas de vida, como falar de liberdade e dignidade? É a (falsa) liberdade que direciona para um incessante dispêndio de força de trabalho (*ft*) da classe trabalhadora que precisa submeter-se aos níveis mais exaustivos de carga de trabalho, que se dá com maior robustez a partir dessa naturalização da exploração e da precarização, que culmina na produção de sofrimento.

presenciamos na totalidade um conjunto de medidas, ações, contrarreformas que objetivam racionalmente precarizar ainda mais as condições de trabalho, frente às conquistas da classe trabalhadora no decorrer nos séculos XIX e XX, o que, por sua vez, traz uma série de implicações para uma precarização

subjetiva. E tudo isso se dá na e pela ofensiva do capital em razão-de-ser neoliberal (COSTA; MENDES, 2020b).

Nisso, observa-se como a lógica neoliberal tem total aparato para minar a ascensão das lutas da classe trabalhadora, deixando explícito o seu objetivo de demolir as conquistas em prol do seu estimado projeto. É nessa direção que as narrativas se condensam e os retrocessos se solidificam. Há tanta culpabilização pela própria lógica instaurada, que o esvaziamento da radicalização e de visualização das reais essências do processo de desmonte dos aparatos legais, institucionais, assistenciais, jurídicos são silenciadas pela narrativa manicomial. Deste contexto vem a caracterização dos sofrimentos engendrados pela lógica do capital como um sintoma da sua incapacidade individual, seja ela o de produzir o necessário para sair daquela situação, seja de resistir aos ataques.

Ainda nessa direção, há um processo de responsabilização individual pelo “fracasso pessoal” que é a demanda por êxito do sistema, conforme aponta Costa e Mendes (2020b) em conversa com o que já foi indicado por Netto (2011b), da natureza parasitária da burguesia, que explode nas informalidades e precarização do trabalho, deixando o sujeito cada vez mais alienado da sua condição de trabalhador.

Isso nos remete a uma importante crítica em relação ao trabalho que se almeja. Esse contraponto pode ser observado também no campo da saúde mental, porque o trabalho explorado e alienado é visto como meio de cura. Cura para quem usa substâncias ou para quem é adoecido por essa sociedade, como correção daquilo que subverteu uma lógica e demonstrou um sofrimento a partir dos processos exploradores e opressores. Esse adoecimento, demonstrado por Costa e Mendes (2020b), surge como resposta ao que essa sociedade gera e apenas não a extermina porque ainda precisa da sua força de trabalho para se reproduzir.

Há nessa arguição duas grandes problemáticas: a primeira se caracteriza na ordem do trabalho, enquanto a segunda no caráter de cura que se dá ao movimento de resposta do sujeito, ao seu processo de sofrimento. Como pode um trabalho que desumaniza desenvolver um aspecto de melhoria da situação em que o sujeito se encontra? *A priori*, porque foi a própria situação que o adoeceu, *a posteriori*, porque algo que desumaniza, explora e aliena não tem como ser fundamental para o processo de amenização de sofrimentos. É preciso olhar para a gênese do sofrimento,

se queremos, então, abordar o “problema” contemporâneo da saúde mental em sua complexidade, devemos, antes de tudo, olhar mais para o modo de funcionamento da nossa sociedade e menos para dentro das cabeças das pessoas (COSTA; MENDES, 2020b).

Zgiet (2018) já apontava para as contradições entre saúde mental e trabalho e a culpabilização das pessoas em sofrimento por não acessarem o mercado de trabalho, assim como demonstra a própria estrutura geradora de “desequilíbrios” que afasta as pessoas de sua própria natureza. A autora, de forma crítica, demonstra que a desinstitucionalização tem sido balizada pelo acesso ao pleno emprego, nos remetendo a pensar qual relação de trabalho está sendo almejada como possibilidade de elaboração do sofrimento, “cursos profissionalizantes e inserção no emprego são considerados a panaceia para todos os problemas sociais” (ZGIET, 2018, p. 141).

A crítica do Programa de Gotha (MARX, 2012) se baseia em argumentos fundados a partir desse programa que abordava o trabalho como fonte de toda a riqueza. Porém, Marx refuta e afirma que a natureza também é fonte de riqueza, uma vez que a primeira afirmação corrobora com a concepção da exploração pelo trabalho que, logo, concordaria com a afirmação de que o “trabalho salva”.

No último relatório de inspeção que apresenta a condição de grande parte de Comunidades Terapêuticas no Brasil (2018), demonstra-se o trabalho pela via da exploração como ode dos valores morais religiosos que, em grande parte, estão assentadas. O Estado se coloca como um fornecedor das possibilidades da conjunção entre moral religiosa e exploração pelo trabalho.

A *segunda arguição* se dá no campo da cura. Essa argumentação demonstra um retrocesso no que diz respeito à conquista do acesso a um cuidado em liberdade, pautado em perspectivas de redução de danos e garantia de direitos. Se associam a uma concepção assemelhada ao alienismo pineliano¹⁵, em que o sujeito se encontra alheio por paixões e precisa ser isolado para que se cure do mundo exterior, sendo o trabalho o caminho para tal (AMARANTE, 2007).

¹⁵ Philippe Pinel é considerado o pai da psiquiatria, sobretudo a partir do jargão “desacorrentar os loucos”. Ela adotou a perspectiva do alienismo, entendendo o isolamento como terapêutico, pois restituiria a liberdade que a alienação mental lhe tirou. Foi o criador dos hospitais psiquiátricos e acreditava nesse espaço como um lugar de cura a partir de um tratamento moral.

Essas duas arguições aparecem como ênfase na compreensão de Zgiet (2018), ao assimilar que o trabalho não deve ser a centralidade no cuidado em saúde mental, sobretudo essa que prevê uma “recuperação”, que não é dita como “cura”, no entanto objetiva a uma retomada do padrão anteriormente existente naquele indivíduo.

Retomando a afirmação de Mandel (1982) sobre o Estado como mantenedor do *status quo*, essa determinação vai se constituindo por meio do monopólio da violência, que o Estado utiliza como mecanismo de poder e instituição da propriedade privada (BEHRING, 2018).

No âmbito da manicomialidade, num total de 119 hospitais psiquiátricos inspecionados, 36% são públicos, 38% são privados sem fins lucrativos e 25% são privados com fins lucrativos. Há também uma grande parte da destinação de recursos para Comunidades Terapêuticas, que poderiam estar sendo injetados em serviços substitutivos de base antimanicomial.

Assim, apresenta-se a consonância com uma definição de Estado que se sustenta numa relação dialética, não linear e estanque, mas se dá sob várias formas determinadas pelo contexto e conjuntura definidos por campos de disputas que se conformam em direção a classe dominante detentora do poder do Estado por meio das suas várias representações. As normativas dão mote a um projeto de subsunção da classe trabalhadora por meio dos congelamentos de gastos com saúde e educação, mediante negacionismo e frente a um processo de pandemia, a exemplo da Covid-19. Postulações que determinam a correlação de forças a dar voz ao complexo médico industrial e, ao mesmo tempo, ao fundamentalismo religioso que também dá voz à guerra às drogas e pode ser confirmada por intervenção de figuras explícitas que dão concretude a contrarreforma no Brasil.

Dessa maneira, na esfera de crise do capitalismo e acirramento da crise fiscal que vai se agudizando no Brasil, sobretudo após o golpe de 2016, o Estado apresenta-se como central para se entender a constituição das políticas sociais que serão discutidas na próxima sessão.

3.3. POLÍTICAS SOCIAIS E A LÓGICA MANICOMIAL

A mesma direção que foi tomada para definir o Estado em uma seara de contradições será utilizada para as políticas sociais, por também se inserirem de forma contraditória na sociedade capitalista. Como já apresentado anteriormente, ao demarcar a perspectiva de luta de classe adotada neste trabalho, entende-se uma disputa de projetos societários correlacionada à maneira como as políticas sociais vão se conformando a partir desse campo.

Dessa maneira, faz-se importante não limitar as análises no âmbito das políticas sociais a uma concepção unilateral e focalista, que não define o Estado a uma esfera puramente economicista e instrumental, como já demonstrado anteriormente. Ao contrário, é imperativo ao método marxista entendê-las não sob uma ótica funcionalista ou estruturalista, mas apontar para as contradições que

as políticas sociais não podem ser analisadas somente a partir de sua expressão imediata como fato social isolado. Ao contrário, devem ser situadas como expressão contraditória da realidade, que é unidade dialética do fenômeno e da essência (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 39).

Partindo da concepção adotada por Behring e Boschetti (2011) a respeito das políticas sociais, destacamos alguns elementos fundamentais para compreensão dessa categoria. As autoras salientam que existem limites no que diz respeito à crítica da economia política e às políticas sociais. Em primeiro lugar, não tem sido pontuada a indissociabilidade entre política social, produção e reprodução social, o que faz com que seja adotado um viés messiânico acerca das políticas sociais, considerando-as como sanadoras das desigualdades sociais inerentes ao modo de produção capitalista. Ainda que algumas estratégias sejam importantes para as características específicas do Brasil, como reformas democráticas, as análises precisam permear um conflito contra a ordem do capital.

Outro quesito apontado é uma visão reducionista das políticas sociais, que as colocam como uma mera regulação de conflitos e as definem como “um troféu arrancado pelos trabalhadores”. Terceiro, o problema do ecletismo teórico para os estudos das políticas sociais que pouco qualifica alguns termos centrais¹⁶ e retoma aquela dificuldade em relacioná-las com a produção e reprodução social. E, por último, o estatismo, que ignora a relação entre Estado e políticas sociais e sua composição na luta de classes.

A política social é determinada por suas várias dimensões: histórica, econômica, política e cultural, que ora reproduzem mais-valia, ora concessão de direitos. Possuem uma natureza contraditória, atendem aos interesses do capital e do trabalho porque sofrem determinação da luta de classes, das características do Estado e condição estrutural do capitalismo.

Marx não abordou diretamente as políticas sociais, mas diversos autores marxistas a partir do século XX assim fizeram. Netto (2006) compreende as políticas sociais dentro do

¹⁶ As autoras citam o exemplo da cidadania.

aparecimento do capitalismo monopolista, que surgem enquanto resposta às demandas das classes trabalhadoras. O autor utiliza-se das terminologias para diferenciar as políticas públicas e políticas de governo e afirma que, diante das diversas violações que a classe trabalhadora sofre, as políticas sociais surgem em resposta às expressões da Questão Social.

Dentro das suas contradições, o capital se utiliza das políticas sociais para atender as suas predileções, ainda que para isso precise banalizar a vida humana. Já Yamamoto (2009), apresenta a sua busca incessante pelo aprofundamento das desigualdades sociais, banalização do humano e indiferença frente às necessidades de acesso aos direitos. Com isso, cada política social vai dando materialidade ao processo de fetichização, que se coloca sob a valorização do mundo das coisas em detrimento do ser humano. É a coisificação das pessoas e a personificação das coisas, como aponta Marx (2017).

A definição do fetichismo para pensar a seara das políticas sociais é importante para compreender a sua conformação no neoliberalismo, uma vez que as representações acerca da sua fundamentação são colocadas a partir das relações de poder, das mudanças e das reorientações no curso da história (BEHRING, 2015). As estratégias que se adotam no campo das políticas sociais dependem das necessidades daquele momento, sempre objetivando os interesses do capital *versus* trabalho, adaptadas sob a correlação de forças, buscando a garantia de direitos, mas também inibindo impactos de recessão.

A luta de classes enquanto eixo fundante da política social demonstra como o Estado visa atender apenas aqueles que de alguma maneira favorecem a classe dominante, já que “o Estado atende apenas àquelas reivindicações que são aceitáveis para o capital e para o grupo dominante” (OLIVEIRA, 2009, p. 109). Enquanto fruto dessa contradição e favorecimento ao projeto neoliberal, as necessidades da classe trabalhadora são cada vez mais colocadas em xeque com vistas a favorecer o grande capital. As medidas adotadas denotam a intenção de enxugar os direitos e tornam evidente essa característica contraditória do Estado e das políticas sociais.

Quando existe a composição de políticas sociais no Estado burguês, há também uma correlação de forças, que variam entre governos progressistas a governos ultraconservadores, que adotam concepções bem distintas em determinados momentos e em outros se assemelham. Observa-se que no curso da história brasileira, governos com caráter mais ditatorial e outros, como o Partido dos Trabalhadores (PT), lograram mais investimentos em

políticas sociais, mesmo que isso não os exima do favorecimento e da contribuição para a construção de um Estado neoliberal.

Desde o final do mandato do PT até os dias atuais, condensa-se uma política de flexibilidades e a utilização do discurso de ódio para erigir a maneira de fazer. A utilização dos poderes repressivos aparece como forma de controle, e isso pode ser materializado por meio da violência policial, a perspectiva de correção moral sobre os corpos, o encarceramento e o arrefecimento dos movimentos sociais.

No campo da saúde mental, é possível avaliar o sofrimento como mercadoria diante da legitimação da violência que favorece a acumulação do capital, assim como foi apresentado na concepção de Mandel (1982). Nota-se um crescimento exponencial de instituições privadas que estão sob incumbência de receber fomentos do Estado para administrar a política de saúde mental em serviços específicos que direcionam esse campo para a lógica manicomial.

Quando o Estado legitima a violência mediante suas ações e discursos, demonstrando mais ainda o aspecto de contradição, está automaticamente imbricando sua função em favorecimento da burguesia. O uso desse poder repressivo aparece contraditoriamente como maneira de auxiliar os rivais imperialistas, mas também como um meio para acumulação do capital e está atrelado à concepção moral (MANDEL, 1982).

Outro fator a se observar sobre as políticas sociais é a intervenção do Estado, muitas vezes aparecendo sob uma ótica individualizante do problema, como se não fizesse parte de uma condição estruturante da sociedade (NETTO, 2011b). Pobreza, falta de acesso a políticas, desinformação, consumo prejudicial de substâncias psicoativas¹⁷, sofrimentos não são situações deslocadas da ordem do capital, mas, ao contrário, são maneiras latentes de suas expressões. Essa característica do Estado reforça a sua contradição ao recuperar o ideário liberal, quando intervém por intermédio das políticas sociais, mas também o recupera, pois, continua reforçando a culpabilização individual, e

a ordem burguesa supõe necessariamente que, em última instância, o destino pessoal é função do indivíduo como tal; a consequência inelutável é que tanto o êxito como o fracasso social são creditados ao sujeito individual tomado enquanto mônada social (NETTO, 2011b, p. 36).

¹⁷ Ao definir o termo consumo prejudicial, não se refere a padrões apenas biológicos e orgânicos. Compreende, aqui, o uso das substâncias em todas as dimensões e sob todos os seus significados, e não há a intenção de reduzi-lo a um padrão de produtividade laboral alienante, mas permeia aquilo que prejudica o sujeito dentro do que se considera importante para si em relação ao mundo.

A designação do caráter público ao âmbito privado, portanto, demonstra a maneira como o Estado conduz as intervenções, a partir de uma individualização das desigualdades, convertendo problemas sociais em pessoais, carregando uma falsa concepção de liberdade e igualdade. A estruturação das políticas sociais no capitalismo monopolista revela o caráter burguês do Estado e demonstra as possíveis tendências e tensões que se dão no seu interior a partir da sua maneira de condução e captação de lucros. A política social no Estado capitalista a partir de uma perspectiva de totalidade indica a sua característica contraditória e a sua construção no seio da luta de classes.

Parte-se do entendimento de que as políticas sociais surgem a datar da passagem para o capitalismo monopolista. Sua origem aparece atrelada aos movimentos social-democratas, muito associados ao imperativo do trabalho, tendo como parâmetro a concepção de merecimento e não merecimento de acesso (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Essa característica do advento das políticas sociais e a supervalorização do trabalho – enquanto trabalho alienante¹⁸ – remonta todo o contexto de negação e de controle por intermédio do trabalho, de modo que aquele que não atende as necessidades do capital por meio da exploração, postula alguma forma de intervenção. E tal “intervenção” vem imbricada do controle e do não acesso. Isso pode ser observado no curso da história, em que governantes se utilizam de aportes legais para lograr o retrocesso, contrarreformas, neoconservadorismo. Essa característica é conferida na Política de Saúde Mental através de seu contexto histórico, que teve como enfoque o tratamento dos loucos por meio do isolamento social.

Não obstante, as políticas sociais nascem da necessidade de enfrentar as desigualdades impetradas pelo capitalismo. A luta de classes demarcada em seu contexto definirá a condução de seu caminho, tendo em vista a contradição que nela se insere, uma vez que as políticas sociais visam a amenização das desigualdades sociais provenientes da contradição capital *versus* trabalho:

essa luta entre capital e trabalho também foi responsável pela emergência de ações por parte do Estado e de outras instituições, para amenizar a desigualdade social que brota, necessariamente, da exploração do capital sobre o trabalho. Importante observar que essas políticas sociais não serão simples concessões do Estado burguês, mas resultarão sempre, em grau maior ou menor, da luta entre capital e trabalho. Deste modo, elas poderão contribuir mais para a reprodução dos interesses do capital ou para a defesa

¹⁸ Aquele que gera processo de estranhamento, em que o sujeito não se reconhece e não vê sentido no trabalho desenvolvido (MARX, 2015).

dos interesses dos trabalhadores. Tudo dependerá do estado da luta entre as forças em confronto (TONET, 2015, p. 281).

É por isso que se exacerba a contradição das políticas sociais e a centralidade da luta de classes para a sua constituição. Tonet (2015) pensa na emancipação política em Marx, elucida o caráter reformista que tem tomado conta das lutas sociais, ao passo que o capital comete ataques brutais contra a classe trabalhadora e, ao invés da luta contra o capital por meio de uma perspectiva revolucionária, tem-se fortalecido a concepção reformista, “o horizonte todo é praticamente tomado por propostas reformistas, que, em última análise, pretendem humanizar o capital” (TONET, 2015, p. 284). Essa afirmação é muito evidenciada na característica que as políticas sociais assumem e, sobretudo nas concessões que são feitas.

É por isso que se compreendem as políticas sociais como limites da emancipação, uma vez que no Estado capitalista se alcançam direitos mediante seu acesso limitado. Contudo, não é possível a partir das políticas sociais se pensar na superação desse modo de produção. Como já aludido, as políticas sociais são necessárias e importantes para viabilizar esses direitos, e a despeito disso não podem ser pensadas como a finalidade objetiva de concretização em superar a luta de classes. Conquanto, ainda assim, as políticas sociais devem ser desviadas da lógica de humanização do capital.

Sem embargo, a Política de Saúde Mental tem sido um espelho da característica em que se busca a humanização pela via do capital, e não a superação de uma lógica existente. Denota-se essa evidência diante dos retrocessos em direitos já conquistados e a não viabilização de direitos que deveriam estar garantidos. Exemplos nítidos podem ser visualizados por meio da violência que atinge as pessoas em sofrimento para acessar quaisquer direitos mínimos, o proibicionismo da guerra às drogas, na busca de extinguir a conquista do cuidado a partir da política de redução de danos, a favorecer a lógica da abstinência; o fomento às Comunidades Terapêuticas e não ao cuidado em liberdade; investimento em leitos de hospitais psiquiátricos, muitos deles privados; retorno às práticas que deveriam ter sido superadas, mas que a cada ano vem sendo reforçadas através do aparelho estatal (e fora dele).

A indústria da loucura que esteve em voga em 1960, denominada assim em razão do crescimento exponencial de leitos em hospitais psiquiátricos, é retomada com vigor. O fomento a práticas violentas como a eletroconvulsoterapia, conforme é defendido na Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde, devolve a centralidade aos hospitais psiquiátricos

e remete a um retorno dessa indústria. As Comunidades Terapêuticas no trato de álcool e outras drogas ascendem consideravelmente. De acordo com o portal do Ministério da Cidadania, o aumento do investimento em CTs de R\$ 153,7 milhões, destinados em 2019, para R\$ 300 milhões em 2020¹⁹.

Esses são alguns demonstrativos de que a destinação de recursos em uma política define os seus direcionamentos. No caso da política de saúde mental, vê-se uma maior valorização aos serviços de caráter asilares manicomiais, onde estão incluídas as CTs, em detrimento de serviços de base territorial, como os Caps, Unidades de Acolhimento Transitório (UA) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que visa manter ou retroagir a um modelo que já devia ter sido superado (COSTA; MENDES, 2020a).

No entanto, percebe-se que essas modificações são acompanhadas pelos cenários que se configuram em dado momento. A necessidade de entender a constituição da saúde como política social parte da intenção de demonstrar como a sua condução desde tornar-se política de Seguridade Social tem sido atrelada aos processos de contrarreforma e enxugamento de seus investimentos. Não obstante, salienta-se que sempre ao falar de política de saúde, referenciam-se suas “ramificações”, por exemplo, a SM.

A dificuldade em consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) demonstra os interesses do capital frente à oferta de políticas sociais que se perpetram, sobretudo a partir de 2014. As medidas de austeridades concretizadas diante da Emenda Constitucional 95/2016 revelam esses desmontes, os quais vêm ganhando corpo à medida que governos conservadores assumem o parlamento (PAIM, 2018).

A construção do próprio SUS nasce no bojo das lutas políticas compostas por entidades e sujeitos que caminham na luta por uma perspectiva de saúde díspar de uma lógica de mercado. Esse entendimento não parte apenas de uma crise na saúde pública, mas denota a conformação da sociedade a partir do modelo econômico neoliberal engendrado por meio do nexos do processo de contrarreforma. Os limites impostos a partir desses processos são diversos e multicausais, se dão na esfera do financiamento, do trabalhador, seja no seu próprio desgaste, bem como no modo como se responde a esse processo, na estruturação da rede de

¹⁹ Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/comunidades-terapeuticas-se-destacam-na-politica-do-governo-federal-de-combate-as-drogas#:~:text=Neste%20m%C3%AAs%20de%20setembro%2C%20foi,R%24%20300%20milh%C3%B5es%20em%202020>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

serviços, reforçando uma concepção privatista em detrimento do caráter público (PAIM, 2018).

O SUS expressou-se como garantia a partir das lutas democráticas que culminaram nos anos 1970 com o Movimento de Reforma Sanitária. No entanto, o cenário desencadeia tensões com a vinculação da saúde à lógica de mercado. A intervenção estatal no Brasil, no âmbito da saúde, se deu em tempo tardio, e anterior a isso, eram executadas ações de cunho filantrópico e liberal. Os representantes de entidades coletivas tiveram papel decisivo na constituição de moldes diferenciados na política de saúde do Brasil, ao visualizarem a saúde por uma ótica diferenciada. Colocaram em pauta temas que foram de suma importância para a saúde enquanto política de seguridade social e demonstraram a importância da luta política-coletiva e a participação social ao passo da busca pela materialização de direitos (BRAVO, 2006).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986 em Brasília, demonstrou-se como marco para o redesenho da saúde no Brasil. Posteriormente, surge a Constituição Federal de 1988 que

introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas dominantes (BRAVO, 2006, p.10).

É importante salientar que o processo de luta pela Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica se deu concomitantemente à crise do capital, corroborada mediante queda nas taxas de lucro (BEHRING, 2008). Os anos 1980, com as mudanças características no mundo do trabalho introduzido a partir do modelo flexível de produção, a implementação da tecnologia elencada para substituir as funções do trabalhador à operação das máquinas e o contexto acirrado de “aprofundamento do *desemprego estrutural*, da rápida destruição e reconstrução de habilidade, da perda salarial e do retrocesso da luta sindical” (BEHRING, 2008, p. 36, grifos da autora). Essas características no Estado brasileiro carregam várias resultantes, as quais reforçam as desigualdades sociais presentes no país.

Isso demonstra como o atributo do Estado enquanto Estado Burguês e, atualmente, neoliberal, busca prioritariamente atender aos interesses da classe dominante, evidenciando-se no período da Constituinte por meio da polarização de dois grupos: um que defendia os

interesses privados, enquadrando a política de saúde em bases mercadológicas, e outro que se pautava na Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

A partir dos anos 1980, a agenda neoliberal começa a ser implementada no Brasil e a exclusão da população aos serviços de saúde se tornou ainda mais potencializada. A Constituição Federal de 1988, alicerçada nas lutas sociais, surge como respostas às demandas dos trabalhadores no seio das desigualdades latentes naquele momento. A construção do SUS não supriu as necessidades da população e fez-se incipiente. Bravo (2006), demonstra a dificuldade em materializar-se o projeto de Reforma Sanitária por meio da tensão entre os projetos em disputa – um vinculado ao mercado e outro pautado na reforma sanitária –, já que pouco impacto foi efetivado na condição de saúde da população.

Nos anos 1990, o fomento ao neoliberalismo, consubstanciado por intermédio das relações de trabalho, segmenta ainda mais a condição de vida do trabalhador e valoriza o complexo médico-industrial e a flexibilização se exacerba naquele momento. Bravo (2006) e Paim (2018), caracterizam esse modelo a partir de suas tendências individualizantes e enfraquecedoras da perspectiva coletiva que destoam da lógica de integralidade e universalidade que compõem os princípios constitucionais:

a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, 2006, p. 14).

Essa tendência à lógica mercadológica vem se condensando cada vez com maior robustez nas políticas sociais, tendo a política de saúde grande centralidade nesse processo de privatização. Unificam o discurso neoliberal ao de reforma e utilizam da justificativa de necessidades imediatas da população para angariar seus interesses, pois

a tendência hoje predominante é acenar com a eficácia mercantil, introduzindo a lógica da empresa privada e forçando a privatização desigualitária aberta ou disfarçada [...] usam argumentos da Reforma, mas se adulteram os termos originais; supostamente em nome da democracia, procuram esquecer a existência da luta social, que é sua própria condição. A substituição da reflexão pautada nas relações entre as classes sociais pelo imediatismo da urgência do atendimento aos pobres é uma delas e talvez a mais perversa (FONTES, 2013, p. 11).

Novas características do processo de privatização têm sido observadas após esses 30 anos (PAIM, 2018). O sucateamento proposital é usado como discurso escorregadio para

justificar a (falsa) necessidade de privatização, vedando o processo gerador de todo esfacelamento da rede de serviços de saúde. Essas consequências não estão fragmentando a concepção de Seguridade Social adotada pela CF 88 e dando espaço para os moldes privatistas, mas são tidas como apartadas do processo que o desenvolve.

As contradições são acirradas na atualidade e produzem lógicas de atuação e cuidado em saúde que já deveriam ter sido superadas, a demonstração de supervalorização do capital é concretizada por meio do desmonte estatal. A fragilidade do SUS intensifica-se à medida que os ataques a esse sistema vão se condensando (MENDES; CARNUT, 2020). Essa fragilidade se revela uma arma da burguesia para legitimar a exploração sobre a classe trabalhadora, e nesse caso, pode-se citar o exemplo de planos privados de saúde e a opressão vinda de espaços como os manicômios²⁰. A crise da saúde atravessa a própria crise do capital e não se vê deslocada da sua estrutura, que parte também da necessidade de entender quais são os mecanismos opressores, qual função esses espaços cumprem no âmbito de uma política, que se materializa através deles, e quais discursos vão se legitimando.

O processo de construção da política de saúde nos dá elementos para compreender o aprofundamento da precarização dessa política como um todo – e isso inclui a Saúde Mental – e os esforços que se condensam para sua privatização. Atualmente, os planos privados compõem grande parte do capital financeiro denominado por Andreazzi de “locus de produção e reprodução de riqueza” (ANDREAZZI, 2014, p. 35), e fortalecem os espaços filantrópicos, como mecanismo de aprofundamento da privatização (BRAVO; MENEZES 2013). Quando se mantém um serviço público, seu sucateamento torna-se visível, de modo a propositar muitas vezes a sua terceirização, que aprofunda as desigualdades e desqualifica a luta pela conquista constitucional das políticas sociais e da saúde, enquanto direito cidadão e dever do Estado por meio de seus princípios.

Compreendendo que não há essa separação entre política de saúde e saúde mental, é possível ver esses retrocessos em todas as políticas sociais. Os interesses que são atendidos demonstram como a política de saúde mental se conforma em um ambiente de disputas e

²⁰ Aqui se citam não somente os hospitais psiquiátricos, mas outros “dispositivos”, como clínicas de internações involuntárias e compulsórias, comunidades terapêuticas e quaisquer outros espaços que reverberam a lógica manicomial. Entende-se que existem estruturas antimanicomiais, como Caps, que reproduzem lógicas manicomiais, pois é bem sabido que os manicômios e as ações manicomiais são frutos da própria racionalidade em que isso se consolida. No entanto, é um grande contrassenso classificá-los na mesma ordem.

como as políticas sociais são fundamentais no seio da luta de classes. Na configuração do Estado Burguês, os interesses outorgados são aqueles que mantêm o ciclo de exploração da classe trabalhadora e os distanciam de possibilidades de organização coletiva.

Com isso, a política de saúde mental não é diferente. No período de redemocratização do país, o cenário contribuía para a constituição de uma política mais universalista, que visava a garantia de direitos da classe trabalhadora. Além disso, apresentava um contexto de lutas muito consistentes, em que várias categorias profissionais se inseriam. A exemplo disso, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), responsável por iniciar a luta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pela luta antimanicomial (AMARANTE, 1995)²¹.

O manifesto de Bauru (1987), concretizador de um marco na reorientação do modelo de cuidado, demarca o posicionamento e compreende o Estado como direcionador do modelo desumano em que estavam pautadas as ofertas de “tratamento” aos loucos:

o Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (CARTA DE BAURU, 1987).

A criticidade autêntica expressa nos escritos da carta demonstra a luta da classe trabalhadora que identificou a mercantilização da vida e orientação privatista como central na saúde mental por anos.

O saber psiquiátrico hegemônico, a disciplina que pairava sobre os corpos, o racismo que pode ser observado desde Juliano Moreira no Brasil e Frantz Fanon na França, Argélia e Tunísia, o apagamento de um caráter racial da política de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, conforme aponta Passos (2018), são elementos salutares para especificar as características das políticas sociais no Brasil e das suas particularidades na SM. A concepção de raça e gênero é secundarizada e invisibilizada, e a conformação do país na construção de ações e agendas direciona os seus moldes ao engessamento, parasitismo e burocratização burguesa.

A relevância em elucidar a condução do Estado Capitalista na política de saúde faz com que se entenda a sua disseminação no contexto da Saúde Mental e a intensificação da

²¹ Mais à frente, nesta dissertação, será abordado um pouco do histórico da saúde mental no Brasil, em que serão apresentadas maiores especificidades.

contrarreforma, a qual é reflexo de todas as tendências e retrocessos que vêm convergindo atualmente. Com o discurso de “nova política”, utilizam-se velhos moldes para legitimar a violência e o projeto político-econômico de poder.

Portanto, retomando os pressupostos iniciais levantados, a política social se conforma dentro de uma realidade que toma suas conduções a partir dos cenários que estão postos. Não são estanques, nem lineares e nem dádivas ofertadas à classe trabalhadora.

Nesse sentido, será apresentado a seguir o processo de contrarreforma do Estado e de que modo sua reverberação se apresenta nas políticas sociais, para, então, desembocar na política de saúde mental.

3.3.1 Contrarreformas do Estado e as suas reproduções nas políticas sociais

O Estado Capitalista angaria os seus objetivos coligados a projetos que se arquetam à medida que as forças a que se alia vão ganhando espaço. A contrarreforma tem como objetivo vislumbrar um horizonte que destine os recursos do Fundo Público aos interesses do setor privado, que vão tomando forma e magnitude com vistas a alcançar os *status* de gerenciamento de lucro.

Para resgatarmos o conceito de contrarreforma, é preciso entender o que seriam de fato as reformas. Trotsky (1994) apresenta o processo revolucionário que vivenciou a França entre 1933 e 1936, quando as forças comunistas ganharam potência e muitas reivindicações foram alcançadas. No entanto, salientando as contradições desse processo, em 1936, a Frente Popular assume, mas ao invés de manter o avanço da revolução, tem-se o contrário: inibição das conquistas, desmobilização da base por meio da cooptação dos ideais burgueses²².

Para tanto, as reformas buscam a ampliação dos direitos a partir das conquistas da classe trabalhadora e a contrarreforma, ao contrário, visa retirá-los. Nesse sentido, as reformas são necessárias para resgatar a luta por direitos da classe trabalhadora que é rechaçada pelas constantes contrarreformas (TROTSKY, 2008, p.)²³.

²²Salienta-se que o intuito não é criar proposições de esquerdismos, por isso, todo referencial utilizado baseia-se na sua importância e relevância para a análise da pesquisa.

²³ Ressaltar o conceito de reforma e contrarreforma não nos tira do horizonte revolucionário que desemboca na transformação da sociedade, sendo as reformas a ampliação dos direitos e da revolução, a ruptura com as estruturas tradicionais (MARX, 2012).

Com o advento do neoliberalismo, a contrarreforma se torna uma disputa ideológica e passa-se a chamar de reforma tudo aquilo que, na verdade, busca expurgar os direitos da classe trabalhadora (COUTINHO, 2010). Para a sua concretização, as contrarreformas se materializam por vários caminhos os decretos, leis, normativas, desfinanciamentos e sucateamento dos serviços públicos, e os discursos falaciosos se consolidam e dão vida a esse movimento.

Nas políticas sociais, a contrarreforma toma corpo de maneiras específicas e garante o discurso sorrateiro que as direciona para uma desuniversalização na sua garantia e as colocam sob a mira do capital financeiro. Os interesses pairados sobre as políticas sociais viram objetos de disputas, as tornam mercadorias e as tiram da sua centralidade para viabilização de direitos. Com isso, tem-se observado a contrarreforma como um movimento permanente que se inicia com a crise do capital na década de 1970 e ganha seus moldes perversos com a ascensão do neoliberalismo na década de 90. Ela surge no contexto de desmonte das políticas sociais, quando o recrudescimento das medidas neoliberais protagoniza a orientação das decisões tomadas pelo Estado (BEHRING, 2008; COUTINHO, 2010).

Todas as políticas sociais são afetadas pelo processo de contrarreforma. Algumas mais do que outras em determinados momentos, a depender também dos interesses vinculados ao capital financeiro²⁴. Esses processos de crise não são inéditos, mas ganham suas dimensões específicas a partir das conformações da conjuntura.

O argumento de ajuste fiscal e a sua falsa justificativa de não recessão dos direitos, mas da sua necessidade, demonstra a objetivação da contrarreforma enquanto mecanismo de consolidação dos interesses do grande capital. A exacerbação da exploração em diversos níveis reitera a contrarreforma como mecanismo de violação do coletivo e do singular. Conforme Correia (2007), no processo de contrarreforma ocorre uma diminuição da intervenção estatal com o fortalecimento da lógica privatista, o que desempenha um papel contrário à universalização dos direitos sociais.

²⁴ Para o aprofundamento do debate acerca do capital financeiro, ver: CHESNAIS, François. **Mundialização: o capital financeiro no comando.** In: *Les Temps Modernes*, n. 607, 2000. Reproduzido em português com a permissão do autor e da revista. Trad. Ruy Braga. 22p. Ainda que exista uma relação direta com a discussão de políticas sociais e o entrelaçamento do capital financeiro no processo de contrarreforma, optou-se por não aprofundar essa discussão em razão de delimitar as análises ao foco do objeto em pesquisa.

Mandel (1990), ao explicar e conceituar a crise do capital, nos aponta para a única direção possível que esse modo de produção nos dá, sobretudo pelo processo de mundialização que dá mote ao legado da regressão dos direitos. O processo de achatamento dos direitos e a radicalização da desigualdade incidem diretamente na capacidade de organização e mobilização da classe trabalhadora frente aos retrocessos, uma vez que

essa sociedade apresenta um terreno minado de resistências e lutas travadas no dia-a-dia de uma conjuntura adversa para os trabalhadores, as quais carecem de maior organicidade para terem força na cena pública (IAMAMOTO, 2009, p. 15).

No campo da saúde e da saúde mental, essas manifestações são visualizadas por meio das tentativas de esvaziamento das conquistas da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileiras. As ameaças avançam com vistas a retroceder os muitos esforços da população que alcançou alguns direitos:

há uma ofensiva neoliberal em curso, pela oferta da cobertura universal de saúde, que caminha ao lado de uma ofensiva neoconservadora, por meio de um ideário moralizante e criminalizador, que visa a retroceder à perspectiva manicomial e filantrópica, no campo da saúde mental, álcool e outras drogas (FARIAS, 2019, p. 48).

Behring (2008) elucida que o processo de contrarreforma se dá a partir da negação dos direitos sociais, o que pode ser evidenciado de forma tangível em diversas políticas sociais. Essa afirmativa reflete o contexto atual da SM, em que muitos avanços foram conquistados a partir do processo de luta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas vários desmontes conduziram-na ao reforço de um caráter perverso, excludente, manicomial, proibicionista.

Azevedo e Souza (2017) discorrem acerca dos avanços obtidos a partir da Reforma Psiquiátrica, mas com o processo contrarreformista, que visa a lucratividade, fortalece os interesses às privatizações, às práticas como internações compulsórias fortemente reforçadas e se atenuam contrárias à perspectiva de atenção psicossocial.

O investimento em um processo contrário às perspectivas de atenção psicossocial e da Reforma Psiquiátrica, principalmente no que concerne às populações em situação de vulnerabilidade, como as que vivem na rua, em que se considera que a Internação Compulsória é uma reparação dos fracassos do Estado e das Políticas de Saúde (AZEVEDO; SOUZA, 2017, p. 503).

É importante salientar que o processo de contrarreforma exacerba as vulnerabilidades e as possibilidades de adoecimento. A contrarreforma do Estado entrelaça-se à contrarreforma

das políticas sociais e conseqüentemente a uma Contrarreforma Psiquiátrica, que institucionaliza ainda mais os corpos, contribui com a acumulação do capital por intermédio dos espaços em que ele se materializa, como os manicômios, e aprofunda o processo de crise sanitária (NUNES *et. al.*, 2019).

Já Amarante e Nunes (2018) apontam para os retrocessos que se condensam na saúde mental a partir de 2015, resgatando os aspectos manicomiais e desmontando a construção de todo processo de luta que se deu na busca pela consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tais aspectos não estão desalinhados das contradições inerentes à sociedade capitalista e suas vicissitudes. Incorporar a discussão do acirramento da contrarreforma no processo de aprofundamento do neoliberalismo e medidas de austeridade e suas expressões na Política de Saúde Mental faz-se necessário para entender os processos de resistência e retrocessos que se constituem nesse *locus*.

A perversidade se agrava nas formas que o capitalismo usa para se sustentar, parte da desumanização e de uma “normalidade” constituída por meio de uma destrutividade. Silva (2019) afirma que, ainda que se transmute o capital, permanece sua essência predatória que pode se manifestar em diversas nuances como no

aprofundamento das desigualdades sociais e os altos níveis de pobreza em descompasso com o aumento e a concentração da riqueza; o desemprego generalizado e a ampliação das condições precárias de trabalho; a regressão dos direitos sociais e a apropriação do fundo público pelas frações do capital; a criminalização dos movimentos sociais resistentes às opressões e à exploração da classe trabalhadora; a perda de espaços democráticos; a expansão do neoconservadorismo e da ultradireita; e a destruição do meio ambiente (SILVA, 2019, p. 9).

Aguça-se a correlação de forças e a direção das ações passa a ser priorizada a partir de mecanismos que reforçam as características supracitadas. As legislações normatizam as violações e legitimam as práticas cruéis e degradantes, organizando os padrões de cuidado por meio das bases de acumulação do capital.

Behring (2019)²⁵ elenca três projetos societários diferentes que se encontram em disputa no contexto atual, que são inescusáveis para se consolidar uma análise crítica acerca

²⁵ Tal referência foi feita no XVI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), onde Behring palestrou na Conferência denominada “Projetos Societários em Disputa e suas expressões no Serviço Social”.

da contrarreforma no Estado e que se concatenam com os acima colocados e nos fazem compreender as disputas em curso:

1º) Projeto da extrema-direita: assentado com maior vigor no Governo Bolsonaro. Apresenta traços fascistas com discursos aversos ao comunismo, exacerbando práticas de um regime totalitário, neoconservador, e a deslaicização do Estado é uma característica forte, uma vez que o ataque aos direitos é favorável ao capital e ao imperialismo.

A deslaicização é um ponto chave do processo de desconfiguração da luta antimanicomial, pois o proselitismo religioso versa sobre a maioria dos serviços destinados ao tratamento referente ao uso de álcool e outras drogas, que hoje são tomados pelas Comunidades Terapêuticas.

2º) Projeto tentativa de regular o capitalismo à face humana: esse projeto apresenta uma característica reformista através da humanização do capital. Assemelha-se à ideia do manicômio, que é, supostamente, convencer as pessoas de que ele é necessário, assim como o que se faz nele. Essa é a mesma função do capital!

Como afirmava Basaglia (1985), as instituições criadas por esse sistema estão a serviço das suas reproduções e revelam-se interligadas aos valores da classe dominante, que existem fundamentalmente para manipular a população por meio da manutenção de seus valores.

Aqui, se demonstra a hegemonia por um consenso e não por coerção, quando os valores vão sendo aglutinados pelos indivíduos de maneira consensual, os quais partem de uma aceitação naturalizada dos processos de violência da sociedade e definem-se ideias e valores da classe dominante em senso comum (GRAMSCI, 2007; COUTINHO, 2010).

É a violência policial, são as chacinas, a guerra às drogas, o racismo do cotidiano, a violência de gênero, a exclusão da sexualidade, o controle dos corpos, as contenções que dão dimensão ao processo de contrarreforma e localizam a falibilidade de uma sociedade. E aqui é válido recordar Fanon em sua carta de demissão do cargo de médico chefe do Hospital Psiquiátrico de Blida-Joinville, “inviável, uma sociedade que deve ser substituída”²⁶.

3º) Projeto de socialização da economia: é o projeto em que devem pautar-se as lutas sociais por meio da radicalidade e perspectiva revolucionária, em que ainda se tem brechas

²⁶ A carta pode ser facilmente encontrada na internet, mas, também, foi acessada por meio do livro de Basaglia, “A Instituição negada”, onde o autor coloca em apêndice ao documento, fazendo alusão a necessidade de reafirmar os preceitos revolucionários levantados por Fanon na carta.

para percorrer horizontes diferentes do que se parece sempre rumar. É onde se consegue fazer associação com a luta antimanicomial.

Com isso, observa-se a indissociável relação entre contrarreforma do Estado e Contrarreforma Psiquiátrica. *A Nova Política de Saúde Mental* (BRASIL, 2017), denominada assim pelo Governo Federal, traz em seu bojo a normalização dos processos desumanos de “cuidado”, quando aloca em sua constituição práticas manicomiais como basilares para com a conformação do campo da Saúde Mental²⁷. Há o enraizamento do discurso patologizante das relações de opressão e exploração legitimadas, sobretudo no saber psiquiátrico e aceitação de um modelo híbrido de atenção à Saúde Mental. Estes são contrapostos à concepção transformadora que se têm no movimento antimanicomial.

Nas bases capitalistas, a política de saúde está voltada ao modelo médico hegemônico pautado numa perspectiva mercadológica e apartada da concepção de determinação social do processo saúde-doença. É esse reforço da centralidade à doença que ganha tona, que vislumbra instituições interligadas aos valores da classe dominante. Ao criar normativas que reforçam a necessidade de hospitais psiquiátricos, demonstra-se que a função desses lugares é a manutenção dos valores dessa mesma classe (BASAGLIA, 1985).

Com isso, faz-se alusão ao fortalecimento dos manicômios como a única maneira de lidar com sofrimentos, no sentido de não questionar as suas estruturas enquanto processo gerador desse mesmo sofrimento. Essa afirmação equivale à seguinte: “o hospital psiquiátrico pode não ser o melhor, mas a rede não funciona, então, para isso, ele precisa existir”. Resgatamos a ideia de humanização do capital e das suas violências com a ideia de humanização e não extinção dos manicômios.

Diante das análises construídas, elencamos três falaciosos pilares que dão centralidade ao discurso da Contrarreforma Psiquiátrica e fortalecem-se nas narrativas, mas também dão mote ao direcionamento dos recursos: 1) epidemia de drogas; 2) aumento do nível de adoecimentos psíquicos²⁸; 3) os hospitais são necessários para o trato da crise psíquica²⁹.

²⁷Vide Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

²⁸ Já apontado pelo Relatório Mundial da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

²⁹ Esses pilares serão mais bem desenvolvidos no capítulo posterior, em que contará com a ligação que justifica cada ponto e como elas tomam materialidade no movimento de contrarreforma psiquiátrica.

A partir de 2016, com o golpe, os retrocessos criam ninhos mais consistentes para condensação. Com a Emenda Constitucional nº 95/2016³⁰, as medidas favoráveis ao mercado financeiro regulamentaram a relação capital e trabalho através das medidas de teto de gastos mediante a instituição do Novo Regime Fiscal.

Desse modo, as bases do cuidado em saúde mental têm se configurado uma gama de despriorização da garantia de acesso a serviços aos serviços substitutivos em favor da política manicomial, os culpabilizando pelo esfacelamento orquestrado pela lógica de oferta mercantil, biologizante, medico-centrada, hospitalocêntrica e que patologiza os corpos e as vivências.

³⁰ Para aprofundamentos em análises que discorrem acerca da EC nº 95/2016, ver: VIEIRA, Fabíola Sulpino.; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016.

CAPÍTULO III

4.1 INTERFACES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A destruição do manicômio é um fato urgentemente necessário, se não simplesmente óbvio (BASAGLIA, 2010, p. 26).

Este capítulo versa sobre a construção e algumas características da política de saúde mental, como se deram no Brasil seus modelos e interferências do campo normativo. Vale destacar que essa demonstração é feita através das análises críticas no campo da constituição dessa política, das suas nuances e relações dialéticas que demonstram tentativas atuais em retomadas de antigas práticas, as quais já foram superadas à época. A configuração da PSM se dá sob campos de disputas que tentam retomar a perspectiva manicomial, assemelhando-se aos modelos que não cabem mais nos avanços demandados e não incorporam as necessidades atuais do campo da saúde mental e da realidade brasileira.

Vale apontar que o processo de neoliberalização apresenta um cardápio de propostas antigas que se moldam com mais fidedignidade ao seu modelo de condução societária e tenta, por várias vias, concretizá-las com afinco. A Psiquiatria Democrática, que se faz estratégica para a superação de todas as reformas anteriores que ainda não questionavam a existência dos manicômios de forma enraizada, é esvaziada pela lógica de resgate de propostas que se assemelham a uma mistura de modelos antigos, como o de Pinel. Alguns modelos também são usados como espelho de reaproximação: Comunidades Terapêuticas³¹, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Preventiva. Ressalta-se que as contribuições dessas reformas foram fundamentais para garantir a possibilidade em alcance do modelo da Psiquiatria Democrática proposta por Basaglia e suas incorporações na Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica Brasileira. Vários atores são cruciais nessa trajetória, tanto em âmbito internacional quanto em suas relevâncias para o Brasil e no próprio bojo da sociedade brasileira, sem cair em análises anacrônicas das figuras, bem como dos modelos de reformas. No entanto, é basilar avançar no caminho da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial, na busca pela não repetição de erros passados, validando os ganhos já obtidos, que devem culminar na superação de todas as formas de manicômios.

³¹ Nesse caso, faz-se referência às Comunidades Terapêuticas de Maxwell Jones na Inglaterra que serão mais bem detalhadas à frente.

Compreende-se, também, que esse movimento de retomada aos moldes antigos sugestionados como “reformas” ou o “novo de alguma de coisa”, é totalmente alinhado aos procedimentos de contrarreforma, avaliado não apenas no âmbito da política de saúde mental, mas das políticas sociais no geral, que também se faz como centralidade deste trabalho.

4.1.1 Dos modelos de atenção à saúde mental: como foi e como é

Soar repetitivo não é a intenção desta série. Existe uma gama de textos, estudos, livros e reflexões que demonstram, de forma nítida e contundente, como se deu a construção da Política de Saúde Mental no Brasil. Amarante (1995; 2007) consegue apontar, de maneira linear e crítica, o curso do desenvolvimento da saúde mental no Brasil e suas interfaces, apoiado na tradição Basagliana e toda a sua influência para a luta antimanicomial brasileira. O que se tenta apresentar aqui são essas construções em diálogo com as contradições e os retrocessos atuais que se dão no seio da Contrarreforma Psiquiátrica (AMARANTE; NUNES, 2018; COSTA; MENDES, 2020a).

O percurso construído no Brasil para e com a saúde mental tem sua gênese calcada na colonização e, para isso, é fundamental entender as especificidades brasileiras para construir análises verossímeis. Passos (2018) apresenta a relação manicomial e, sobretudo, os retrocessos a partir de uma perspectiva interseccional que compreende as relações de gênero, raça e classe de maneiras indissociáveis. A partir desse olhar, a autora resgata elementos fundantes da realidade desigual, racista, misógina, machista e Lgbtfóbica nos quais está assentada a estrutura do nosso país, e não menos o modo de produção capitalista. Demonstra como os retrocessos no âmbito da saúde mental ganham maior força com o golpe em 2016 e se dão por vantagens na lógica de exclusão, violência e segregação, sobretudo dos corpos pretos.

Nessas análises, é possível observar que os entraves para a consolidação de uma reforma psiquiátrica pautada na luta antimanicomial não se dão apenas no campo institucional, mas estão expressos nas próprias relações sociais e são totalmente funcionais para esse modelo que carrega a exclusão como regra para sua manutenção. Isso remonta a perceber que não são apenas atualizações de modelos anteriores, mas a própria função do capital sendo cumprida, como já apresentado no capítulo anterior.

Tentativas de enxugamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira são totalmente condizentes com os objetivos da guerra às drogas, o que aponta o relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2021), ao demonstrar as despesas do Governo Federal no que diz respeito a política sobre drogas. Conforme também delineado por matéria jornalística, “menos saúde, mais repressão: prioridades mudam no combate às drogas no Brasil”³², a destinação orçamentária se deu com maior ênfase em políticas desenvolvidas pelo Ministério da Justiça, em detrimento daquelas ofertadas pelo Ministério da Saúde. Isso significa maior investimento em serviços asilares como as Comunidades Terapêuticas e alijamento do investimento nos serviços substitutivos como Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (Caps ad) e Unidades Acolhimentos Transitórios.

O que Fanon (2020) já apontava como parte da dinâmica da colonização demonstra com maior veemência as suas raízes fincadas no solo da violência, que se agarram para retroceder os avanços que foram obtidos. São formas de reforçar a lógica colonial e legitimar, por meio institucional, política e assistencial as práticas que ainda condensam o caráter asilar.

Para tanto, é importante compreender a história e suas determinações na atualidade. Muitos aspectos visam retomar movimentos que ora foram necessários, mas que não cabem no contexto e nas necessidades atuais. Com isso, é fundamental olhar essas construções da saúde mental dialeticamente, no sentido de vir à atualidade, retomar o passado e entender as conformações, no movimento de tese, antítese e síntese.

Abaixo, segue um quadro com uma comparação entre os modelos de reformas desencadeadas no mundo desde o pós Segunda Guerra Mundial e as tentativas de aproximação desses modelos na atualidade como formas de negar a Reforma Psiquiátrica Brasileira e consolidarem os retrocessos da Contrarreforma Psiquiátrica. E, a partir disso, serão construídas as análises que dão mote a essas observações.

Destaca-se que o intuito não é descaracterizar os acontecimentos ou trazer anacronismos às construções, mas demonstrar a possibilidade de retorno por meio das aproximações que se disseminam.

³² Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57057664>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Quadro 2 – Modelos de reforma e tentativas de aproximação na atualidade

MODELO	ASPECTO CENTRAL	TENTATIVAS DE APROXIMAÇÃO
Comunidade Terapêutica	Reforma no interior do Hospital Psiquiátrico por meio do envolvimento dos sujeitos com o espaço	Modificações por dentro do Hospital Psiquiátrico; Considerar o modelo revolucionário.
Psicoterapia Institucional	Tratar a instituição	Humanização do Hospital Psiquiátrico
Psiquiatria de setor	Criação de serviços territorializados	Modelo híbrido
Psiquiatria preventiva	Prevenção de doenças mentais	Higienismo

Fonte: elaboração própria com base em AMARANTE (1995).

Para essa elaboração, foram utilizados três referenciais teóricos básicos que contam a trajetória das reformas psiquiátricas, Amarante (1995; 2007) e Rotelli (1994). Já para as análises, foram utilizados textos e documentos que demonstram essa tentativa de aproximação com reformas passadas, sendo um dos principais documentos que deram direção para essa análise o “Diretrizes para um modelo de atenção integral à saúde mental no Brasil”, 2020, construído pela ABP em parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD) e Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp).

O documento é um conjunto de propostas que se colocam como melhor opção para o campo da saúde mental frente à atualidade. No entanto, a ABP é o segmento que mais se faz alinhado ao campo manicomial com suas constantes propostas e defesas de manutenção do manicômio e pauta o cuidado pela lógica biologicista de medicalização da vida. A ABP sempre demonstrou seu distanciamento de uma perspectiva alinhada à psiquiatria democrática desde a década de 80, quando se distanciou do Movimento dos Trabalhadores em Saúde

Mental (MTSM)³³ e acaba estabelecendo uma aura de confrontação política (AMARANTE, 2007).

Diferente do MTSM, a ABP não assumiu postura de radicalidade política frente às mudanças no campo da SM e não se pretendeu à indisposição com a ala conservadora, sempre se colocou no campo mais tradicional da psiquiatria e adotou o discurso do “mais técnico e menos político” (AMARANTE, 2007). Entretanto, vale questionar qual técnica se adota, uma vez que a ciência – aqui especificando o campo da saúde mental, conforme já apresentado no Capítulo I – não se faz apenas diante da ordem biologicista, mas também é permeada de confrontos políticos. Afirmar que a ciência se constrói apenas na ótica tradicional é negar os avanços e a própria capilaridade dos pressupostos da atenção psicossocial.

- **Modelo:** Comunidades Terapêuticas

Aspectos do Modelo: as CTs foram modelos que se deram ainda no ambiente asilar. Iniciadas com Maxwell Jones no final da década de 1950 na Inglaterra, embora as experiências anteriores a essa década tenham dado o pontapé para o desenvolvimento desse modelo. Partiu-se da concepção de que era necessário o envolvimento dos “pacientes” com o espaço do hospital psiquiátrico, a partir das trocas coletivas e a horizontalidade nas relações. Rotelli (1994) sinalizou que esse modelo não ia na raiz da exclusão, uma vez que o problema se fundamentava nos manicômios e a Comunidade Terapêutica não os questionava. Foi marcada pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, tendo como objetivo a mudança da dinâmica institucional asilar. Existia, nesse modelo, uma motivação no sentido de recuperar a força de trabalho daqueles que se encontravam internados.

A despeito disso, ocorreram transformações importantes, mas que ainda tinham o imperativo do trabalho na sua gênese, ao passo que também buscavam romper com a lógica de hierarquização entre usuários e profissionais.

Tentativas de Aproximação: o documento lançado em dezembro de 2020 pela Associação Brasileira de Psiquiatria, que se conforma no seio dos retrocessos, já apresentava os velhos moldes, buscando se enraizar em espaços de necessárias superações. Quando a Associação

³³ Será mais bem desenvolvido no capítulo posterior.

demonstra que não há eficácia na condução dos serviços de base territorial como os Caps, nota-se uma valorização do espaço asilar enquanto local primordial de tratamento.

A reatualização no modelo para Comunidade Terapêutica pode ser visto em dois momentos:

1) Quando a ABP justifica a valorização dos hospitais psiquiátricos em detrimento de outros serviços, como hospitais gerais, sob o discurso de uma equipe diversificada e um melhor atendimento às necessidades específicas,

os diversos serviços devem contar com equipes multiprofissionais e seus componentes devem atuar interativa e integradamente, cada um exercendo o papel que é próprio de sua profissão, fazendo aparecer as relações de colaboração existentes entre todos, sempre em benefício dos pacientes e do compromisso com a atenção sanitária integral que lhes é devida (ABP, 2020, p.8).

2) No âmbito das Comunidades Terapêuticas da atualidade, em que se demonstra que é possível nesse modelo de espaço asilar promover discussões entre os “internos” para a melhor oferta daquele serviço, a FEBRACT apresenta a seguinte justificativa ao destacar a importância das CTs:

a proposta de Maxwell Jones, realmente revolucionária, era a de democratizar essa estrutura diminuindo drasticamente a separação entre os diferentes níveis, estimulando a comunicação entre todos os membros, incluindo todos (inclusive o ambiente) no processo terapêutico, fazendo com que os internos participassem da condução do dia-a-dia da Comunidade. As Assembleias Gerais com a participação dos internos, todos com o direito de perguntar e de expor suas ideias, garantem a manutenção dos objetivos propostos (FEBRACT, 2013).

O *primeiro* erro do enunciado é afirmar que a proposta é revolucionária, pois, assim como apontou Rotelli (1994), a CT não vai na raiz do problema e se fundamenta no interior do próprio ambiente asilar. O *segundo* é que o seu discurso é uma tentativa de aproximação desse modelo, mas ainda assim é uma investida frustrada. Cai num erro duplo, o de tentar fazer o que deveria ser superado e ainda sobre bases equivocadas, uma vez que os pilares (que estarão mais à frente) das CTs atuais não estão calcados em democratização e construção de um real processo terapêutico. Ao contrário, se fazem sob a imposição e uma única via de “tratamento”.

Contudo, demarca-se também que ambas possuem suas diferenças tanto no âmbito teórico-conceitual, como em sua operacionalização prática. Ainda que as Comunidades Terapêuticas Inglesas não tenham sido revolucionárias, elas geraram questionamentos e romperam com os padrões estabelecidos naquele momento; trouxeram possibilidades de avanços para as reformas posteriores que, no momento, apresentavam objetivos que não deturpavam o real significado do termo. Nesse sentido, os modelos são dissonantes e as atuais “Comunidades Terapêuticas” não apresentam semelhanças reais às Inglesas.

- **Modelo:** Psicoterapia Institucional

Aspectos do Modelo: o modelo da Psicoterapia Institucional nasce na França, em 1952, com François Tosquelles e Frantz Fanon. Apesar das concepções muito críticas, ainda se concentrava no âmbito do Hospital Psiquiátrico, entendendo que a reformulação do ambiente institucional modificaria a lógica violenta e repressiva que imperava até o momento.

Com o apoio de uma sólida orientação marxista e da resistência francesa, começam a denunciar o caráter totalizador e segregador da psiquiatria. Apesar de ter o horizonte na abolição das estruturas coercitivas e ter um olhar, em determinados momentos, de atravessamento da instituição, ainda pautava o tratamento da própria instituição.

O pedido de demissão de Fanon, como já apresentado anteriormente, demonstra que suas reflexões não cabiam na reatualização do caráter asilar. Apesar disso, esse modelo tinha criado um caminho interessante para o questionamento das estruturas manicomiais, porém Fanon não se basta com esse modelo, a partir da sua compreensão radical da sociedade colonizadora que define o processo de sofrimento.

Tentativas de Aproximação: o espectro que se cria sobre a necessidade do Hospital Psiquiátrico no conjunto dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial pode ser aqui entendido como uma aproximação de reatualização da Psicoterapia Institucional.

Apesar da acriticidade, a lógica de humanização dos hospitais psiquiátricos e não a sua destruição, assim como a defesa do modelo híbrido da Raps, não entende mais os serviços como substitutivos, mas complementares, que contemplam uma rede harmônica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Acrescenta à rede de saúde mental os serviços de Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, porque há uma elevação da valoração

desses serviços, conforme aponta o relatório do IPEA (2021), que demonstra maior investimento de recursos em CTs no âmbito da Política Sobre Drogas. E, de acordo com o Oliveira (2017a), a partir de 2016 há um declínio nos gastos extra-hospitalares.

A ABP (2020) afirma que os serviços de nível terciário são insuficientes em formato e número, e os existentes se deterioram progressivamente, com grave comprometimento da qualidade da assistência. E, ao mesmo tempo, alude um desrespeito à Lei nº 10.216/2001 em razão da não valorização dos serviços especializados, como hospitais psiquiátricos. Considera-se essa afirmativa uma falha de análise, uma vez que a Reforma Psiquiátrica não tem direcionamento para a valorização de serviços fechados, ao contrário, trata da preferência do tratamento em serviços de base comunitária. O discurso que se cria sobre a necessidade dos hospitais psiquiátricos no conjunto dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial pode ser aqui entendido como uma aproximação de reatualização da Psicoterapia Institucional.

- **Modelo:** Psiquiatria de Setor

Aspectos do Modelo: se deu na França, na década de 60, com Bonnafé. Tal modelo atravessou o espaço do manicômio e contestou o modelo da psiquiatria asilar. Reivindicou a transformação imediata dos hospitais psiquiátricos e visou o tratamento no território, com internações breves. Foi pensada por psiquiatras progressistas.

Uma das motivações para esse surgimento é a de que a psiquiatria asilar havia se tornado muito onerosa e inadequada para lidar com as novas patologias decorrentes do capitalismo avançado, definindo, assim, como uma “crise dos valores burgueses colocando em perigo a ideologia dominante” (AMARANTE, 1995, p.35). É adotada uma divisão geográfica territorial, visualizando o hospital apenas como um lugar de breve passagem.

Rotelli (1994) identifica a problemática da Psiquiatria de Setor diante do fato em conciliar os serviços externos com os serviços asilares. O modelo não pautou nenhuma transformação em relação à cultura da psiquiatria tradicional, ou seja, propôs mudanças técnico-assistenciais, mas se limitou no que diz respeito aos aspectos teóricos e culturais.

Tentativas de Aproximação: os argumentos falsários da ala conservadora que diz valorizar os serviços da rede territorial e que, portanto, devem ser complementares e não substitutivos, recai nas alegações do modelo, que diz reconhecer os serviços do território, mas não se

propõe a fazer uma leitura da gênese da psiquiatria do trato da loucura nos serviços fechados, os quais não questionaram.

Um grande exemplo dessa aproximação são os discursos disseminados pelas Comunidades Terapêuticas. A retórica da Febract é de valorização das escolhas individuais, considerando que alguns casos podem ser tratados em serviços abertos e que, após a internação, serão ponte de apoio para o “processo de recuperação”. Esse argumento se assemelha à definição de prevenção e pós cura da psiquiatria de setor (AMARANTE, 1995).

As manifestações da ABP também se dão nessa consonância, pois reafirmam a defesa de uma rede territorial, mas que esteja alinhada a uma maior valorização dos serviços especializados. Dizem haver desinvestimento em serviços hospitalares e maior investimento nos comunitários. Não obstante, afirmam que não há eficácia em certos serviços, por exemplo, os Caps.

- **Modelo:** Psiquiatria Preventiva

Aspectos do Modelo: nasceu nos Estados Unidos com Gerald Caplan na década de 70, que atuava na prevenção e promoção das doenças mentais. O preventivismo tinha o imaginário de salvação: “se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade” (AMARANTE, 1995, p.37). E tinha como objetivo ir às ruas buscar “suspeitos”.

Tentativas de Aproximação: se assemelha ao discurso higienista de guerra às drogas, que tem como objetivo construir uma “sociedade sem drogas”, principalmente a partir de preceitos policiais e repressores. Parte da construção de um imaginário de sociedade sem drogas tendo algumas modalidades de poder interferindo diretamente nessa construção do saber-fazer. Busca-se atenuar os fatores progressistas a partir das barreiras militares, econômicas e diplomáticas.

Um exemplo de lógica repressiva é o enraizamento do estigma aos usuários de drogas e a relação com o tráfico. Nesse sentido, são criados mecanismos legais para reforçar essa perspectiva, por exemplo, a política de abstinência. Há a construção de um atrelamento entre psiquiatria e direito penal que conduz às práticas reacionárias e moralizantes e reforça a lógica das instituições totais atravessadas pela periculosidade da loucura que alinha o discurso

medicalizante ao da psiquiatria tradicional com o saber jurídico de preservação da ordem e da vida (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

O esfacelamento das possibilidades de investimento em política de redução de danos em favor da lógica de abstinência impera. Um discurso que ignora a realidade brasileira, sobretudo da juventude periférica, preta e pobre.

Dessa forma, salienta-se que para compreender o campo que se tem hoje, foi preciso vivenciar tais experiências que naquele momento faziam parte da realidade e da necessidade de vivenciá-las para conceber os avanços atuais. Mas, como já percebeu Fanon ao escrever sua carta de demissão em 1954, o processo de reformas dentro da própria instituição era uma “desumanização sistematizada” (BASAGLIA, 1979, p. 320). A carta do psiquiatra demarca o lugar de radicalidade que antecede os preceitos do modelo da Psiquiatria Democrática, mas que foi basilar para seus pressupostos. Fanon optou – e teve essa possibilidade – pela revolução, e explicitou na carta, citada por Basaglia na finalização de seus escritos sobre a instituição negada:

Fanon pôde escolher a revolução. Nós, por razões objetivas evidentes, estamos impedidos de fazê-lo. Nossa realidade é ainda continuar vivendo as contradições do sistema que nos determina gerindo uma instituição que negamos, exercendo uma ação terapêutica que refutamos, negando que nossa instituição – que devido a nossa própria ação tornou-se uma instituição da violência sutil e disfarçada – continue a ser *apenas* funcional ao sistema; tentando resistir às armadilhas das sempre renovadas ideologias científicas com as quais tende-se a sufocar as contradições que temos por dever tornar mais explícitas; conscientes de estarmos empreendendo uma tarefa absurda ao quereremos fazer existirem valores quando o não-direito, a desigualdade, a morte cotidiana a morte do homem são elegidos como princípios legislativos (BASAGLIA, 1985, p. 322, grifo do autor).

Com isso, apreende-se tanto das reflexões de Fanon, quanto do próprio escrito de Basaglia, que o apontamento sempre será a revolução. O que mudará será a direção do contexto e realidade política daquele momento. Conquanto, o retrocesso não deve ser uma opção quando uma possibilidade de mudança mais radical foi instalada.

O explicitado no manifesto de Bauru, escrito em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, precisa ser colocado em evidência para demonstrar que existe oportunidade de subverter aquilo que está sendo tolhido de existência. A radicalidade

na luta por uma sociedade sem manicômios está pautada na não discriminação e não exclusão, bem como na ruptura total dos manicômios nas suas várias dimensões³⁴.

Ressalta-se que a psiquiatria reformada (ROTELLI, 2001), referente às reformas que se deram após o período de Pinel, já se conformam no campo das rupturas e questionamentos aos modelos asilares. Muitas carregavam possibilidades revolucionárias. No entanto, o que se pretende mostrar aqui são características atuais que tentam retomar e não avançar. Destaca-se que a maneira cuidadosa em que as análises foram postas e que não visam desqualificar os avanços no campo da Reforma Psiquiátrica, é apenas um caminho de compreender que mais se quer recuar do que avançar.

Podemos imaginar que as tentativas de reatualização se assemelham aquilo que Oliveira (2017b) chamou de atitude medieval³⁵. O revisionismo incorporado por esses segmentos trata do objeto pobre (ROTELLI, 2001) e desvincula as possibilidades conquistadas pela luta antimanicomial e reforma psiquiátrica. São realidades que o Brasil não experienciou assim como outros países, mas que o setor conservador e liberal sempre almejou. Sendo assim, são possibilidades de injetar aquilo que não foi visto como atualização para se aproximar de uma parecida modernização conservadora (MOTA, 2009).

Destaca-se, também, um ponto fundamental que diz respeito à perspectiva Pineliana (referente à Pinel), que, como denomina Basaglia (2010), criou uma atmosfera de “pseudoliberalidade” ao “desacorrentar” os loucos. Essa corrente de Pinel ainda é muito visível na atualidade e seu reforço é cada vez mais evidente, pois o médico acreditava que a “cura” se dava por meio do trabalho, ou seja, as pessoas precisavam exercer atividades laborativas dentro dos hospitais psiquiátricos para se livrarem do processo de alienação.

No caso da antipsiquiatria, que nasce na década de 60 com David Cooper, não se observam essas tentativas de aproximação. O movimento da antipsiquiatria surge com psiquiatras progressistas em meio aos movimentos de contracultura. Assim, demarcou uma crítica radical ao saber médico psiquiátrico tradicional, buscou romper com o modelo vigente

³⁴ O manifesto de Bauru encontra-se disponível na íntegra. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

³⁵ Disponível em: http://www.unisolbrasil.org.br/2015/wp-content/uploads/2018/01/AFOL_20180122_ABRASME_CRONICASDARESISTENCIA.pdf. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

e questionou o objeto doença mental. Considerou, também, a loucura situada no contexto político e social e a entendia, e trouxe fortes contribuições para a tradição basagliana, mas ainda posta sob limites (AMARANTE, 1995). Não obstante, o reforço ao discurso de centralidade na doença que se vê na atualidade não permite que essa seja uma reforma “almejada”.

Contudo, é importante atentar-se ao que Passos (2015) chama a atenção. A autora elucida que os limites da Reforma Psiquiátrica Brasileira se deram no limiar da emancipação política, e para ir além, é preciso a superação da lógica dessa sociedade e da maneira como os sujeitos são subjetivados a partir dela. Ela aborda que é necessária uma postura da classe trabalhadora em reconhecer suas opressões e se assumir como classe, dando um passo da consciência em si para a consciência para si (revolucionária). Reconhecer-se e se alinhar coletivamente é fundamental para romper com essa lógica de opressão e exploração que se dá além do campo privado.

É necessário reestabelecer não apenas a forma de ver o processo de adoecimento psíquico do indivíduo, mas toda a estrutura em que ele está calcado, e como se coloca diante do seu sofrimento, questionando premissas que reforçam a centralidade da lógica do capital no trato à saúde mental, como o tratamento por meio do trabalho, do consumo e do encaixe em padrões estabelecidos (PASSOS, 2015).

4.1.2 Reatualizações manicomiais e a barbárie das violações

Ao observar as tentativas de dos modelos em saúde mental aos moldes antigos e tradicionais, percebe-se que esses movimentos vão se costurando com o processo de Contrarreforma Psiquiátrica e se legitimam quanto mais os retrocessos vão se consolidando nos campos teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural (AMARANTE; GULJOR, 2005).

Um grande exemplo da atualidade são as Comunidades Terapêuticas. De acordo com o IPEA (2017), o modelo de cuidado proposto pelas CTs está pautado nos pilares do trabalho, disciplina e espiritualidade, já Passos *et al.* (2020), afirma seu fundamento sobre o tripé isolamento, trabalho e religião. As Comunidades Terapêuticas, por serem maioria de cunho religioso, têm sua metodologia com foco em questões voltadas a essa cosmovisão e a droga é vista como um impeditivo de vida, que tira o sujeito das suas possibilidades de viver e, para

isso, precisa isolar-se para que seja curado – nesse caso, pelos pilares aqui mencionados – e retome ao seu cotidiano.

A relação das CTs com a lógica pineliana se dá em algumas esferas que serão mais bem desenvolvidas: *isolamento*, *correção moral*, *cura*, *disciplina* e *trabalho*. No entanto, a última categoria não apenas tem semelhança com os fundamentos de Pinel sobre o tratamento, mas também sobre a própria lógica capitalista e neoliberal.

Isolamento: na concepção Pineliana, o isolamento foi o primeiro modelo terapêutico introduzido. O psiquiatra pensava a *alienação mental* como uma associação à periculosidade, assim como Amarante (2007) faz menção a Kraepelin, para quem o alienado constituía um perigo para si e para os outros. Para isso, Pinel considerou essencial o isolamento do mundo exterior para alcançar o caminho adequado de tratamento. O hospital era considerado o espaço onde não havia interferências para o tratamento, “lugar de propósito de cura, não apenas de morte” (AMARANTE, 2007, p. 31). Sabino e Cazenave (2005) apresentam as Comunidades Terapêuticas como esses espaços de “cura”, pois

trata-se de um sistema estruturado, com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afetos controlados, através de normas, horários e responsabilidades. Toda estrutura é para que o paciente se situe totalmente no tratamento, sendo assim, o trabalho intenso, tanto pela equipe profissional, quanto pelos pacientes (SABINO; CAZENAVE, 2005, p. 168).

O controle é central para lidar com a questão do uso de substâncias psicoativas (SPA) e o aumento significativo de Comunidades Terapêuticas é valorado pela Febract conforme apresenta a grandeza de suas manifestações. Enquanto os segmentos progressistas pautam a lógica das CTs no âmbito do reforço da violência, como apontada pelo documento fruto do processo de fiscalização (CRP, 2018), o campo da ala conservadora aclama os avanços no financiamento de Comunidades Terapêuticas, pois é o lugar de ligação da “nova loucura” com o cuidado.

Correção moral: a perspectiva de correção moral se dá muito imbricada ao isolamento. A conduta moral é um dos objetivos do “tratamento” das CTs e frequentemente focadas nos fundamentos cristãos, no amparo emocional e psicológico, o que se atrela à figura de um Deus, que se coloca como consolador, mas também como o responsável pela vigilância e julgamento moral (SANTOS, 2018). Conseguir sair do uso da substância, justifica-se pela

ajuda de um Deus amparador, porém, o contrário se dá pela responsabilidade de um fracasso individual.

De acordo com os preceitos das CTs, quem faz uso de substância e acarreta prejuízos por essa relação com uso apresenta disfunções em várias ordens, que se definem como uma destruição da sua condição de *sujeito moral*,

as pessoas que fazem uso problemático de drogas estariam destituídas da condição de *sujeito moral* e alienadas de sua razão, de sua vontade e de sua capacidade de responsabilizar-se. É com base nesse entendimento que essas instituições pretendem operar uma transformação subjetiva-moral dos indivíduos que nelas são internados (SANTOS, 2018, p. 12).

O último relatório de inspeção das CTs faz essa alusão às práticas desenvolvidas nesses ambientes com o modelo de tratamento do século XVIII. Relatos de internos afirmam o viés moral que é crucial para fundamentar as práticas disseminadas no âmbito das CTs. Há Comunidades Terapêuticas que recebem adolescentes em medida socioeducativa e que também reforçam mais ainda a punição através da correção moral, além de violarem os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e não oferecem as condições de um espaço adequado para as suas condições peculiares com pessoas em desenvolvimento (CFP, 2018).

Essas construções morais não são atuais, o próprio conceito de dependência química – que se dá no paralelo da doença e da corrupção de si³⁶ – é um conceito moralmente construído, sem levar em conta contextos e realidades, e que sustenta o discurso da guerra às drogas, por exemplo (SANTOS, 2018).

Esse modelo tem o intento de correspondência ao padrão moral estabelecido, o qual pauta a sua vinculação na produtividade, na disciplina e em Deus (SANTOS, 2018). Busca-se chegar à forma pura dessa sociedade, negando todas as multiplicidades de vivências, bem como todas as condições que levaram às construções subjetivas das pessoas.

Disciplina: a sua imbricação com os pontos anteriores já aponta para a apresentação desse aspecto, no entanto, buscar-se-á ater-se aos detalhes das características disciplinares.

Este campo costuma sempre apresentar uma relação de usurpação por meio do

³⁶ Aqui também se parte dos dissensos que muitas vezes pairam o campo da psiquiatria *versus* o campo da religiosidade, por serem os próprios conflitos das narrativas hegemônicas. Também perpassa o discurso da abstinência e redução de danos.

trabalho. Nas Comunidades Terapêuticas, a laborterapia é considerada como uma terapia por meio do trabalho calcada por intermédio de uma prática disciplinar, e o disciplinamento tem como objetivo a introdução no mundo do trabalho, através do que se denomina “ressocialização” (SANTOS, 2018).

A noção de sujeito ressocializado parte da premissa de que deve haver um enquadramento no *modus operandi*, sobretudo a partir da inserção no trabalho. No entanto, é um trabalho baseado na exploração, e não um trabalho associado³⁷, que costuma depositar a responsabilidade unicamente no indivíduo e não resgata uma análise de totalidade e de conjuntura ao pensar esse processo de “ressocialização” e “adequação”, conforme também já apontado por Zgiet (2018). Outro ponto observado na lógica do disciplinamento é a prática religiosa devocional, pois a possibilidade de negar as rotinas religiosas não costuma ser uma opção, já que se apresenta como fundamento desse cuidado, o que já implica em uma violação de direito, uma vez que aquele ou aquela não compactuante com a religião ou com a forma de espiritualidade colocada naquele espaço, não tem a possibilidade de escolhas no momento do “tratamento” (CFP, 2018).

Natalino (2018) apresenta a análise dos aspectos disciplinares que indicam as características de totalização: atividades compulsórias, obrigatórias e aplicação de sanções por descumprimento de regras. A noção que paira é a da criminalização, do punitivismo e da culpabilização, quando fazer uso de substância é uma fuga, e a regra é a disciplina.

Há também um grande incremento da religiosidade nesses espaços, por ter a ideia de que a religião está interligada ao ideário de cura e salvação (CFP, 2018). Ora, se a droga é considerada um demônio ou um impeditivo de vida e uma causa irremediável de morte, é fundamental um elo que separa o usuário daquilo que lhe trouxe disrupções, que é o disciplinamento da moral e da cura. Das 28 CTs inspecionadas pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, todas apresentaram relação com alguma religião específica ou espiritualidade em geral (MNPCT, 2018).

³⁷ Para aprofundar o tema, conferir as seguintes obras: MARX, Karl. Manifesto de lançamento da Associação Internacional dos Trabalhadores. In: MARX, K.; ENGELS, F. **Obras escolhidas**. vol. 1. Rio de Janeiro: Vitória, 1956b. p. 348- 357; SOUZA, Jean Adriani de *et al.* **O trabalho associado em Karl Marx**: contribuição ao debate acerca do cooperativismo e da transição. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina, 2008; TONET, Ivo. **Educação, cidadania e emancipação humana**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005.

Essa dinâmica já demonstra o que Costa e Mendes (2020b) apontam sobre a capilaridade das religiões neopentecostais e a consonância com o seu projeto de poder. No relatório apresentado pelo IPEA (2017), 44,2% das vagas de CTs possuem a orientação pentecostal. Esses atravessamentos reverberam na esfera política que se concretiza na condução dos serviços, em que a primazia é o apoio apresentado a tudo aquilo que corrobora com o avanço do neoconservadorismo e que se alinha aos projetos de governos que vão se assentando com mais forças nos últimos anos³⁸.

Não apenas no âmbito das Comunidades Terapêuticas, mas essa característica da religião também foi verificada em muitos hospitais psiquiátricos no Brasil a partir do Relatório Nacional de Inspeção do MNPCT (2018). Vários relatos de intolerância religiosa foram identificados no interior desses espaços, muitas atividades de cunho religioso são obrigatórias e punições foram deflagradas diante da recusa de usuários em participar dessas atividades.

Nesse sentido, observa-se o disciplinamento sendo exercido por diversas vias, “são duas as tônicas deste cenário: a finalidade de contenção e o objetivo de devassar o domínio privado do corpo e de suas expressões íntimas” (CFP, 2020). Isso ocorre por meio de dispositivos que existem para dar concretude à lógica do controle e do enquadramento.

Trabalho: tal lógica é disseminada nesses espaços asilares, mais comumente nas Comunidades Terapêuticas, e tem a finalidade de gerar a correção por um meio de exploração que se maquia como uma possibilidade de sentir-se útil.

Geralmente, as atividades de trabalho estão ligadas tanto à preservação do local em que se encontram como àquelas que geram algum lucro e produtividade para manutenção da instituição (SANTOS, 2018). O ideário comumente difundido tem relação com a própria lógica de exploração pela via do trabalho que nossa sociedade carrega e caminha junto com esses ambientes. A sensação de gratidão pelo espaço que acolhe deve ser paga pelo trabalho, por meio da exploração.

³⁸ Para aprofundar o debate sobre o neopentecostalismo no bojo da sociedade brasileira, se ater à referência mencionada.

Há também a recompensa das tarefas exercidas. É semelhante a um patamar da corrida de uma redoma que se criou para colocar aqueles que melhor atenderam aos objetivos da força exploratória. Relatos sinalizam que dentro do HP aqueles que conseguiam produzir e construir coisas eram mais valorizados do que os que não se encontravam estáveis para exercer trabalhos demandados pela instituição.

A demonstração de que esses lugares são instituições totais se vê quando o relato sobre o trabalho diz respeito à diminuição do tempo naquele espaço, como demonstra o seguinte trecho: “eu ajudo pra passar mais rápido pra ver se consigo ir embora mais rápido” (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG)³⁹.

Eis nisso o grande perigo de pensar apenas o limiar da emancipação política no que tange o campo da LA e da RPB. É necessário construir uma saúde mental que não valorize a elaboração do sofrimento por meio do enquadramento no *status quo*, mas que ofereça a radicalidade de romper com os padrões estabelecidos para essa sociedade, como muito bem já analisou Passos (2015). Essa lógica de “reabilitação” por meio do trabalho é totalmente condizente com os pressupostos das estruturas tradicionais, que são disseminados por entidades como a ABP.

Nesse sentido, observa-se que esses moldes e fundamentos têm suas raízes calcadas na exploração e no controle moral dos corpos. A exploração pelo trabalho é uma forma de disciplinamento, punição, mas que também é vangloriada quando exercida. É um trabalho que não se constrói sobre um Plano Terapêutico Singular (PTS) e que se desenvolve totalmente alinhado aos próprios preceitos neoliberais de exploração e de exigências exacerbadas, seu horizonte será sempre a maximização do lucro em detrimento da integridade do ser humano e da luta por uma sociedade que não vise punição, opressão e exploração,

cada um dos exemplos ratifica o perfil desses espaços como expressão contemporânea de segregação. À margem das normas, vêm sendo utilizados como mecanismos para afastar pessoas – e seus problemas – do convívio social (CFP, 2018, p. 136).

³⁹ Relato contido no Relatório de Inspeção Nacional dos Hospitais Psiquiátricos, 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Esses pilares são próprios da sociedade colonial, que se dá sob disciplina, trabalho explorado, controle e segregação dos corpos. É impossível dissociar valores da ordem de instituições que se colocam totalmente aos seus serviços, baseados numa ótica de proibição não só da droga, mas do sofrimento. O neoliberalismo se dispõe a usar o sofrimento como máquina do sucesso.

A relação de violência e marginalização impetrada por esses espaços é totalmente atrelada ao que apregoa essa lógica determinista, que reforça o imaginário da periculosidade e, no caso das drogas, da perda de tudo, pelo fato de usá-las. A exclusão é gerada pelo próprio contexto, pela própria lógica do capitalismo.

4.1.3 O sofrimento capitaneado pelo neoliberalismo

Pensar o processo de sofrimento nesse modelo de sociedade tem suas interferências específicas. A ideia não é ser futurista, em que se pretende conceber possibilidades de elaboração do sofrimento em sociedades futuras e que devem ser melhores a depender das projeções. No entanto, compreende-se esse modelo atual como aquele que gera e gerencia o sofrimento psíquico (SAFATLE; DA SILVA JUNIOR; DUNKER, 2021).

O segundo capítulo apresentou as características do modelo neoliberal, e aqui o reforçamos não apenas como um modelo econômico, mas como um modo de organizar as vidas a partir das suas projeções e pretensões. A subjetividade é moldada a partir do que se coloca como norte a ser alcançado e as cobranças que são utilizadas como justificativa para um sucesso que gera extenso sofrimento.

Essa noção de gestão do sofrimento capitaneado pelo neoliberalismo o coloca como lucro. A junção do saber médico com o saber jurídico é basilar para a compreensão dessas premissas e que vão com mais força ao encontro do processo de Contrarreforma Psiquiátrica. Pensar esse modelo de SM que tem se estabelecido hoje, não apenas remanicomializado, mas baseado na lógica individual da própria competição, não é atual, mas dado o contexto e a localidade, as suas conformações criam adaptações.

A relação do neoliberalismo como gestor do sofrimento se dá em grande medida pela apropriação do dinheiro público em serviços de caráter manicomial, e isso vem enraizando cada vez com mais com o processo de enxugamento orçamentário no campo da saúde mental

(COSTA; MENDES, 2020a), e também com um fomento a serviços de base manicomial. No último governo, houve uma expansão gigantesca do investimento em Comunidades Terapêuticas⁴⁰, um fomento que deveria ser colocado em serviços territoriais é desviado para financiar equipamentos de caráter asilar. De acordo com o relatório de inspeção das CTs (CFP, 2018), as informações referentes aos valores recebidos por cada local foram pouco específicas, mas, de acordo com os relatos de algumas CTs que constam no documento, o valor recebido varia entre R\$500,00 a R\$1.800,00, porém a maioria refere R\$1.000,00 por pessoa “internada”. Cada estado tem um repasse diferente, alguns recebem do Governo Estadual ou Federal, e no caso do DF, do Governo Distrital. Além disso, também recebem doações.

A despeito disso, não existe um órgão que delibera sobre a fiscalização das CTs. O Conselho Nacional de Política Sobre Drogas (Conad) tem como competências⁴¹:

- a) aprovar, reformular e acompanhar o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas;
- b) deliberar sobre iniciativas do Governo Federal que visem a cumprir os objetivos da PNAD;
- c) deliberar a respeito de propostas do Grupo Consultivo e da Comissão Bipartite;
- d) acompanhar o cumprimento pelo Sisnad das diretrizes nacionais para a prevenção do uso indevido, a atenção, a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;
- e) identificar e difundir boas práticas dos três níveis de governo sobre drogas; e
- f) acompanhar e se manifestar sobre proposições legislativas referentes às drogas.

Porém, não apresenta nenhuma responsabilidade enquanto órgão fiscalizador das CTs. O decreto nº 9.926/2019 extinguiu a participação da sociedade civil no Conad e a perda foi mais um retrocesso no campo da saúde mental, álcool e outras drogas que demarca o

⁴⁰ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/11/investimento-federal-em-comunidades-terapeuticas-sobe-95.shtml>. Acesso em: 13 de novembro de 2021. Diz que no Governo Bolsonaro os investimentos federais em CTs aumentaram 95%.

⁴¹ Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conad>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

caráter antidemocrático do governo e que pretende dar mais visibilidades às pautas conservadoras que compactuam com a política repressora.

Ao pensar uma gestão de sofrimento em um modelo que define a vida e as vivências cunhadas na precarização e exploração da vida e das condições do trabalho, vê-se um agravamento cada vez mais feroz das medidas que comportam muito bem essa maneira de conduzir não só o sofrimento, mas os espaços onde esse sofrimento pode ser elaborado, que são os territórios e as políticas sociais, que se agudizam com as medidas de contrarreforma do Estado.

A própria indústria da loucura demonstra exatamente como o lucro através do sofrimento é uma estratégia muito eficaz para ascensão do projeto neoliberal, assim como a contradição que se faz no campo da saúde entre modelo privatista e modelo baseado na Reforma Sanitária Brasileira (BRAVO; MENEZES, 2013). O campo privado sempre esteve interessado em fazer da saúde seu curral mercadológico, e no campo da psiquiatria não foi diferente, pois desde a época da industrialização houve grande expansão das clínicas psiquiátricas. Reuniam-se os segmentos mais tradicionais, que foram denominados “empresários da loucura” (AMARANTE, 1995), demonstrando com muitas forças que o cenário de contrarreforma não é atual e nem linear.

Para possibilitar a superação da lógica manicomial, a própria Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Cosam) precisou conciliar a oferta de serviços por meio do setor privado (AMARANTE, 1995). Como apontam Simon e Baptista (2011), ao estudarem o papel dos estados na política de saúde mental no Brasil de 1990 a 2009, há um grande investimento na iniciativa privada na política de saúde no Brasil e um esvaziamento do poder público nos serviços de saúde mental. Na oferta de leitos psiquiátricos, a maioria (do total) foi apontada como privada, o que também faz paralelo com o que aponta o relatório de inspeção nacional de hospitais psiquiátricos no Brasil.

Há também a Indústria Farmacêutica (IF), que é o lobby da reafirmação do campo da patologização no âmbito da saúde mental, que ganha muita força com as falácias disseminadas. E como essa reforma se instaura com tanta força? Alguns discursos vão sendo introjetados a partir de algumas falácias que são muito bem recebidas, pois existem campos e forças que arquitetam a maneira como essa narrativa vai ganhando espaço.

A IF [...] organiza uma verdadeira guerra de trincheiras, assediando não apenas os médicos, mas também os profissionais intermediários (agentes da prescrição informal), além de, indiretamente, toda a população, no sentido de estimular a automedicação. E, somente quando os órgãos públicos passarem a normatizar a comercialização dos medicamentos, é que demonstra claramente seus interesses por intermédio de seus órgãos de classe mais fortes (AMARANTE, 1995).

A partir desses discursos, se desenvolvem falácias que dão mote ao processo de contrarreforma. Diante da elaboração dos estudos, foram compreendidas *três falácias* que corroboram não apenas o discurso, mas dão ênfase aos investimentos e manutenção da lógica manicomial e são conciliatórios do modelo neoliberal para alcançar seus objetivos, e que também contribuem a desembocar na CP:

Quadro 3 – Falácias que contribuem para a Contrarreforma Psiquiátrica

Falácia	Estruturação do discurso
Epidemia de drogas	<p>Discurso disseminado, sobretudo a partir de 2011, em que se veiculou uma epidemia de crack;</p> <p>Programa <i>Crack, é possível vencer</i>, coordenado pelo Ministério da Justiça a partir das frentes: prevenção, cuidado e autoridade;</p> <p>Faz valoração às Comunidades Terapêuticas em detrimento de serviços de base territorial;</p> <p>Fortalece o discurso de guerra às drogas e criminalização do uso de substâncias psicoativas, ancorando-se na narrativa moral acerca das SPAs</p>
Aumento de um nível de adoecimento da população que não questiona as estruturas	<p>A “produção” de novas doenças desencadeada pela atualidade, com o “boom da depressão”, fobia social, ansiedades. Essa produção de doenças mentais faz parte da fundamentação dessa sociedade. O movimento de patologização da vida está associado à reprodução desse sistema;</p> <p>O que aumenta é o nível de exploração e de lucro em cima do sofrimento.</p> <p>Psicopatologização e medicalização da vida.</p>
Hospitais e Clínicas Psiquiátricas são fundamentais para lidar com casos de crise	<p>A própria distribuição de doenças mentais se faz como alibi para a manutenção dos espaços manicomiais. A perpetuação de um discurso “técnico e não político” e da necessidade de estabelecer uma rede complementar e não substitutiva, perpetua</p>

	a retórica da conveniência quanto aos espaços manicomialis.
--	---

Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Com isso, vê-se uma subjetividade que é germinada pelas ingerências da sociedade do capital, a qual gera adoecimentos através da sua materialidade. Trazer à tona o caráter político do sofrimento psíquico é adensar as estruturas para compreender a hegemonia que se põe no campo da saúde mental, mas, sobretudo, entender como se contornam os campos, as práticas e os saberes na sua mônada neoliberal.

4.1.4 A Contrarreforma Psiquiátrica

Vários elementos da Contrarreforma Psiquiátrica vêm sendo apresentados ao longo do trabalho, o que demonstra com mais veemência que o processo da CP não é atual e não linear, mas está totalmente relacionado ao movimento do capital e às suas incorporações. A CP sinaliza, também, que o seu delineamento ganha capilaridade por várias ordens, seja no campo do financiamento, das narrativas, das dimensões jurídico-política, técnico-assistencial, teórico-metodológica e também nos apertos legais. São vários caminhos pelos quais o Estado manicomial visa aguçar e condensar os seus interesses.

Como já dizia Basaglia (1979), não importa se é privado ou público, o manicômio sempre existirá para atender os interesses da ordem burguesa. É indispensável pensar o processo da CP ao processo da contrarreforma do Estado. Amarante e Nunes (2018) fazem um resgate dos principais acontecimentos no campo da LA e da RPB e enfatizam que desde 2015 os rumos da saúde mental começam a mudar em direção às negociações políticas. Caracterizam importantes retrocessos, sobretudo a partir de 2017, a resolução nº 32 da CIT de 2017 que resgata os moldes manicomialis e desmonta os avanços de anos alcançados com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) demonstram esses retrocessos com maior ênfase a partir de 2016, sob um acelerado desmonte da política de saúde mental, sobretudo com a

denominada “Nova Política de Saúde Mental” que reúne vários aparatos legais que assim chamam esse novo momento.

Existe uma instauração de lógica neoliberal aguçada em todos os campos que são mediados por várias políticas e que se expressa de determinadas maneiras a depender dos interesses do capital. Observa-se que grande parte das análises têm dificuldade em adotar um olhar mais radicalizado que busca ir à gênese para compreender o processo de CP. Nesse sentido, as análises de Costa e Mendes (2020a) demonstram maior aproximação com a linha teórica e política adotada nesta dissertação. No entanto, todas as outras contribuições são fundamentais para compreender a Contrarreforma Psiquiátrica, mas como já apresentado no capítulo anterior, o alinhamento com a teoria social crítica é fundamental para um entendimento que estimule um olhar de totalidade, com suas ênfases nas especificidades, mas que não se desprendam de uma ótima dialética e crítica do capitalismo e suas roupagens.

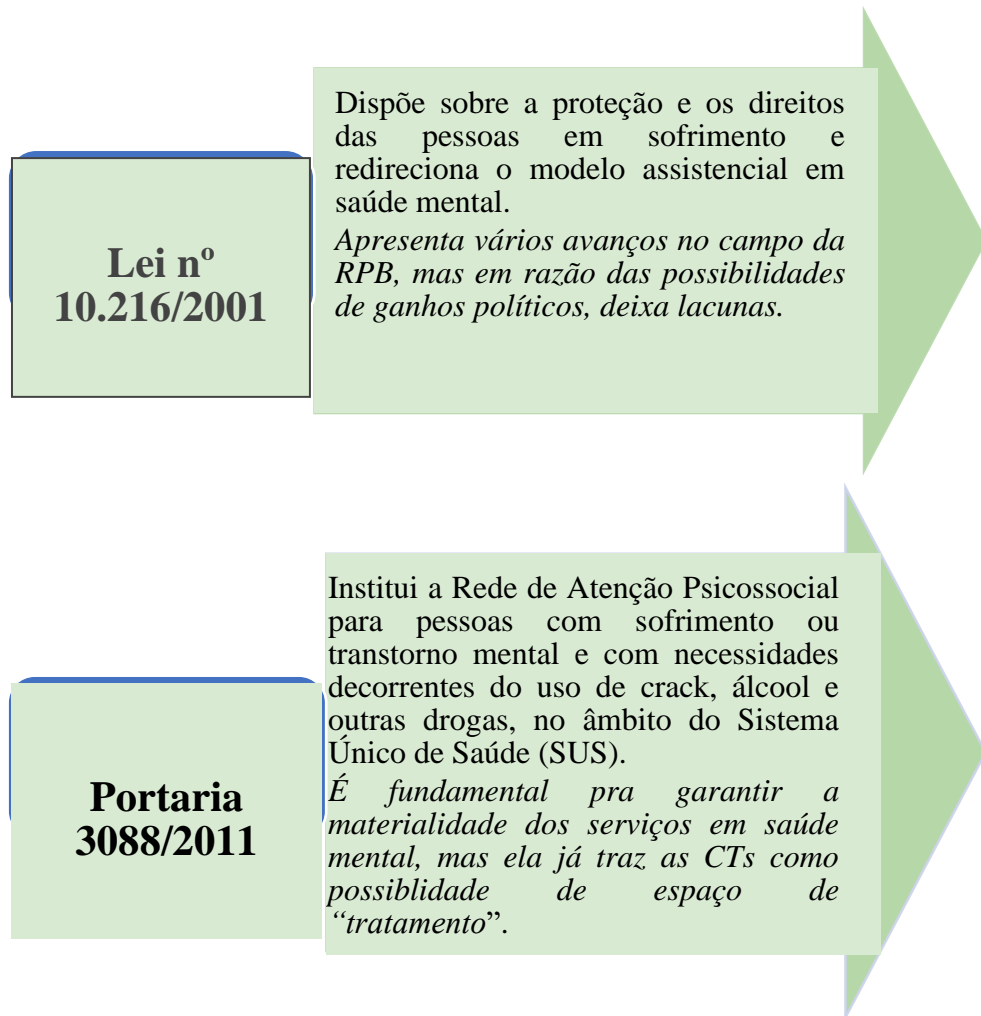
Vasconcelos (2016) também faz uma apreensão do campo da saúde mental alinhada ao contexto neoliberal e a conjuntura e conformação brasileira. Não faz como Costa e Mendes (2020a), que denominam o processo de Contrarreforma Psiquiátrica, mas traz todos os elementos que condensam uma perspectiva crítica e que se alinha aos pressupostos marxistas e marxianos. O autor demonstra as implicações do neoliberalismo para o campo da saúde mental e das políticas sociais.

4.1.5 Campo Normativo e do Financiamento

Como já salientado, a contrarreforma se instaura de várias maneiras e se apodera de diversas brechas e (não) possibilidades. Esse é o campo de disputa que se constitui em muitos espaços. Tivemos o ganho com a Política Nacional de Saúde Mental (Lei nº 10.216/2001), mas conquistas oriundas do processo de luta já demonstraram diversos ganhos no campo da saúde mental.

As normativas basilares apresentam limites, conforme demonstra-se na figura abaixo.

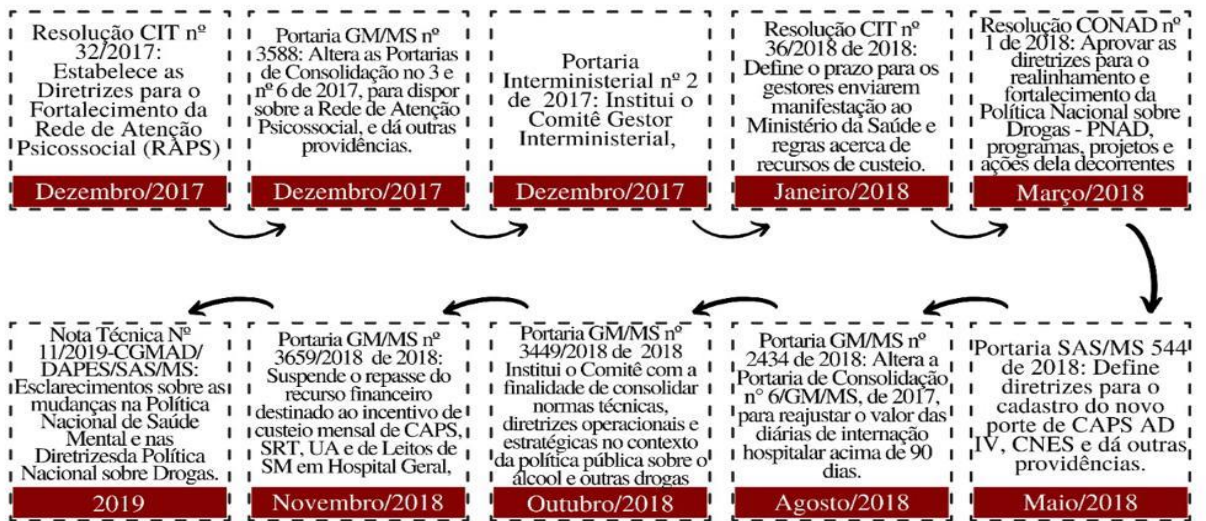
Figura 1 - Normativas basilares no campo da saúde mental



Fonte: elaboração própria com base nos dados da Lei nº 10.216/2001 e da Portaria nº 3.088/2011.

Com o processo da contrarreforma, os ganhos e as perdas se dão também na esfera normativa. Desde 2017, o que ficou denominado como “Nova Política de Saúde Mental” deu abertura a um acervo normativo de violência contra os direitos das pessoas em sofrimento. Iniciando-se pela Resolução nº 32 da CIT de 2017, que diz fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial, mas a desmonta ao incluir o Hospital Psiquiátrico em seu rol. O que acaba por destinar recursos que poderiam ser ofertados em serviços territoriais a serviços asilares manicomial. A normativa desconsidera todas as discussões elaboradas pela LA sobre os HPs e todas as suas problemáticas de violência conforme apontado no último relatório de inspeção (CFP, 2019).

Figura 2 – Normativas que compõem a chamada “Nova Política de Saúde Mental”



Fonte: elaboração própria com base em informações do Ministério da Saúde.

As normativas acima demonstram o curso em que vão se dando os retrocessos mais acirrados na Política de Saúde Mental no âmbito normativo. O que se chama de “novo” corrobora práticas que estão buscando ser superadas pela luta antimanicomial há décadas.

Todas essas normativas passam a convergir para gerar um perfil de saúde mental híbrido, nos moldes que não compactuam com a raiz da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Coaduna com a Resolução nº 32 a Portaria nº 3.588/2017, assim como a Portaria nº 544/2018, por abordarem o Caps AD IV, serviço que reforça uma concepção higienista, descaracterizando um dispositivo já existente, como o Caps AD III. Além disso, é um equipamento que apresenta configuração hospitalar e ignora o trabalho realizado pelo Consultório na Rua (CNR), que é um equipamento itinerante que atua diretamente no território e advém de uma concepção de uso de substâncias psicoativas alinhada à lógica de Redução de Danos (DESINSTITUTE, 2021).

Cabe pensar qual o objetivo da criação desse serviço em caminhos de retrocessos, que não tem o intuito de atuar de maneira articulada com outros dispositivos da rede e desconsidera outros já existentes na atenção aos usuários de álcool de outras drogas:

qual é, afinal, a função do CAPS ad IV na rede, se outros dispositivos existentes já executam a função de cuidado em saúde no mesmo território? Qual a necessidade de criação de outro dispositivo, quando ainda há uma demanda urgente de aprimoramento dos serviços anteriores? Será o CAPS ad IV uma espécie de mediação das internações em instituições asilares? (DESINSTITUTE, 2021, p. 66)

Incentiva-se o modelo hospitalocêntrico, o que acaba por destinar recursos que deveriam ser investidos em serviços antimanicomiais a hospitais psiquiátricos. A Portaria GM/MS nº 2.434 de 15 de agosto de 2018, que reajusta o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos, corrobora a informação apresentada pelo Desinstitute (2021), que demonstra uma queda no número de Caps criados no ano de 2020. Além disso, muitos serviços encontram-se desabilitados, o que significa, por exemplo, que muitas vezes um serviço como um CAPS III pode estar habilitado como o CAPS II, o que vai diminuir o fomento em recursos humanos e materiais, comprometendo a execução de qualidade.

Esse é o objetivo da Contrarreforma Psiquiátrica, esfacelar os direitos em todos os campos para investir naqueles que deveriam estar extintos. Expõe serviços como se fossem organismos vivos que por conta própria não funcionam, como se não existissem interesses e objetivos muito bem definidos na remanicomialização, como o de fortalecer o projeto privatista.

A própria dificuldade em acessar dados e mensurar gastos destinados, por exemplo, à política sobre drogas, compromete o aspecto central da compreensão da oferta de recurso no campo das políticas, sendo esse um termômetro fundamental para caracterizar o que tem sido favorecido. O objetivo é obnubilar os acontecimentos e contribuir com o obscurantismo com que se constrói a contrarreforma. O Desinstitute (2021) apontou que em 2018, o Ministério da Saúde suspendeu temporariamente o financiamento dos CAPS e, ainda que seja identificado um grande número de equipamentos, o que se vê é uma grande debilidade nesses serviços. Isso demonstra a falácia da ABP ao publicar as suas diretrizes, que referem forte fomento aos CAPS e desinvestimento em hospitais psiquiátricos.

Há também uma diminuição na velocidade de implantação de Unidades de Acolhimento desde 2016, diferentemente das CTs, que tiveram os seus recursos aumentados, sendo aquilo que o Desinstitute denomina de “inversão de gastos”. Houve o ápice de gastos em serviços extra hospitalares no ano de 2006 e, a partir da Portaria GM/MS nº 2.434 de 15 de agosto de 2018, essa destinação muda o trajeto. Em 2010, 70% dos recursos destinados à saúde mental eram em serviços extra-hospitalares. O gasto federal era de 2,9%, passando para 2,1% em 2016 num momento de crise da saúde pública, caracterizando a menor destinação de recursos da história. Em 2012, os gastos eram de 16,90%, e caíram para 12,40% em 2019 (DESINSTITUTE, 2001).

O último documento Saúde mental em dados revela a necessidade de continuar investindo na expansão de CAPS. A exposição dessas normativas e da destinação de recursos no campo da saúde mental revela o caráter contraditório das políticas sociais. Em 2012, ao mesmo tempo em que se tem uma expansão de serviços territoriais, sobretudo CAPS AD, em decorrência do Programa *Crack, é possível vencer*, há, também, um alargamento do investimento em Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2015).

A inversão que se deu de 2005 para 2013 na centralidade de investimento em hospitais para o investimento em serviços extra-hospitalares é retomada a partir de 2017 (BRASIL, 2015; DESINSTITUTE 2021). Todas as portarias criadas para compor o rol da Nova Política de Saúde Mental contribuem para o desmonte do SUS e a valorização de um projeto privatista manicomial.

A belicosidade com que se apresenta a nota técnica nº 11/2019 afronta não apenas as políticas e as possibilidades ainda sobranes de uma reforma psiquiátrica, mas também revela a brutalidade do capital em criar possibilidades desumanizantes. A partir de 2019, a ECT consta na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS. Sabe-se que ainda não houve registro desse financiamento, contudo, o atual representante da coordenação de saúde mental álcool e outras drogas, Rafael Bernardon, tem demonstrado seu posicionamento contundente em defesa da eletroconvulsoterapia, além do alinhamento ao atual presidente da República, o que possibilita a abertura para a legitimação de tais práticas.

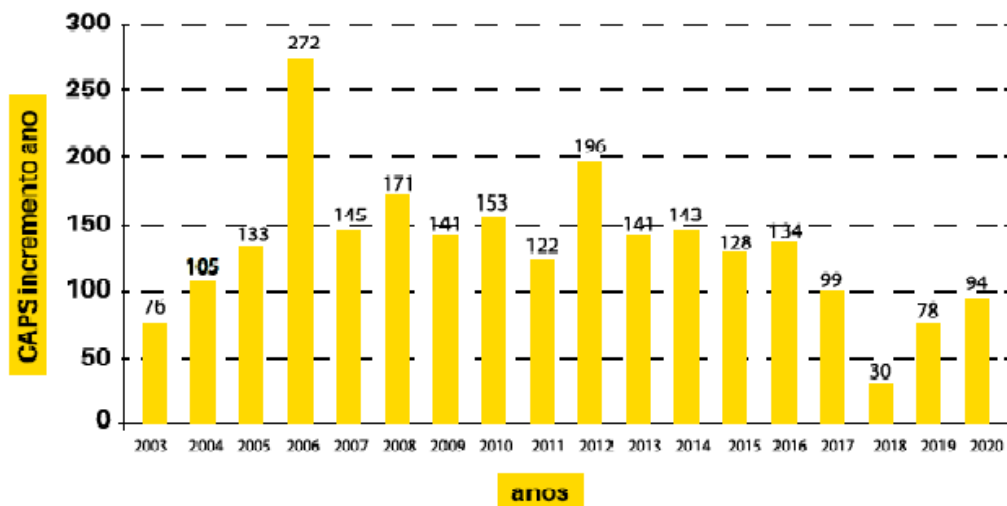
O ocultamento dos dados caminha junto com as práticas de desfinanciamento dos serviços e desvalorização dos espaços comunitários, e o objetivo da contrarreforma é incidir por todas as bases, disfarçando-se de neutralidade. A organização Desinstitute (2021) apresenta como a suspensão da publicação do documento Saúde Mental em Dados (SMD) prejudica não apenas a visualização dos recursos destinados à política de saúde mental, mas também limitam as apreensões e análises que são basilares para construir mediações importantes nas análises.

Ao mapear o orçamento do Governo Federal, nos deparamos com diversos entraves que dificultam a mensuração exata sobre o quanto tem aplicado com a política pública sobre drogas, por exemplo. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), cria-se a Portaria GM nº 2.979/19 que propõe uma transição, em que a destinação de recursos fica a cargo do gestor local. O que gera comprometimento para a APS, a qual é fundamental na atuação em saúde

mental em conjunto com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), Consultórios na Rua (CNR).

O gráfico abaixo demonstra o crescimento de CAPS de 2001 a 2020. Ainda que tenha continuado a implementação de serviços, o crescimento se deu de maneira muito paulatina nos últimos anos, não correspondendo às necessidades conjunturais, demonstrando que além de um número, é preciso acessibilidade e investimento. “uma boa cobertura não depende somente de um número alto de serviços, mas também de ampliar sua acessibilidade” (DESINSTITUTE, 2021, p. 35).

Gráfico 1 - Crescimento de CAPS entre 2001 e 2020



Fonte: Painel de saúde mental: 20 anos da Lei 10.201601 (DESINSTITUTE, 2021).

Com isso, observa-se que, desde a implementação da RP, marcada institucionalmente pela sanção da Lei 10.216/2001, nunca houve um investimento tão baixo em CAPS como apresentado em 2018-2020.

Em outro ponto, um dos apontamentos históricos da RPB é a redução dos leitos de hospitais psiquiátricos, observando um total de 37.464 leitos reduzidos pelos SUS entre 2002 e 2020, o que não caracterizou desassistência às pessoas em sofrimento, como muito se disseminou, mas um maior investimento em serviços extra-hospitalares, o que contribuiu, também, para o processo de desinstitucionalização, que é fundamental para a garantia dos preceitos da Reforma Psiquiátrica (DESINSTITUTE, 2021; ROTELLI, 2001).

Em termos práticos, houve impacto no processo de desinstitucionalização no que diz respeito a interferência de recursos também para o Programa de Volta para Casa (PVC), que desde 2014 passou por suspensão, cancelamentos e diminuição no repasse do benefício. O programa é um dos braços da estratégia de desinstitucionalização para dar suporte às pessoas que estiveram muito tempo internadas em manicômios. Surge a partir da Lei nº 10.078/2003 e integra a Rede de Atenção Psicossocial,

o PVC é financiado por uma ação programática específica do governo federal desde 2003. O Programa prevê um auxílio para reabilitação psicossocial por meio de um recurso financeiro mensal, até recentemente fixado em R\$ 412,00. Historicamente, o valor do benefício do Programa teve alguns reajustes: no ano de 2008, quando passou de R\$ 240,00 para R\$ 320,00, e em 2013, quando o valor do benefício foi fixado em R\$ 412,00. Os dois reajustes foram calculados com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, o IPCA (DESINSTITUTE, 2021, p. 49).

Além disso, o valor aplicado no ano de 2021 para R\$ 500,000, não levou em conta a inflação, que deveria acarretar um aumento de para o valor mínimo de R\$ 600,54 (DESINSTITUTE, 2021).

No cerne desse debate, o Painel demonstrou que de 2001 a 2012 houve um dispêndio expressivo de gastos federais com a Política Nacional de Saúde Mental, porém, em 2011, houve uma queda relevante na destinação dos recursos, a qual também é observada de 2015 para 2016, além de uma estagnação também vista nos últimos anos:

assim, observa-se que o período de 2006 a 2012 (com exceção do ano de 2011, que perde para a inflação) é de franco aumento dos gastos federais com a pasta. Já no ano de 2013, inicia-se um movimento de declínio, que é muito agravado em 2016. A partir de 2017, há estagnação dos investimentos. A vigorosa mudança de direção na aplicação de recursos, iniciada em 2006, também encontra estabilização a partir do ano de 2017 (DESINSTITUTE, 2021, p. 59).

A despeito disso, o enfrentamento à pandemia de COVID-19 tem sido negligenciado pelo Governo Federal, o que impacta diretamente na condução e direção de recursos para as políticas sociais e, conseqüentemente, para a saúde mental.

Diante desse processo violento de desmonte, não é possível abandonar a totalidade e compreender a saúde mental de maneira estrita, como já se faz em muitos campos críticos. A análise de conjuntura é fundamental para não ignorar as características do modelo neoliberal e

do capitalismo nas políticas sociais, e como isso se desemboca na contrarreforma (psiquiátrica).

CAPÍTULO IV

5.1 Entre resistências, enfrentamentos e desmontes

*amparados pelo selo do tempo
clamam por gênio
o consagrado que não acredita
em quem retruca aquilo que aponta*

*loucura incômoda
ao ponto de se dar
ao trabalho de convencer o outro
sem deixar de ser louco
– Gustavo Duarte, 2021.*

Cruzar pela discussão feita até aqui direciona a pensar quais as possibilidades e impossibilidades que constroem o campo da saúde mental. Ora, até o início da Reforma Psiquiátrica, não era possível falar de trabalho em saúde mental, mas de trabalho com doenças mentais, como bem ressaltou Paulo Amarante (2007). Existia apenas um campo da psiquiatria e com o tempo, quiçá, da psicologia. Com isso, limites e avanços foram permeando essa política, as narrativas também foram se constituindo favoráveis ou desfavoráveis a uma hegemonia psiquiátrica, ou favorecendo a construção de um novo campo da luta antimanicomial.

Isto posto, no dinamismo dos recuos e mudanças progressistas, campos de disputas foram se consolidando. Durante diferentes períodos em que a saúde mental se conformou, as forças de resistência foram fundamentais para garantir a continuidade de um modelo pautado nos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, enfrentando uma série de ameaças e retrocessos constantes que pairam sobre essa política.

O objetivo deste capítulo final é resgatar a trajetória da saúde mental no que diz respeito à luta e características dos movimentos sociais, transpor as suas contribuições teóricas e conceituais, mas também avaliar seu campo político a partir das inspirações sócio-históricas, apresentar concepções que incidem diretamente no campo da saúde mental, analisando toda a sua complexidade e contribuições de práxis e buscar identificar as tensões e disputas que permeiam a SM, sobretudo a partir da CP.

Com isso, as narrativas conduzidas por segmentos que compõem o cenário da política, seja convergindo com os preceitos da luta antimanicomial, sejam os discursos dissidentes a

esse movimento, serão apontadas. O intuito é compreender a conformação da saúde mental no âmbito da luta de classes e como se delineia o cenário de correlação de forças frente ao processo de contrarreforma.

Nesse sentido, serão apresentadas as características da Contrarreforma Psiquiátrica e como a narrativa de segmentos que se organizam no campo da saúde mental⁴² interferem efetivamente na condução dessa política.

5.2 A Saúde Mental e a Luta Antimanicomial

Inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como base para sua ascendência as possibilidades de um *novo lugar social para a loucura* (AMARANTE; NUNES, 2018). Apesar dessa inspiração, da qual é fundamental, inclusive para compreender os pontapés iniciais no Brasil, as particularidades brasileiras são basilares no que diz respeito às conquistas e avanços no campo da política de saúde mental na tentativa de romper com a psiquiatria tradicional que vinha se constituindo e ganhando corpo, sobretudo na década de 1970, com a indústria da loucura.

Amarante e Nunes (2018) fazem um breve percurso sobre a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Sistema Único de Saúde (SUS) e definem o processo da RP muito atrelado às lutas e ao contexto brasileiro, que se “misturava” com o movimento de redemocratização do país à Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Nesse momento, a forma de ver a loucura ia mudando à medida que se encontravam incendiadas discussões sobre modificações na maneira de encarar diversas temáticas na sociedade. Na década de 70, também pairam as várias contradições que são fundamentais para compreender de forma mais palatável o âmbito das políticas sociais.

Nos capítulos anteriores, deixou-se explícito que no mesmo momento em que se tem uma ascensão de várias lutas sociais, tem-se também o início do movimento de contrarreforma alinhado ao recrudescimento do neoliberalismo. Ao passo que vão ganhando materialidade as conquistas no âmbito da saúde mental, concessões feitas ao setor privado também vão se alargando. As possibilidades em fazer a Reforma Psiquiátrica acontecer se dão nos limites de um Estado Burguês que, embora tenha um caráter de classe e preserve os

⁴² E também aqueles que se organizam no campo estrito da psiquiatria, como a ABP.

interesses das classes dominantes, não está isento de contradições e incorpora interesses da classe trabalhadora para se legitimar e manter a dominação.

Nesse contexto, também se colocam as políticas sociais e o seu caráter contraditório, que mobiliza simultaneamente interesses opostos, com respostas diferentes, dependendo do poder de incidência de cada lado opositor. O que mostra que não é apenas uma mediação estratégica no interior do capitalismo, mas um amalgamado com a classe dominante, que incorpora as reivindicações da classe trabalhadora quando do seu interesse. Do mesmo modo, é possível fazer tais apreensões no campo da saúde mental no Brasil por existir um cenário de disputa em torno de um projeto de Estado, mas o que tem sido observado é que não estão havendo caminhos de avanços no que tange os direitos dos trabalhadores, uma vez que esse Estado vai servir à classe trabalhadora à medida que existir organização política, e assim possibilitar a continuidade de seu domínio.

Dessarte, é preciso compreender o contexto e os avanços do campo antimanicomial e entender a importância do seu caráter político e da militância construída durante esses anos para desembocar e manter forças de resistência aos retrocessos. Elaborar sobre aqueles que estão constituindo o campo da saúde mental é fundamental para compreender o que se chama de saúde mental e luta antimanicomial.

Nesse sentido, a luta antimanicomial é compreendida como um movimento exclusivo do Brasil que nasce na década de 1980 e é fruto dessas lutas da década anterior. Apesar de a Reforma Psiquiátrica não ser um movimento exclusivo do país, as nossas particularidades se dão sob os aspectos da luta antimanicomial pautada no lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”⁴³ (AMARANTE, 2007; AMARANTE; NUNES, 2018).

No sentido de compreender forças contraditórias, Vasconcelos (2016) faz uma análise de conjuntura que permite perceber as nuances das diferentes pautas em disputa na saúde mental. Isso é importante também para não perder o caráter de luta de classes da política de saúde mental e visualizar as particularidades na formação social do país que tem como premissa a manutenção de algumas hierarquias. Dessa maneira, o autor apresenta os dois campos que se constituem nesse movimento de disputa:

⁴³ Será mais bem discutido ao longo do capítulo.

- 1) Campo revolucionário alinhado às lutas em defesa da democratização do país, com forte participação social e ênfase em saúde e saúde mental, que contribuíram para impulsionar os processos de reforma psiquiátrica brasileira. Forte atuação dos trabalhadores, usuários, familiares do campo da saúde mental e atores que tinham representação no âmbito da esquerda nesses setores;
- 2) Movimentos conservadores que nitidamente representavam os interesses do capital que bloqueavam processos de avanços e produzem retrocessos no âmbito das políticas sociais com suas diversas representações que apresentam interferência do capital estrangeiro. Campo agregado por empresas capitalistas, multinacionais, indústria farmacêutica, planos e seguros privados de saúde que, além de buscarem mecanismos de captação do fundo público, interagem diretamente com a lucratividade do sofrimento por meio de clínicas e espaços privados no âmbito da psiquiatria.

Esse contraste na saúde mental não é atual. Desde a década de 70, que se somava a luta pela mudança no paradigma, também se conformava a *indústria da loucura*, que contribuiu para a mercantilização da assistência psiquiátrica⁴⁴ e para transformar os espaços naquilo que Basaglia constatou quando veio em visita ao Brasil: campos de concentração (AMARANTE; NUNES, 2018).

É necessário apontar para as intersecções nesse momento de compreensão tanto da indústria da loucura, como do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A compreensão de que os espaços eram semelhantes aos campos de concentração comumente conhecidos “holocausto brasileiro” devem ser percebidos por suas nuances de gênero, raça e classe, e não menos pelos atravessamentos oriundos da sexualidade, religião e dentro outros aspectos que impactam o acesso ao cuidado. Passos (2018) faz uma analogia ao “navio negreiro”, ponderando a importância em considerar a realidade brasileira e os seus aspectos colonizadores para compreender a construção da saúde mental no que diz respeito aos avanços e limites.

No capítulo anterior, foi desenvolvido sobre o campo da saúde mental no que tange os modelos de atenção. Aqui – não delimitando como campo político apenas aquilo que tem

⁴⁴ Salienta-se que quando se opta pelos termos *psiquiatria* ou *assistência psiquiátrica*, faz-se alusão a um momento em que não existia direcionamento para saúde mental, apenas para o olhar de ordem psiquiátrica.

interferência militante ou puramente política, uma vez que a própria construção dos modelos em saúde mental se dá de maneira política – será feita uma breve elucidação sobre a constituição da luta antimanicomial no Brasil. Ressalta-se que serão apresentados aspectos do que se constata na pesquisa acerca das narrativas e as interferências na construção da Política de Saúde Mental, tal qual na garantia de direito das pessoas em sofrimento.

A mudança de paradigma na SM tem relação direta com as lutas sociopolíticas. Ao buscar-se um novo lugar social para loucura, um campo político polissêmico na busca de construir novas possibilidades no cuidado em saúde mental se instaura. Diante disso, cabe ressaltar que o cenário em que se encontrava o país na imersão de várias lutas em meio ao processo de redemocratização só demonstra que a base ideopolítica daquele momento possibilitou a aglutinação de diversas lutas, dentre elas a reforma sanitária brasileira e a reforma psiquiátrica brasileira (GOMES, 2013; AMARANTE; NUNES, 2018).

As narrativas que estavam ecoando em torno da década de 1970, permitiram a diluição da efervescência do momento dando materialidade às políticas públicas que não contrapunham à perspectiva dos Direitos Humanos (DH)⁴⁵. Conquanto, as tensões e campos de disputas eram muito arrojados e condensavam polos que destoavam. De um lado, a indústria da loucura trabalhando intensamente, com seus lucros em altos ganhos, com os manicômios privados e sua cáfila, do outro, o início na construção de possibilidades de pensar a liberdade como um caminho, direcionando-se para não mais para a doença, mas para a saúde mental (AMARANTE, 2001; 2007).

Esse cenário, portanto, já demonstra a saúde mental no campo da luta de classes e a constituição da correlação de forças a partir de um Estado contraditório, o qual reverbera tais características dentro das políticas sociais. O Brasil apresentou diversas particularidades que, ainda que tenham muita influência de reformas situadas em outros países, possibilitaram e também limitaram peculiaridades no campo da reforma psiquiátrica (AMARANTE; NUNES, 2018). Além disso, é necessário recorrer ao resgate histórico sem anacronismo e compreender que figuras como Nise da Silveira, Juliano Moreira, Ivone Lara, dentre outras personalidades referências no campo da saúde mental, que construíram saberes condutores a uma prática de

⁴⁵ O intuito de mencionar os Direitos Humanos não é aprofundar na categoria, mas ressaltar que essa construção foi fundamental para construir a derrocada da lógica manicomial.

cuidado revolucionário, contudo, não viveram no período da luta antimanicomial e suas contribuições são antecessoras a essa luta específica.

A organização militante e a perspectiva crítica que se adotaram acerca da luta antimanicomial foram fundamentais para a construção de um solo fértil que possibilitou, posteriormente, conquistas desde o campo normativo, como a materialidade de um fazer em saúde mental pautado na concepção da desinstitucionalização. As mobilizações da época que se caracterizaram no campo dos movimentos sociais, deram pontapé para questionar não apenas as práticas e os saberes, mas a própria estrutura manicomial decorrente dessa configuração de sociedade, tornando-se referência mundial no trato em saúde mental (GULJOR; AMARANTE, 2017).

A primeira constatação dessas lutas inicia-se pela criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) que foi se articulando aos movimentos sociais, sendo o primeiro e com mais visibilidade no campo, e o Movimento do Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) mais tarde viera a incorporar o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Das Casas de Misericórdia, o depósito de indesejados, aos Centros de Atenção Psicossocial, que permitiram o soar da liberdade, conduzem um trânsito na rua daqueles que para uma sociedade excludente nunca deveriam ter aparecido (FONTE, 2012; GULJOR; AMARANTE, 2017).

Em grande parte dos textos visitados para análise da pesquisa, foi possível identificar um ponto principal que decorre nas possibilidades de construir uma saúde mental pautada no que se reivindicou enquanto lema, “por uma sociedade sem manicômios: *a radicalidade*” (MANIFESTO DE BAURU, 1987). Não é apenas o pleito de um jargão, é a narrativa fomentada naquele momento, em um cenário que, no mesmo ano, em 1987, possibilitou a criação do primeiro CAPS do Brasil, localizado na cidade de São Paulo.

Narrativa ↔ Acontecimento

Dessarte, observa-se que as narrativas construídas e favorecidas pelo contexto político possibilitaram a construção do *campo antimanicomial*, mas permeado pelas contradições que se deram no próprio interior da luta antimanicomial. O discurso que permeou o período que dá início à reforma psiquiátrica brasileira mostra o seu direcionamento a uma radicalidade:

Quadro 4 - Direções centrais do manifesto de Bauru

Manifesto de Bauru	
Aponta para o desafio de radicalidade que precisa ser adotado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental	Sinaliza a ruptura com o modelo de exclusão

Fonte: elaboração própria. Dados do Manifesto de Bauru.

Isso demonstra, no campo da luta política, que a adoção desse posicionamento direcionou a um modelo de cuidado em saúde mental que possibilitou um redirecionamento contrapondo aquilo imposto pela Indústria Farmacêutica e pela Psiquiatria Asilar Manicomial.

O próprio surgimento das estratégias de redução de danos no mesmo período demonstra a possibilidade de subversão às práticas repressoras em relação ao uso de substâncias. Demonstrando, em contrapartida, como o crescimento do polo progressista/revolucionário traz a efervescência à luta de classes a partir do discurso de ataque da mídia e do campo conservador, de que as práticas de Redução de Danos faziam incitação ao uso de drogas (PASSOS; SOUZA, 2011).

É por isso que a luta antimanicomial, caracterizada no campo dos movimentos sociais, pode ser compreendida como expressão das lutas de classes e direciona essa correlação de forças. Assimilar essa interrelação aponta para o subsídio que esse movimento tem a necessidade de estar interligado à luta pelos direitos da classe trabalhadora:

luta antimanicomial como movimento social, articula a análise do atual momento político no âmbito internacional e da sociedade brasileira com uma perspectiva crítica, no sentido do fortalecimento da disputa de hegemonia de um modelo de cuidado em saúde mental o qual possui estreita relação com o processo civilizatório da sociedade e a luta pela democracia (GULJOR; AMARANTE, 2017).

É pela imprescindibilidade em atravessar a restrição à conquista no âmbito do modelo assistencial – ainda que contribua profundamente para isso – e constituir o horizonte na mudança de conformação societária, que as características de luta política da reforma psiquiátrica brasileira são centrais para localizá-la no campo dos movimentos sociais e na condução de uma saúde mental de base antimanicomial que não tenha apenas os pressupostos institucionais, mas a ruptura com uma sociedade puramente segregacionista e excludente.

O Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), possibilitou revisitar a memória dos principais acontecimentos desencadeados no campo da reforma psiquiátrica brasileira, demonstrando a importância da força política na materialização da garantia de direitos. Desde 1979, vários encontros e conferências são realizados com vistas a discutir as possibilidades de mudanças no campo da saúde mental. O primeiro foi o do I Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido em São Paulo, e então, vários outros foram possibilitando essa discussão de maneira mais sistemática⁴⁶. Nesse sentido, condições históricas implicaram, e ainda implicam, diretamente na agência dos movimentos sociais e dos sujeitos que os compõem.

Desse modo, pensar a luta antimanicomial apenas no campo da redução das desigualdades é limitar o que se objetiva com a superação da lógica manicomial, uma vez que essa deve ser construída como reivindicação da classe trabalhadora. Essas posturas já demonstram que dentro do próprio movimento da Reforma Psiquiátrica, existem divergências, ora por caminharem numa ótica reformista, ora por rumarem à revolução. Amarante (1995) faz o apontamento de que, no momento da ascensão da luta antimanicomial, alguns campos se detinham mais a movimentos de institucionais e outros incorporaram ao escopo da conquista institucional, a luta pela ruptura com o modelo de sociedade que também se pode denominar aqui de *sociedade manicomial*.⁴⁷ Assim sendo, a condensação de divergências já ocorria desde a conformação do movimento e dentro de um mesmo “polo”.

Para tanto, uma *sociedade manicomial* é aquela que tem o manicômio como seu produto (e produtor), seja ele físico ou não. É uma sociedade que diz buscar pelo afago dos anseios, mas do contrário, presume as existências e possibilidades, a afunilar qualquer materialidade da garantia de direitos para manter a salvaguarda das hierarquias de poder.

Os estudos sobre a importância da luta antimanicomial, assim como o próprio Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, demonstram quanto o movimento social é espelho para se pensar a luta política amparada na transformação não apenas institucional, no

⁴⁶ Disponível em: <http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo>. Acesso em: 13 de novembro de 2021. Neste link se encontram vários acontecimentos no campo da saúde/saúde mental que contribuem para uma compreensão histórica da Reforma Psiquiátrica.

⁴⁷ Não é uma categoria advinda de nenhum autor. Opta-se pela adesão desse termo por compreender que uma sociedade que lucra com o sofrimento e que o contraponto é a “luta por uma sociedade sem manicômios”, é uma sociedade manicomial.

que tange uma política social, mas construir um trânsito desinstitucionalizante que aponte para a mudança radical da sociedade e das relações que se estabelecem como “cuidado” com a loucura. É entender o primado da diversidade na relação com o outro, rumando a uma mudança cultural (GOMES, 2013).

Rotelli (2001) já apontava para a necessidade de um olhar extramuros, que chamou de **“instituição inventada”**. Essa compreensão/construção/análise em saúde mental, é consubstancial e diz respeito ao novo olhar para a loucura, o qual só é possível a partir do rompimento das estruturas de poder. Diante disso, coube compreender que concepções reformistas não se encaixam naquilo que propõe a Luta Antimanicomial.

As próprias experiências peripatéticas apresentadas por Lancetti (2006) no processo da reforma psiquiátrica brasileira são revolucionárias. Demonstram possibilidades de ações e alternativas ao modelo manicomial. O autor propõe a estratégia da complexidade pautada na continência e não na contenção da crise. Apresenta a potência da intervenção de comunidade com o exemplo dos “agentes moradores” e demonstra, com isso, que não apenas espaços institucionais com características territoriais é que constroem a prática de desinstitucionalização, mas o envolvimento popular e comunitário. Assevera, como Rotelli (2001), que essa modificação é feita de “atravessar”.

É por isso que a luta antimanicomial não está posta, ela carece de constante construção. Nos últimos anos, o campo da hegemonia psiquiátrica tradicional tem se validado para recosturar as possibilidades manicomiais para o retorno aos manicômios. O que Bravo e Marques (2013) apresentam acerca da disputa entre a reforma sanitária e um projeto privatista, é que este se vê introduzido também no campo da saúde mental. A divisão de paradigmas, como bem explicitou Gomes (2013) ao elaborar sobre a diferença entre paradigma psiquiátrico clássico e paradigma da atenção psicossocial, é uma querela também de sociedade, daquilo que se dá lugar e do que a sociedade fomenta.

5.3 Sociedade neoliberal e as mudanças na conformação da participação social

É notório que o Movimento da Luta Antimanicomial demarcou a sua crítica frente aos preceitos de uma sociedade manicomial. Conquanto, esse aspecto é carregado de contradições e algumas oscilações ao longo dos anos.

Na década de 90, com a ascensão do neoliberalismo, próximo ao período entusiástico de lutas, adentra o cenário de ameaça às conquistas que já vinham se efetivando, objetivando minar aquilo que pudera continuar se instaurando em alinhamento aos preceitos democráticos e de descontinuidade ao modelo de tratamento desumano. No Brasil, ao passo que se dão os avanços da reforma sanitária brasileira, a conquista do SUS e da própria reforma psiquiátrica, também vão se condensando as medidas de ajuste fiscal e enxugamento dos direitos (VIANA, 2018). Esse movimento gera desmobilização das lutas sociais e contribui para direcionar a reforma psiquiátrica apenas para um campo institucional e fazer escoar aquilo que de fato sustenta a saúde mental pela ótica antimanicomial (VASCONCELOS, 2016).

Nesse mesmo período, existe um processo de reconfiguração dos espaços dos movimentos sociais, por um lado uma perspectiva de participação neoliberal de qualidade muito mais gerencial, por outro lado, um esvaziamento, que contribui para adensar a participação, mas reforça a lógica de um participacionismo de desresponsabilização do Estado. Nesse sentido,

os espaços de participação popular devem ser compreendidos como instâncias contraditórias, nas quais as vontades das classes expressam as diferenças sociais, contudo estão abertas à construção da história, e não apenas à legitimação da ordem social vigente e ao ocultamento da desigualdade (OLIVEIRA; KRÜGUER, 2018, p. 62).

Uma das características centrais da reforma psiquiátrica brasileira é a participação social. Compreende-se que esse é um fundamento para a constituição das políticas sociais, conforme preconiza o próprio SUS. Os aspectos manicomiais retiram o louco da centralidade de qualquer espaço, seja da sua vida, seja das trocas sociais, por isso preconizar e reivindicar a participação social, compreendendo sua incidência no entendimento de que os movimentos sociais, as organizações coletivas e populares são fundamentais para dar sustentabilidade àquilo que se constitui mediante luta constante (AMARANTE; TORRE, 2018).

Essa característica dual é parte da constatação de que uma sociedade capitalista não abarca mais que suas contradições. A conciliação traz preceitos do abandono da radicalidade e perde o foco nas suas bandeiras de luta. Remete à reflexão sobre o protagonismo da classe trabalhadora nessas reivindicações, que nos últimos 30 anos manteve um foco no poder de gestão e cargos políticos, o que compromete a responsabilidade pública e as necessidades coletivas, e em contrapartida favorece-se o setor privado de saúde (OLIVEIRA; KRÜGUER, 2018).

Guljor e Amarante (2018) demonstram como o cenário de ascensão neoliberal contribuiu para as concessões feitas no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira, que contrapunham também os princípios erigidos pela reforma sanitária.

Estes aspectos estão, até hoje, na base de divergências no seio do movimento quanto aos riscos de cooptação pela máquina do estatal e a necessidade de “mudanças por dentro” que podem exigir flexibilização na radicalidade das rupturas necessárias (GULJOR; AMARANTE, 2017, p.642).

Ainda apresentado pela análise dos autores, a característica de participação social que se introduz no campo da saúde mental, possibilitou a “entrada” dos usuários nos mais diversos espaços de mobilização e protagonismo. Tais participações não caracterizam mera demonstração quantitativa, mas a incidência direta na condução das políticas.

Tudo isso destaca a complexidade que se apresenta na história da reforma psiquiátrica brasileira e a pensar a luta antimanicomial como necessidade de construção constante (GOMES, 2013; PASSOS, 2018). É com isso que se percebe que o cuidado na mudança de paradigma do modelo asilar para a atenção psicossocial tem que se colocar ao cuidado de não repetir caricaturas daquilo que se pretende superar por meio de conduções reformistas e não revolucionárias. Gomes (2013) já aponta para essas dificuldades que podem recair no que se tenta superar, levando em conta o modelo de inspiração brasileira, ou seja, o modelo italiano é uma proposta revolucionária.

Basaglia (2010) ao propor colocar a doença entre parênteses teve como objetivo fazer uma análise de como o sofrimento se desenvolve a partir de determinado contexto. Ao compreender o neoliberalismo como um modelo gestor de vidas, percebe-se que o marcador dos processos de sofrimento tem características muito direcionadas ao esgotamento relacionado à exploração pelo trabalho daqueles que precisam vender a sua força para sustentar-se.

Dessa forma, as roupagens que o modelo neoliberal cria para esvaziar as conquistas, revelam a sensação de culpa individual e retiram a crítica à desumanização do próprio sistema. Foram muitas conquistas da reforma psiquiátrica no âmbito da saúde mental, desde a materialização de serviços, aos espaços que os usuários puderam ocupar, que antes não tinha nenhuma visibilidade.

No que tange à implementação de serviços de base antimanicomial, de acordo com o Desinstitute (2021), no Brasil, em 2000, existiam 2.785 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde. O documento publicado pela instituição, da qual apresenta um Painel de Saúde Mental dos últimos anos, demonstra que houve uma continuidade na expansão dos CAPS, mas que vem caindo, consideravelmente, desde 2017.

Além da ordem do financiamento, o esvaziamento dos espaços de participação social também foi notório. De 2003 a 2010 não houve nenhuma Conferência Nacional de Saúde Mental, e Vasconcelos (2012) já sinaliza que em 2010 começam a aparecer sinais de alerta em relação a possíveis desmontes da RPB.

À vista disso, as contradições se acirram e desembocam em processos que comprometem o caráter de mobilização da saúde mental. É importante também compreender as nuances dos afastamentos e das mudanças, bem como os atores que são cruciais na constituição dos aspectos da RPB.

Essa valorização institucional no campo da saúde mental prevê ganhos na conquista das políticas sociais. Contudo, atraiu-se uma maneira aligeirada de participação nessas construções, responsabilizando mais a sociedade civil e desresponsabilizando o Estado, o que pode ser percebido nos dois pontos: 1) ampliação do Estado na organização das políticas de saúde por meio das instâncias de participação social, como conselhos e conferências e 2) reprodução dos elementos de uma política que direciona a saúde tensionada por uma perspectiva de mercado (OLIVEIRA; KRÜGUER, 2018).

Vasconcelos (2016) aponta que esse caráter que adensou o modo de fazer política cedeu a uma forma conservadora e não questionou a liberalização, a terceirização e a privatização. Isso pode ser caracterizado pela institucionalização das práticas e uma rotatividade grande de trabalhadores que vai se aguçando nos últimos anos. O autor demonstra que a partir de 2014, com acentuação maior nos anos posteriores, a “tendência hegemônica” caminha para fortalecer um conservadorismo influenciado pelas igrejas cristãs e sacrificar os direitos da classe trabalhadora.

Essa característica se acirra com o golpe ao Governo da presidenta Dilma Rousseff, em que os interesses políticos se uniram ao capital mundial para manter o caráter político conservador, que entrega a gestão da saúde mental, mas não apenas, a aqueles que nunca

construíram qualquer alinhamento com reforma sanitária e psiquiátrica. Ainda que tenham ocorrido várias limitações nos governos PT, foi possível contar com a participação de pessoas engajadas nessas lutas nas gestões (VASCONCELOS, 2016).

Em vista disso, ter um movimento antimanicomial com características endógenas, sem permear uma construção que envolva a classe trabalhadora, assim como incluir outras bandeiras de luta necessárias para se pensar uma sociedade sem manicômios, cria o que Vasconcelos (2016) vai chamar de *hipervalorização voluntarista do ativismo micropolítico*. Isso significa mobilizar forças apenas dentro do campo antimanicomial e uma implicação dos profissionais que atuam com a temática no dia a dia.

Esse tipo de voluntarismo não estimula o movimento a superar o reducionismo e a relativa despolitização de suas concepções e a buscar alianças e estratégias políticas mais amplas junto aos demais movimentos sociais e dentro do próprio aparelho do Estado (VASCONCELOS, 2016, p. 69).

Em termos práticos, essa perspectiva voluntarista acarreta, inclusive, um processo de sofrimento nos trabalhadores e uma indiferença frente a situação, bem como afeta aqueles mais engajados no sentido de uma desmobilização e um próprio abandono do campo.

Para tanto, é preciso compreender o movimento da luta antimanicomial, não como um corporativismo centralizado em si mesmo (VASCONCELOS, 2016). Posto isso, sabe-se que existem limitações teórico-conceituais no campo da luta antimanicomial, e por esse motivo as abordagens críticas são necessárias para compreender e romper com a endogenia que em muitas vezes acompanhou a construção da reforma psiquiátrica.

5.4 Rupturas e Novos Horizontes

As lutas políticas, em sua organicidade demonstram divergências e podem apresentar ainda como um mesmo horizonte, ora posicionamentos conflitantes, ora consensuais. Na história da luta antimanicomial, existem marcas das rupturas e distinções que vão direcionar a criação de novos movimentos e núcleos que também apresentam uma perspectiva de transformação da sociedade manicomial em uma sociedade sem manicômios.

O movimento da luta antimanicomial foi se tornando mais orgânico e atravessando uma abrangência de uma amplificação difusa, passando a demonstrar a necessidade em convocar uma organização maior dos militantes (VASCONCELOS, 2012). Desse processo, o

autor identifica que o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (ENMLA), ocorrido em 2001, o marco da cisão, que desmembrou o movimento em núcleos e, posteriormente, criou-se a RENILA, em 2003.

Gomes (2013) e Vasconcelos (2012) fazem uma análise dessa cisão. Suas avaliações corroboram com aquilo constatado no relatório do V ENMLA⁴⁸, que solidificam pontos de fragmentação do movimento. O documento citado foi crucial para compreensão a partir dos argumentos utilizados por militantes organizados da decisão em construir um novo caminho para se organizarem.

O encontro teve como objetivo definir qual seria o novo direcionamento do movimento antimanicomial. Vasconcelos (2012) aponta que as novas tendências da atualidade, sobretudo as ameaças do modo neoliberal – que incidem diretamente na condução da saúde mental –, foram cruciais para avaliar a construção do MNLA. As divergências são fundamentais para compreender as futuras conformações dos movimentos sociais no campo na luta antimanicomial e como, a partir de então, se redimensiona o escopo da organização no que tange a militância antimanicomial.

Vasconcelos (2012) continua a expor no seu escrito, pontuando com ênfase que sua redação é um texto militante, alguns alertas e identifica possíveis erros que precisam ser remodelados para que se continue a angariar ganhos antimanicomiais para o campo da saúde mental. O autor aponta para os impactos do neoliberalismo no arrefecimento dos movimentos sociais e como isso tem atraído um processo de institucionalização dos movimentos, gerando riscos para os próprios ganhos naquilo que se objetiva e caracteriza como uma sociedade sem manicômios. Para compreender melhor sobre a cisão ocorrida, o autor a caracteriza como

seu principal disparador foi a discussão sobre a forma de organização capaz de gerar debate e decisões políticas de forma mais ágil, para se enfrentar a conjuntura e a atuação direta nas esferas políticas mais amplas (VASCONCELOS, 2012, p. 60).

Nesta mesma análise, o autor elenca alguns pontos que contribuiriam para culminá-la:

- O envelhecimento natural e a institucionalização das lideranças do período mais combativo.

⁴⁸

Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2018/07/6_SaoPaulo_2005_RelatorioFinal.pdf. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

- A diversificação interna dos atores sociais dentro do movimento.
- Manutenção de um relativo distanciamento das lutas mais gerais do SUS.

O relatório do V Encontro também vai demonstrar nas suas nuances os sinais desse rompimento: as dificuldades de consenso, a saída de algumas delegações do encontro e o registro de uma “crise interna” no movimento a partir dos acontecimentos presentes no evento. O foco na institucionalização do movimento social e o esvaziamento dos espaços coletivos foram fundamentais para essa ruptura e criação de outros caminhos de luta, ainda que se direcionassem a um mesmo horizonte, foi essencial para um rompimento com o endógeno que estava permeando a seara do movimento.

Com isso, o surgimento da RENILA se dá a partir dessas divergências citadas e se caracteriza como: “empreendimento fundamental a radical transformação das relações entre loucura e sociedade, combatendo todas as figuras de aprisionamento e exclusão dos chamados loucos” (RENILA, 2013)⁴⁹. A carta de princípios da RENILA demonstra como passa a se organizar o movimento e sua publicação, em 2 de dezembro de 2004, no I Encontro Nacional da Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial, coloca a aprovação e legitimidade enquanto movimento social.

Segundo apresentado por Vasconcelos (2012) e conforme consta na própria menção feita na carta de princípios da Renila, a postura adotada pelo MNLA foi grande motivadora do rompimento, a qual se fez de maneira acintosa com companheiros de luta. Como aponta Gomes (2013), esse comportamento possibilitou, inclusive, um avanço das forças conservadoras que proporcionou uma instauração das novas faces do modelo asilar manicomial. No que tange a importância na compreensão dessa tomada de rumos, a RENILA expõe em sua Carta de Princípios a maneira violenta com que a organização do Movimento Antimanicomial tem seu apresentado, demonstrou-se ponto-chave para a ruptura e surgimento dessa nova organização.

⁴⁹ Disponíveis em: <https://m.facebook.com/Rede-Nacional-Intern%C3%BAcleos-da-Luta-Antimanicomial-Renila-614729478566622/>; <https://www.facebook.com/mnlaemluta>; <http://blogdarenila.blogspot.com/2009/01/carta-de-principios.html>. Acesso em: 13 de novembro de 2021. Assim como o MNLA, a RENILA não possui um site em que se condensam suas publicações, e a maior parte dos seus manifestos estão em redes sociais como *Facebook* e *Instagram*. Há, também, um blog da RENILA, mas com incipientes publicações que se interrompem em 2013, ano de migração para o *Facebook*. Já o MNLA, criou a rede social apenas em 2016.

Destarte, tem-se, posteriormente, o surgimento da Abrasme, que aparece após todas essas modificações. Gomes (2013) explicita que os Encontros Catarinenses de Saúde Mental (ECSM) denotaram uma postura radical e possibilitaram a criação da ABRASME, e em 2006, em razão da sua incidência, optou-se por se reformular a um modelo desse encontro para nacional e não mais regional, que desembocou nesse. A discussão sobre a criação dessa entidade se pautou por dois pontos principais,

contemplar a inter ou transdisciplinaridade, pois a maioria das associações era organizada por profissão ou disciplina; e estimular a participação comunitária e não somente de técnicos, usuários e acadêmicos, mas de todos os interessados no campo da saúde mental (GOMES, 2013, p.69).

Assim, surge, em 2007, a ABRASME, que tem como finalidade

o apoio na articulação de associações de usuários, familiares, conselhos de profissionais, movimentos sociais; centros de treinamento, ensino, pesquisa e serviços de saúde mental; o fortalecimento das entidades-membro e a ampliação do diálogo entre as comunidades técnica e científica e destas com serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil (ABRASME, 2007)⁵⁰.

Perante o exposto, verifica-se uma gama de entidades coletivas que têm o objetivo de contribuir na construção da reforma psiquiátrica no Brasil. Além das citadas, que possuem o escopo estrito da saúde mental, existem diversas organizações que também contribuem objetivando a luta por uma sociedade sem manicômios, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e atualmente a Fasm (Frente Ampliada de Saúde Mental), por exemplo. Essa diversificação de segmentos que se organizam com uma finalidade comum, aposta para o mesmo objetivo, mas ora comungam das mesmas ideias, ora divergem, como pode ser constatado na própria cisão supramencionada. No entanto, com a contribuição das forças conservadoras, do campo tradicional da psiquiatria, esses vários segmentos têm buscado se alinhar ao seu horizonte com vistas à derrocada do campo manicomial que está em ascensão.

Os próprios escritos do relatório do V ENMLA demonstram como as narrativas são frutos da própria lógica societária e da cultura manicomial instaurada, que nada mais é que a representação dos preceitos do capital. O documento explicita a necessidade em articular aquilo que se busca em discurso antimanicomial com as próprias análises conjunturais,

⁵⁰ Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/sobre>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

demonstrando impossibilidades em análises simplórias do que se tem ou se deva ter enquanto Reforma Psiquiátrica.

A cisão, assim como a construção de um novo movimento, demonstrou que o arrefecimento dos movimentos sociais provoca, no campo da correlação de forças, uma ascensão das forças conservadoras, como bem já apontado por Vasconcelos (2012; 2016).

5.5 E agora? O que temos?

Esse tópico tem como objetivo apresentar os resultados referentes aos posicionamentos dos segmentos organizados e entidades da sociedade civil selecionados para a pesquisa. A análise foi percorrida em anos para facilitar uma compreensão mais total do cenário a partir da pesquisa documental junto às entidades/segmentos organizados.

Inicialmente, as buscas foram feitas nos sites de referência desses segmentos, com suporte de outras pesquisas em endereços correlatos. Foram analisados os principais marcos referentes a cada ano, e para efeitos procedimentais do estudo, entende-se por “acontecimentos” os principais eventos, manifestações públicas, criação de normativas legais e operacionais relacionadas direta ou indiretamente com a política pública de saúde mental, encontros, seminários promovidos pelas entidades, publicações científicas disponibilizadas no site.

Salienta-se que a opção em adotar análise das publicações científicas se dá por entender como se revelam a prática teórica e política de um segmento organizado. A saber, o site da ABP apresenta uma revista própria com acesso a várias publicações de sua própria revista de maneira gratuita. Por sua vez, a FEBRACT possui acesso restrito e limitado, apenas para pagantes ou pessoas credenciadas, e não possui uma revista própria, mas condensa apenas publicações que coadunam com seus princípios.

A concepção teórica adotada por esses segmentos dissemina uma ideia e um pensamento e estão muito bem definidas. A perceber, a FEBRACT não expõe em seu site o Relatório Nacional de Inspeção das Comunidades Terapêuticas, mas apresenta textos que compreendem as comunidades terapêuticas como dispositivo de apoio à reforma psiquiátrica; a revista da ABP mostra o saber psiquiátrico que dá sustentação à sua lógica de pensar, disseminadas por profissionais que constroem uma prática ideológica que tem como objetivo fazer com que as pessoas construam a partir do seu pensamento.

O caminho dessas escolhas se faz para apresentar as disputas que estão sendo evidenciadas no campo da saúde mental. O desfecho que vem se dando neste campo não está deslocado do que se tem no contexto político geral, e as características da Contrarreforma Psiquiátrica são repercussões do próprio modo de funcionamento da sociedade que tem impactado drasticamente nos últimos anos nas políticas sociais.

Ao passo que se acirram as medidas de ajuste fiscal e enxugamento de direitos, alguns atores vão se aliando a discursos favoráveis a essas decisões e dando mais visibilidade e possibilidade de concretude do projeto do capital. Hoje, no campo da saúde mental, existem diversos atores que protagonizam a cena do desmonte, valorando-a e pautando o movimento da Contrarreforma Psiquiátrica. São atores, entidades, segmentos organizados que têm narrativas muito bem consolidadas, fortemente alinhadas aos interesses privatistas e ao capital financeiro internacional e que conseguem materializar o seu projeto de poder com as características asilares manicomiais.

Outro ponto fundamental para se pensar a construção dessas narrativas é que muitas vezes um posicionamento também vai surgir após um acontecimento, especialmente se for um contraponto ao fato. É importante constatar que toda narrativa se constitui para derivar um episódio, mas o episódio também dissemina determinada narrativa. São narrativas que já têm sua consistência na sociedade, disseminadas pela grande mídia e pela hegemonia do capital que ocupa grande parte dos espaços de informação.

Vasconcelos (2012; 2016) aponta para os riscos que começam a se condensar no campo da saúde mental no ano de 2010 e que naquele momento já sinalizavam para um período de possíveis retrocessos. O projeto de saúde mental na lógica antimanicomial perde espaço e capilaridade, e por outro lado, ganham força as tendências neoconservadoras, manicomiais e privatistas, que sinalizam a possibilidades de grandes retrocessos nos próximos anos. Constatou-se que a forma pelo domínio da psiquiatria tradicional e pela ascensão de grupos religiosos que disseminaram a condução da Política Sobre Drogas.

A própria reforma psiquiátrica brasileira carrega em si as características da contradição do país. O relatório do V ENMLA demonstra a inconsistência e fragilidade no acesso à saúde mental, ainda que com diversos avanços. Diante disso, alguns acontecimentos na saúde mental foram demonstrando como cada vez mais fixava o limiar dos retrocessos e a remanicomialização.

Para isso, retomando o que já foi explanado no escopo metodológico deste trabalho, serão analisados os posicionamentos do MNLA, da RENILA, da ABRASME, da ABP e da FEBRACT para compreender como suas narrativas incidem diretamente na política de saúde mental.

No que diz respeito à estruturação da ABP, a associação foi fundada no período ditatorial (1966), passando a existir com o propósito de defender o campo da psiquiatria. Ressalta-se, conforme explana Amarante (2007), que a psiquiatria e a saúde mental não são sinônimas. Para compreender a saúde mental, é importante incluir outros saberes e transpor a condição *sui generis* de saúde mental atrelada à psiquiatria. Ao contrário, reforça-se o olhar que era adotado antes de conceber a saúde mental pelo paradigma da atenção psicossocial em contraponto ao paradigma biomédico.

A Associação Brasileira de Psiquiatria tem como missão “ser referência em Psiquiatria” e a visão de “liderança absoluta em Psiquiatria”⁵¹, demonstrando sua endogenia e seu desígnio em permanecer na centralidade biomédica e tradicional da psiquiatria.

A FEBRACT tem pautado todos os preceitos que se alinham ao movimento da Contrarreforma Psiquiátrica, e o seu próprio fundamento elucida isso. A Federação surge em 1990 e

tem como objetivo **fortalecer, organizar, capacitar e assessorar as Comunidades Terapêuticas** em todo o território Nacional. Além de atuar em parceria junto ao poder público na elaboração e execução de políticas públicas no que se refere à Dependência Química (FEBRACT, 1990, grifos do autor)⁵².

O segmento também se coloca como aglutinador das CTs no Brasil e tem centralizado parcerias com o Governo Federal, o Estadual e o Distrital. Essas entidades têm mostrado narrativas que evidenciam o campo da CP, e além da fonte central utilizada para analisar o posicionamento deste segmento, também foram realizadas consultas em sua rede social *Facebook*.

⁵¹ Disponível em: <https://www.abp.org.br/missao-visao-e-valores>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁵² Disponível em: <https://febract.org.br/portal/historia-da-febract/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

No que diz respeito às narrativas da MNLA e da RENILA, houve dificuldade em encontrar registros dos primeiros anos direcionados para a pesquisa, uma vez que não possuem sites próprios e suas redes foram criadas apenas em 2016 e 2013, respectivamente. Isso dificultou o levantamento de documentos formais dessas duas entidades, ainda que seja sabido o seu posicionamento, favoráveis ou não a alguns acontecimentos, manifestações e eventos. Já com relação à ABP, foram encontradas no site da entidade notas públicas somente a partir de 2016, entretanto outros documentos e registros disponibilizados no site permitiram identificar as narrativas centrais da associação desde 2011.

Contudo, em razão das limitações encontradas nesses sites específicos, optou-se por fazer buscas paralelas. A exemplo disso, utilizou-se de algumas palavras-chave, por exemplo MNLA 2015; RENILA sobre nota técnica nº 11/2019, em seus sites ou correlatos – como do CPR e ABRASCO –, e assim com a referência do segmento, seguido do ano ou do acontecimento. Além disso, alguns textos das buscas não sistemáticas também contemplavam narrativas de alguns desses atores estudados.

Para identificar a posição dos segmentos, buscou-se pela posição política e como ela se expressa em notas, manifestações públicas e na produção do saber que está relacionado ao seu posicionamento e a uma perspectiva ideológica. Algumas lacunas foram perceptíveis diante da dificuldade em encontrar registros sistemáticos do MNLA em alguns anos. O local definido como referência de pesquisa para este segmento (*Facebook*) só dispõe de publicações a partir do ano de 2018, o que dificultou identificar com nitidez a centralidade dos discursos do MNLA em determinados períodos.

Diante dessas dificuldades encontradas pelos registros da base definida para a pesquisa, optou por realizar pesquisas que contemplassem as palavras-chaves MNLA; posicionamento; ano (exemplo: 2011, 2012 etc.) e acontecimento (exemplo: posicionamento do MNLA sobre o plano *Crack, é possível vencer*). Alguns achados serão citados por referências acadêmicas do movimento, mas cabe salientar enquanto uma percepção daquele ou daquela que escreve, ainda que exista consonância com o segmento que representa.

Quadro 5 – Principais fontes de busca para identificar o posicionamento dos segmentos

Segmento	Principal fonte de busca
----------	--------------------------

MNLA	<i>Facebook</i>
RENILA	<i>Facebook</i>
ABRASME	Site da entidade
ABP	Site da entidade
FEBRACT	Site da entidade

Fonte: elaboração própria.

Abaixo, seguem as constatações das narrativas por referência anual seguida do posicionamento de cada segmento constatado por ano.

5.5.1 2011

Quadro 6 – Resultados encontrados sobre o ano de 2011

2011	
Acontecimento	Mecanismo de legitimação
Ampliação de comunidades terapêuticas	Plano <i>Crack, é possível vencer</i> ; Portaria nº 3.088/11; RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.
Crítica ao modelo de CAPS	Parecer CFM nº 1/2011
Segmentos	Posicionamentos
MNLA	Dificuldades em identificar um posicionamento; Vasconcelos (2012) apresenta algumas críticas ao aumento das CTs.

RENILA	Manifesta posição contrária às CT's
ABRASME	Posicionamento crítico identificado pelas temáticas do III Congresso Brasileiro de Saúde Mental
ABP	Expõe a nota do CFM em seu site; Criação da Revista Debates em Psiquiatria.

Fonte: elaboração própria com base nos resultados da pesquisa.

Em 2011, não houve nenhum posicionamento central do MNLA. No entanto, foi possível perceber nas análises de Vasconcelos (2012)⁵³, colocações a respeito do plano *Crack, é possível vencer*⁵⁴, uma vez que foi criado no primeiro ano do Governo Dilma e já apresentava a disseminação das possibilidades de injeção da ascensão das Comunidades Terapêuticas na RAPS. Também, corrobora com a falácia da epidemia das drogas, reforçando um lugar de marginalização, punição e centralidade do “cuidado” em abstinência.

Não se pode deixar de ponderar que neste mesmo momento houve a expansão de vários serviços de base antimanicomial, como Consultórios na Rua (CNR) e CAPS 24h, conforme demonstra o Ministério da Justiça e Segurança Pública⁵⁵. Conquanto, a **narrativa central do plano** esteve focada na ascensão das CTs, no trato pela abstinência, o favorecimento às internações compulsórias e involuntárias, reforço ao projeto privatista e favorecimento da psiquiatria tradicional. A própria Portaria nº 3.088/2011, que é um ganho para a materialização desses serviços, também possibilita a entrada das CTs na rede de

⁵³ Pesquisador referência na área e membro do MNLA.

⁵⁴ Lançado em dezembro de 2011, o programa *Crack, é possível vencer* é um conjunto de ações do Governo Federal para enfrentar o crack e outras drogas. Com investimento de R\$ 4 bilhões e articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, além da participação da sociedade civil, a iniciativa tem o objetivo de aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar atividades de prevenção até 2014. O programa conta com ações dos ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além da Casa Civil e da Secretaria de Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁵⁵ Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

atenção psicossocial. Ainda sobre o surgimento da Portaria nº 3.088/2011, não foi possível identificar posicionamento de nenhum segmento.

Os processos advindos das rupturas no campo da luta antimanicomial impactaram diretamente na incidência de alguns movimentos sociais na reforma psiquiátrica. Como mesmo aponta e já demonstrado em diversas análises de Vasconcelos (2012), a cisão ocorrida com o MNLA enfraqueceu suas narrativas e arrefeceu grande parte das mobilizações que desempenhavam papel fundamental no enfrentamento e resistência do polo manicomial.

Essa fragilidade é apontada por Vasconcelos (2012), que deixa nítida sua repercussão prática e concreta no cotidiano da consolidação da reforma psiquiátrica brasileira,

raramente temos levantado ou apoiado coletivamente denúncias imediatas no campo dos direitos humanos, particularmente, no âmbito das instituições de caráter manicomial ainda existentes no País, nem nos posicionamos coletivamente em relação às iniciativas da RENILA (VASCONCELOS, p. 2012, 63).

Isso corrobora com a análise feita de que a incipiência do registro constata uma abertura de possibilidade para o campo conservador.

Diante desse processo, apreende-se que a Contrarreforma Psiquiátrica não é limitada ao ano de 2015, mas é precedida de acontecimentos que demonstram claro alinhamento que a legitimam.

Sobre as postulações da ABRASME, em 2011 ocorreu o III Congresso Brasileiro de Saúde Mental da referida associação, o que demarcou sua posição em eventos abordando tema sobre as comunidades terapêuticas de maneira crítica, como: “a negação de direitos aos usuários de spas – Comunidades Terapêuticas e sociedade na contramão das conquistas sociais” e “Comunidades Terapêuticas e o isolamento social de usuários de spas e pessoa com sofrimento psíquico”. Tais discussões conseguem sinalizar de que modo a entidade se organiza e se constrói frente à temática.

Em 2011, também foi aprovada a Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011 que dispõe sobre a regulamentação das Comunidades Terapêuticas. Aqui se demonstra explicitamente a divergência de posicionamento ideopolítico de segmentos. Ter as CTs regulamentadas como política acarreta, lá na frente, um maior desfinanciamento de serviço substitutivos para uma maior valorização destes de caráter asilar manicomial.

A FEBRACT participa ativamente das discussões sobre a regulamentação das CTs, enquanto os movimentos de base antimanicomial estão reagindo a essa direção de retrocesso. No mesmo ano, a RENILA torna pública, mediante uma carta, a sua posição desfavorável a essa medida,

o investimento público deve ser dirigido à criação e ampliação da rede de serviços substitutivos e não a lugares e instituições com princípios e formas de atuação contrária à ética que sustenta a prática dos serviços substitutivos (RENILA, 2011)⁵⁶.

Como pano de fundo, enquanto surge a portaria que dá materialidade aos serviços da rede de atenção psicossocial (Portaria nº 3.088/2011), os quais são fundamentais para garantir os serviços que compõem a RAPS, ainda que apresente algumas incongruências no que diz respeito inclusão de Comunidades Terapêuticas, a ABP está rondando o seu discurso no que cabe aos seus interesses.

No mesmo ano mencionado, além das obviedades que se expõe esse segmento por defender a regulamentação das CT's, as narrativas se constroem para favorecer conceitos políticos que valorizam condições *stricto* do sujeito, sem levar em conta diversas dimensões da vida humana.

O site da FEBRACT possui um espaço para o compilados de artigos⁵⁷ que se dedicam a estudar questões relacionadas às CT's. Observa-se que os trabalhos compõem a narrativa fomentada por esses espaços, sobretudo focada no conceito de Dependência Química (DQ). É importante salientar a pontuação política deste conceito, uma vez que exclui outros fatores na relação com o uso de SPA e direciona as definições simplesmente ao campo patológico que ignora histórias e vivências.

No que tange às posições da ABP, aparece, em 2011, a revista “Debates em Psiquiatria” (RDP)⁵⁸, destinada exclusivamente à classe médica como bem explicita o documento e tem como título “A era dos antidepressivos”. A revista tem o intuito de apresentar discussões que colaborem com o campo da psiquiatria, a permear narrativas com centralidade no debate da classe médica tradicional nesse campo. A primeira publicação conta

⁵⁶ Disponível em: https://www.twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva.Noticia20110902_1_04. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁵⁷ Disponível em: <https://febract.org.br/portal/artigos-sobre-cts/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁵⁸ Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/34/34>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

com os títulos como: *A Era dos Antidepressivos; Identificação Precoce dos Transtornos Psiquiátricos; Eletroconvulsoterapia – Introdução, Histórico, Definição, Indicações e Contraindicações* e temas que têm como direção e base o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental. O primeiro artigo corrobora com as falácias levantadas nesta dissertação, sobretudo acerca do discurso sobre um crescente adoecimento populacional. Tal falácia e a narrativa utilizada no trabalho amalgama-se com a narrativa manicomial.

Além disso, a ABP não se manifestou contrariamente à regulamentação das Comunidades Terapêuticas, mas concebeu, em seu site, espaço para a nota emitida em 2011 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que considera os CAPS antiéticos para “doentes mentais”. A nota expõe a incipiência do serviço em não dispor de médico psiquiatra pelo período de 24h.

O segmento segue demonstrando que compreende os sofrimentos apenas no campo patológico. Ainda que a nota tenha sido emitida pelo CFM, cabe reportar que a ABP coaduna com o posicionamento do Conselho e deixa registrada em seu site a manifestação⁵⁹. A nota reivindica que a defesa do modelo do CAPS tem um viés ideológico, o que descaracteriza qualquer cientificidade do campo da reforma psiquiátrica, reforçada pela narrativa constante do “técnico e não político”, que patologiza a Questão Social e foca no indivíduo dissociado de uma coletividade. Segue o parecer:

os problemas de maior monta são concernentes aos Caps III, ad II e III, que na realidade são pseudo-hospitais onde se realiza a internação, aplica-se medicamentos e observa-se a evolução em caráter prognóstico, mas nos quais o papel do médico é subtraído e diluído com o de outros membros da equipe, como se todos pudessem fazer tudo. Assim, o psicólogo, o assistente social ou enfermeiro estão habilitados, nessas instituições, a fazer o juízo clínico evolutivo e a determinar as providências médicas sobre o doente internado. Descumpre-se também o formalismo legal ao se permitir que o paciente seja inserido sem uma avaliação médica e possa sair à hora em que queira. Não há autoridade médica regulando, avaliando e dizendo se é caso de internar ou não, se o paciente pode sair quando desejar ou se, em risco, conforme preceitua a Lei nº 10.216/01, será involuntariamente hospitalizado e este ato comunicado ao Ministério Público. Esta lacuna no entendimento e a mudança da nomenclatura legal de “internação” para “acolhimento” faz antever que, além do descumprimento da lei, os ideólogos do sistema criaram um ambiente sem ordem ou hierarquia, extremamente nocivo aos pacientes, gerando insegurança quanto ao que se exige para um funcionamento seguro dentro de critérios médicos. Na verdade, criaram pensionatos ou abrigo de miseráveis, onde os pacientes dormem, tomam

⁵⁹ Disponível em: [Diretrizes ABP/AMB/CFM/Fenam | ABP](#). Acesso em: 13 de novembro de 2021.

banho se quiserem, comem e voltam a perambular pelas ruas como se isso fosse atendimento médico, voltando ou não no dia ou na noite seguinte (CFM, 2011, p. 7)⁶⁰.

A posição adotada pelo CFM e correspondida pela ABP nos faz perceber como já existiam grandes enraizamentos para a instalação da CP. Ao denominarem CAPS de “pseudo-hospital” e destacar que o médico é subtraído, retornam ao início da criação do hospital, em que o médico era figura central e não existia relação médico-sujeito, mas médico-doença (AMARANTE, 2007). Deforma a característica integral e transversal da saúde mental e descredibiliza a atuação multi e interprofissional; retoma os preceitos disciplinadores e desrespeita a luta e conquistas daqueles que acreditam no cuidado coletivo e antimanicomial.

A ABP, em 2011, também criou o projeto *Craque que é craque não usa crack*, que carrega em sua denominação o preconceito e estigmatização dos usuários de crack. Cria o lugar de que pessoas que fazem uso da substância precisam estar marginalizadas e sem acesso a serviço de qualidade, nega a possibilidade de intervenções pela ótica da Redução de Danos e não menciona articulação com os serviços territoriais das RAPS para pensar o cuidado com quem apresenta necessidades decorrentes do uso da droga⁶¹.

5.5.2 2012

Quadro 7 – Resultados encontrados sobre o ano de 2012

2012	
Acontecimento	Mecanismo de legitimação
Normativas que dispõe sobre o CAPS	Portaria nº 130/2012 do Ministério da saúde

⁶⁰Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fapbrasil.websiteseguro.com%2F2011%2Fimages%2FCFM%2520n%25C2%25BA%25208.589.pdf&clen=135043&chunk=true>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁶¹ Disponível em: <https://www.abp.org.br/craque>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Discussão sobre os rumos da Política Nacional Sobre Drogas	Frente Nacional de Entidades pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas
Segmento	Posicionamento
MNLA	<p>Participação na Frente Nacional de Mobilização para o 18 de maio;</p> <p>Ancora-se ao lema “loucura não se prende, saúde não se vende”;</p> <p>Não incorpora a Frente Nacional de Entidades pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas.</p>
RENILA	<p>Participação na Frente Nacional de Mobilização para o 18 de maio;</p> <p>Ancora-se ao lema “loucura não se prende, saúde não se vende”;</p> <p>Incorpora a Frente Nacional de Entidades pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas.</p>
ABRASME	<p>Incorpora a Frente Nacional de Entidades pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Droga;</p> <p>Realização do congresso com a temática crítica às CT’s: internações compulsórias, a proliferação das Comunidades Terapêuticas.</p>
ABP	<p>Foco no discurso da doença e patologização;</p> <p>Defesa da ECT.</p>
FEBRACT	<p>Continua disseminando publicações com foco no discurso de Dependência Química e vida sem drogas.</p>

Fonte: elaboração própria com base nos resultados da pesquisa.

No ano de 2012, possibilidades de materialização da RAPS iam se consolidando no campo normativo e prático. A Portaria nº 130/2012 do Ministério da Saúde dispõe os serviços de CAPS 24h. Com isso, continua instituído o cenário de contradições no campo da reforma psiquiátrica brasileira, pautando a luta antimanicomial e a manutenção dos espaços asilares manicomiais.

Várias ações ocorrem em todo o país para defender a luta antimanicomial, com a participação de vários movimentos sociais e a criação de novas entidades, a exemplo do surgimento da Frente Parlamentar Estadual de Luta Antimanicomial do Estado de São Paulo. As mobilizações referentes ao 18 de maio desse ano demonstraram participação ativa do MNLA e da RENILA⁶² com a defesa do lema “loucura não se prende, saúde não se vende”, o que demonstrava alinhamento ao projeto de Reforma Sanitária em protesto ao projeto de saúde privatista que se instala.

Em 2012, também surge a Frente Nacional de Entidades pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas, que

reúne entidades e movimentos sociais brasileiros, por uma mudança na atual política sobre drogas, que se baseie na cidadania, na dignidade, nos Direitos Humanos, na garantia da participação popular e no respeito às decisões das Conferências. Entende que a Política de Segurança Pública deve ser norteadada pela garantia de direitos e não pela repressão policial, ações higienistas e criminalizadoras da pobreza e de populações fragilizadas. Posiciona-se contra a atual política proibicionista de drogas, contra a inclusão das comunidades terapêuticas e afins na rede de serviços do SUS e a favor da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos no acolhimento e no tratamento de usuários abusivos de drogas, em defesa dos princípios do SUS e de um Estado laico. Defende a consolidação e ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e de todas as políticas públicas pela inclusão e integralidade na atenção às pessoas que usam drogas contemplando ações de trabalho, habitação, educação, cultura, arte, esporte, acesso à justiça, segurança pública, saúde e assistência social (ABRAPSO, 2012).

Dentre as diversas entidades que compõem a Frente, estão a RENILA e a ABRASME. O fato de o MNLA não compor demonstra sua fragilização enquanto movimento social que vinha

⁶² Disponível em: http://www.crsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=483. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

sendo exposto nos anos anteriores, e a incipiência de ocupação dos espaços políticos pelo MNLA destaca uma maior capilaridade da RENILA em envolver-se nessas alianças.

No mesmo ano, no que tange às incidências da ABP, a RDP continua suas publicações a todo vapor com direções focadas na doença e na patologização da vida. A primeira e a segunda edição do ano abordam sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)⁶³, que direcionam suas convenções para a hipermedicalização da infância, definem tudo pela via da doença e ignoram as próprias vicissitudes de uma infância, corroborando com o *lobby* da indústria farmacêutica.

Todas as edições constituem a sua endogenia psiquiátrica com exclusividade para a classe médica, como já constatada como discurso central da ABP. A revista n. 3 aborda sobre a eletroconvulsoterapia (ECT), que buscava demonstrar sua eficácia, ponderar que os erros são tal qual existem em quaisquer tratamentos médicos (ALVES; ABREU, 2012)⁶⁴, tema que também já havia sido abordado em edições anteriores. Na revista n. 4, aborda sobre a Estimulação Transcraniana Magnética (ETM)⁶⁵, que junto da ECT, utiliza-se de nomenclaturas para substituir o espanto ao que de fato é uma prática de eletrochoque muito comum em manicômios.

Ao passo que se busca, mediante muita luta, introduzir novas práticas e formas de saber-fazer em saúde mental, a psiquiatria continua mantendo sua posição e se especializando cada vez mais em doenças e dando vazão para isso no campo da saúde mental. A FEBRACT continua disseminando publicações com foco no discurso de Dependência Química e vida sem drogas.

Em contrapartida, em 2012, também ocorre o III Congresso Brasileiro de Saúde Mental, que contou com o compromisso de fazer resistência aos ataques sofridos pela saúde mental, compreendendo “internações compulsórias, a proliferação das comunidades terapêuticas, a crescente mortalidade nos hospitais psiquiátricos” (ABRASME, 2012)⁶⁶.

⁶³ Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/50/50>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁶⁴ Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/44/44>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁶⁵ Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/44/44>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁶⁶ Disponível em: <https://www.congresso2012.abrasme.org.br/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Algumas inferências podem ser obtidas desse ano. Observa-se que já existe uma maior centralização de ações que induzem aos retrocessos. O campo manicomial tem legitimidade para se fincar com mais força e válida não só o discurso, mas a prática, em cima das narrativas manicomiais. Já o campo antimanicomial, procede com resistência, buscando alianças e se unindo a forças que conduzem ao enfrentamento dos preceitos asilares-manicomiais.

Aqui, se constata as forças pautando o processo que vai, em breve, desembocar no que foi denominado de Contrarreforma Psiquiátrica, mas que demonstra o arraigamento na contrarreforma do Estado e não se inicia pontualmente em um ano, mas é um processo constantemente estabelecido. Além disso, depreende-se que o arrefecimento de alguns movimentos históricos, como o MNLA, vai possibilitar aberturas proximais do retrocesso.

5.5.3 2013

Quadro 8 – Resultados encontrados sobre o ano de 2013

2013	
Acontecimento	Mecanismo de legitimação
I Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental da ABRASME	Participação do MNLA e RENILA
Discussão sobre os critérios médicos <i>versus</i> religiosos	Discussão da não disposição de médicos dificultaria a destinação de recursos às Comunidades Terapêuticas
Segmento	Posicionamento
MNLA	Crítica aos desmontes que vêm se instaurando

RENILA	Criação da rede social <i>Facebook</i> ; Maior participação em espaços coletivos como audiências; Posicionamento antiproibicionista.
ABRASME	Crítica aos desmontes que vêm se instaurando
ABP	Defesa do modelo híbrido
FEBRAC	Manutenção dos posicionamentos que mantêm o uso de substância no lugar individual do sujeito

Fonte: elaboração própria com base nos resultados da pesquisa.

Neste ano, tem-se a criação do *Facebook* da RENILA, em que foi possível identificar um maior número de posicionamentos e manifestações do segmento. Como ainda não existem publicações do MNLA em sua rede social neste período, identificou-se um número menor de manifestações do movimento social.

A RENILA aparece na composição da mesa de uma audiência pública realizada no ano de 2013 pela deputada Erika Kokay, que tinha o objetivo de discutir sobre os serviços substitutivos. No evento, se apresenta também Roberto Tykanori, que estava como coordenador da Política de Saúde Mental e de Enfrentamento ao Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, conhecido por sua história de militância antimanicomial e grande representação nos espaços de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, conquanto, não estiveram representantes do MNLA. Nessa audiência, RENILA reafirma sua posição crítica ao modelo asilar manicomial, em defesa dos serviços substitutivos e contrários ao modelo híbrido, que despense recursos para serviços manicomiais⁶⁷.

⁶⁷ Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/textoHTML.asp?etapa=11&nuSessao=2261/13&nuQuarto=0&nuOrador=0&nuInsercao=0&dtHorarioQuarto=09:30&sgFaseSessao=&Data=17/12/2013&txAp>

Ademais, o primeiro ano de postagem da RENILA no *Facebook* se caracteriza pelo posicionamento antiproibicionista e em defesa da Política de Redução de Danos. O movimento apresenta várias postagens colocando-se desfavorável à criminalização dos usuários de drogas e à Lei Antidrogas. Faz menção a figuras centrais da redução de danos como Carl Hart e Dartiu Silveira, e apresenta uma percepção da relação entre drogas e criminalização da pobreza. Demarcam críticas contundentes à Guerra às Drogas e também à patologização da vida exposta pelo Manual Diagnóstico de Saúde Mental (DSM). Igualmente, a Renila se mantém firme nos posicionamentos críticos e contra-hegemônicos.

A Abrasme também segue demonstrando sua incidência e participação ativa nos espaços coletivos de militância e formação. Em 2013, ocorreu o I Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental⁶⁸ que discutiu “A fragilidade das certezas contemporâneas e o passado que não pode ser esquecido”, validando como os desmontes já vêm aparecendo e ganhando força de legitimação com a parceria neoconservadora. Esse encontro, desenvolvido por vários segmentos antimanicomiais, tem o MNLA na composição da sua organização, mas não a RENILA.

A ABP, em suas publicações, continua reforçando o seu lugar hegemônico. Nos escritos “Serviços Substitutivos em Saúde Mental: o desafio da inclusão social”⁶⁹, demonstra que a percepção que a Associação tem sobre serviços substitutivos nenhuma relação apresenta com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas como uma reforma hospitalar, uma “humanização” do Hospital Psiquiátrico e uma recusa à atenção psicossocial. O segmento demonstra a sua ojeriza à luta antimanicomial, tornando explícito e em entrelinhas aquilo que almeja para o que entende não como saúde mental, mas para campo estrito da psiquiatria.

A tutela da pessoa em sofrimento é central no debate dos segmentos manicomiais, pois “os doentes mentais, a exemplo de outros doentes, apresentam um grau maior ou menor de incapacidade para determinadas atividades de vida diária” (WEBER, 2013, p. 26). Ao citarem

[elido=SEGURIDADE%20SOCIAL%20E%20FAM%C3%8DLIA&txFaseSessao=Audi%C3%Aancia%20do%20Grupo%20de%20Trabalho%20de](#). Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁶⁸ Disponível em:

https://www.direitoshumanos2013.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=682. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁶⁹ Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/39/39>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

o exemplo dos Serviços Residências Terapêuticas, colocam em evidência pontos negativos que partem de uma perspectiva de que a lógica asilar pode se reproduzir em qualquer espaço, no entanto, ainda que não seja uma afirmativa falsa, ela não reconhece as contradições do processo de desinstitucionalização e ignora o mais importante que é o objetivo de não continuar permanecendo com espaços que têm a sua base manicomial, que em qualquer aspecto vai produzir e reproduzir tais características, pois foi feito para isso. Se uma SRT se torna espelho de manicômio, é de lá que as práticas vieram e se constituíram, foram geradas nesse espaço/tempo de manicomialidade. Existe a necessidade da geração de espaços que desmontam a razão manicomial, que germinam da liberdade e deixam as possibilidades de o coletivo-singular-subjetivo instaurar-se.

Apesar de ainda considerar alguns pontos positivos de serviços substitutivos, a ABP se posicionou sobre a importância e não utilizar apenas o conceito “sofrimento psíquico”, mas sim doença mental. A opção antimanicomial desta pesquisa em adotar o termo “sofrimento” corrobora com o que Amarante (2007) aborda com o intuito de não reforçar a expressão de manutenção do lugar de subjetivação daquilo que se chama de “doentes mentais”. A opção deste termo traz a base paradigmática adotada pelo segmento, que individualiza sofrimentos e ignora toda a relação estrutural em torno da “doença mental”. A adoção de termos vem sempre acompanhada de narrativas que são cercadas de ações políticas, sendo aquelas do polo da doença mental as que reforçam a lógica opressora e exploradora do sistema.

Assim como a ABP mesmo aponta, não existe homogeneidade no posicionamento quanto à reforma psiquiátrica brasileira. No artigo referido, em certos momentos valoram serviços substitutivos, mas não apontam para uma luta antimanicomial, reforçam narrativas que trazem leituras que não contribuem para a superação da sociedade manicomial, ao contrário, a reforça. No escrito, a ABP faz críticas a reinternações frequentes e sinaliza a importância de alguns serviços na mudança da “assistência psiquiátrica”, mas contradiz-se em muitos momentos, além de seguir pela defesa de um modelo híbrido com maior investimento nos modelos manicomiais.

Já a Febract, naquele ano, continua na manutenção dos posicionamentos que mantêm o uso de substância no lugar individual do sujeito. Esse parece ser o ano das incongruências e da maior abertura dos discursos dos segmentos de um campo manicomial. O artigo apresentado por Damas (2013), publicado no portal do segmento, traz críticas às CTs no que

diz respeito à sua dificuldade em compreender fatores sociais na necessidade dos usuários. No entanto, as comparações são contraditórias e ignoram aquilo que é a centralidade do “cuidado” ofertado nesses espaços, como o isolamento, a disciplina, a correção moral e o trabalho forçado.

Em 2012, também aparece uma discussão que se concentra no limbo dos preceitos asilares manicomial, que são os critérios médicos *versus* religiosos. Em matéria apresentada pelo Senado⁷⁰, a discussão da não disposição de médicos dificultaria a destinação de recursos às Comunidades Terapêuticas. Reiterando o que foi apresentado pelo IPEA (2017), que grande parte das Comunidades Terapêuticas no Brasil são de cunho religioso e a sua maioria de caráter neopentecostal, não existiria prerrogativa de existir atendimento médico nesses locais, assim como salientado pela própria Febract em seu site.

Observa-se o jogo da disputa de poder que refuta o discurso de pensar em um cuidado, mas ao contrário, pensa-se em construir e validar a sua prática. E, assim, pode-se perceber os interesses privatistas manicomial sendo expostos.

5.5.4 2014

Quadro 9 – Resultados encontrados sobre o ano de 2014

2014	
Acontecimento	Mecanismo de legitimação
Tendência hegemônica mais conservadora	Medidas de austeridade fiscal e iniciativas autoritárias, como ascensão das Comunidades Terapêuticas
Centros Regionais de Referência sobre Drogas	Mobilizou bastante entidades, pesquisadores e militantes
Segmento	Posicionamento

⁷⁰ Disponível em: <http://www.senado.leg.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/sociedade-e-as-drogas/recursos-publicos-comunidades-terapeuticas-religiao-medicos.aspx>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

MNLA	<p>XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e o X Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, marco que buscou debater os desafios para o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial;</p> <p>Reafirma suas bandeiras de luta.</p>
RENILA	<p>Baixo número de publicações;</p> <p>Dispõe de crítica sobre as Comunidades Terapêuticas e sobre o desfinanciamento na política de saúde mental.</p>
ABRASME	<p>IV Congresso Brasileiro de Saúde Mental em Manaus. Discutiu a diversidade cultural</p>
ABP	<p>Campanha setembro amarelo com características mercadológicas;</p> <p>Ciência baseada em evidência;</p> <p>Fortalece a narrativa positivista do “técnico e não político”, contrário ao que chamam de “puramente ideológico”;</p> <p>Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil.</p>
FEBRACT	<p>Alinhamento à ABP no que diz respeito à lógica da evidência;</p> <p>Destaca as CTs como dispositivo alinhado aos preceitos de reforma psiquiátrica brasileira.</p>

Fonte: elaboração própria com base nos resultados da pesquisa

Como já bem apresentado no capítulo anterior, 2014 é um período de mudanças no contexto político. É o segundo ano do Governo Dilma em que o modelo de austeridade fiscal ganha mais força e as alianças de conciliação se reforçam. O enfraquecimento dos movimentos sociais continua em decorrência do panorama desfavorável.

Nesse ano, ocorreu o XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e o X Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que tiveram como tema “Os Encarceramentos e Restrições da Liberdade na

Atualidade: desafios para o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial” (MNLA, 2014)⁷¹. Nesse encontro, o movimento realiza uma análise de conjuntura e reafirma suas bandeiras de luta, reforçando a sua posição de radicalidade frente ao campo em que as diversas ameaças se instauram.

No mesmo ano, ocorreu o IV Congresso Brasileiro de Saúde Mental em Manaus (AM), organizado pela Abrasme. As análises feitas para a realização do Congresso compreendem as dificuldades do cenário brasileiro na implementação e integração dos serviços substitutivos em saúde mental. São tecidas críticas em relação ao escopo de profissionais que por muito tempo foi limitado no campo de atuação em saúde mental. O Congresso também valorizou a expansão dos saberes e pautou a importância da diversidade cultural, valorizando o espaço sede do evento que teve como tema “Navegando pelos rios da Saúde Mental da Amazônia: diversidades culturais, saberes e fazeres do Brasil”. Com isso, a ABRASME continua demonstrando seu espaço de mobilização, convocando, também, para a V Conferência Nacional de Saúde Mental⁷².

Os Centros Regionais de Referência (CRRs) sobre Drogas foram dispositivos importantes nesse período histórico. Esteve vinculado, a partir de 2011 ao Crack, é Possível Vencer, mas demonstrou potencialidades e mobilizou bastante entidades, pesquisadores e militantes nesse período histórico. Os CRRs possibilitaram ações territoriais envolvendo a concepção intersetorial buscando desenvolver processos formativos na área de álcool e outras drogas (VECCHIA *et. al.*, 2021).

Quanto às publicações e posições da Renila, neste ano, no *Facebook* foi encontrado um número baixo de publicações (apenas 4) em comparação ao ano anterior. Contudo, o segmento ainda continua mantendo seu posicionamento externado desde o início. No mesmo ano, a RENILA participou com um número consistente de militantes do seminário de 35 anos de Basaglia no Brasil: a marca de uma prática revolucionária⁷³. O encontro contou com figuras representantes da Rede que são históricas na militância antimanicomial.

⁷¹ Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/noticias/carta-aberta-do-movimento-nacional-da-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁷² Disponível em: <https://www.congresso2014.abrasme.org.br/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁷³ Disponível em: http://ter.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/276/2018/01/BASAGLIA_FOLDER_Final.pdf. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Ainda diante disso, as Comunidades Terapêuticas continuam ganhando espaço e, em 2014, a RENILA apresentou uma carta se posicionando em relação às investidas em CTs⁷⁴, que revela a clareza que o movimento tem de que essa ascensão faz parte do projeto neoliberal, com pano de fundo nas terceirizações e privatizações como direção dos seus recursos. Observa-se que o segmento consegue tecer uma crítica conjuntural à ascensão das CTs, relacionada com a perspectiva de totalidade, e não abandona as mediações dessa análise. Versa sobre o desfinanciamento dos serviços substitutivos que opta por alocar recursos em dispositivos com caráter asilar-manicomial.

Na oportunidade da manifestação, a RENILA utiliza de argumentos legais para recorrer ao posicionamento contrário, fazendo contrapontos com a Lei nº 10.216/2001, destacando as discussões endossadas nos âmbitos de participação social e reforçando o lema “por uma sociedade sem manicômios”.

Ainda no referido ano, a ABP lança a Campanha “Setembro Amarelo Salva Vida”⁷⁵. Com isso, desenvolve uma cartilha, ainda que possa trazer direções que se deem no usufruto de práticas que previnam o suicídio, essas ações de prevenção não podem se dar de maneiras pontuais e desarticuladas do investimento em serviços e políticas que prezem pelo cuidado em saúde mental. O documento, que é fruto dessa campanha⁷⁶, não fala sobre pessoas, mas sobre diagnósticos. Esvazia-se qualquer crítica sobre a questão do suicídio e individualizam-se problemas de ordem social. É uma campanha que patologiza as vivências e não compreende o quanto o modo de vida impetrado é gerador de sofrimento e pode levar as pessoas a não terem perspectivas sobre a vida pelo fato de não conseguirem acessar direitos básicos. E, mais uma vez, o foco é a doença e o diagnóstico e não a produção de saúde e a compreensão crítica do processo saúde-doença.

⁷⁴ Disponível em: <https://antimanicomialsp.wordpress.com/2014/05/13/posicionamento-da-rede-nacional-internucleos-da-luta-antimanicomial-renila-sobre-a-proposta-de-regulamentacao-das-comunidades-terapeuticas/amp/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁷⁵ Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁷⁶ Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14#page/19>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Para tanto, em artigo publicado na RDP, v. 4 n. 2 de 2014, que tem como título “Medicina Baseada em Evidências e Saúde da Mulher”⁷⁷, demonstra-se também um esvaziamento de críticas sobre questões de gênero e suas repercussões na saúde e saúde mental da mulher. O texto aborda que as especificidades relacionadas ao gênero feminino se dão na ordem biológica, e não existe uma percepção da determinação social do processo saúde-doença nas mulheres, da dinâmica imposta pelo machismo, patriarcado, misoginia, racismo etc. Outro ponto a se avaliar de maneira crítica é a posição do que se denomina uma ciência baseada em evidências. Em grande parte, aquilo que se chama de “evidência” está calcado no saber positivista, hegemônico e que detém o poder dos saberes, e descartam que existam vieses nessas pesquisas, assim como cita Rocha *et al.* (2014) nesse mesmo artigo. Contudo, a problemática do questionamento não é que o estudo seja “baseado em evidências”, mas a importância em questionar como essas evidências são construídas. Feinstein e Horwitz (1997) refletem acerca da autoridade que pode se criar ao se produzir a “melhor evidência disponível”. Essa construção pode direcionar dogmas doutrinários às práticas clínicas, bem como a manutenção de um paradigma, que no caso da psiquiatria é o da “doença mental”.

A narrativa positivista da ABP⁷⁸ coloca na centralidade das discussões a excelência de neutralidade que expõe ao criticarem o campo antimanicomial pelo seu saber “puramente ideológico”. É o *locus* de perpetuação de poder, que esconde as contradições inerentes ao modo de produção capitalista e reforça uma das falácias aqui já citadas, do *boom* das doenças mentais sem tecer críticas à estrutura que as desenvolvem. É uma neutralidade que versa sobre os interesses da classe dominante que diz afastar do caráter político para uma aproximação técnica, mas o seu “não político” mantém as instituições da violência, como próprio nomeou Basaglia (1985), e nega outros saberes como ciência.

A ABP apresenta também as Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil (ABP, 2014)⁷⁹, que se refere a um modelo fundamentado na desvalorização do médico psiquiátrica e uma centralidade no CAPS que, segundo o documento, não apresenta eficácia comprovada. Aponta que a direção do cuidado em saúde mental é focada apenas em um serviço e são elucidações que não condizem com a realidade cotidiana da saúde

⁷⁷ Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/194/172>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁷⁸ Na própria elaboração da sua cartilha sobre suicídio, utilizam Durkheim para balizar a construção.

⁷⁹ Disponível em: www.abpbrasil.org.br/%2Fdiretrizes_final.pdf&clen=1207980&chunk=true. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

mental. Ainda existe grande valorização ao saber médico em detrimento de outros saberes, e é falacioso dizer que o campo da reforma psiquiátrica apenas centraliza o cuidado no CAPS. Este serviço é considerado ordenador da rede de atenção psicossocial, no entanto, não é e nem deve ser considerado como único para dar suporte às pessoas em sofrimento.

A Febract também segue expondo seu olhar sobre as “evidências”⁸⁰, que se mantêm sob a mesma crítica feita em relação à ABP. Além disso, as postagens do *Facebook* do segmento nesse ano estão voltadas para externar resultados e a agradecimentos referentes aos cursos realizados pela FEBRACT. Outro ponto que se identifica relevante para a análise é a publicação do artigo “A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica” da revista *Ciência e Saúde Coletiva*, o qual foi publicado no portal da FEBRACT. O trabalho demonstra aproximações dos objetivos da reforma psiquiátrica brasileira e a introdução das CTs na Raps, tece algumas críticas pontuais fundamentadas em dados de violações de direitos praticadas no âmbito das Comunidades Terapêuticas, mas o foco central é “demonstrar [...] como as bases conceituais e metodológicas da Reforma Psiquiátrica se assemelham profundamente às do movimento das Comunidades Terapêuticas” (PERRONE, 2014, p. 569). O artigo traz diversos pontos que, na concepção do autor, são semelhanças da reforma psiquiátrica, das práticas desenvolvidas nesses locais e, também, refere-se a ser o mesmo modelo de CT proposto por Maxwell Jones. Por esse ângulo, compreender esse serviço dentro do escopo da reforma psiquiátrica brasileira é pautá-la sem cunho antimanicomial. Assim, como já foram desenvolvidas as análises aqui sobre as Comunidades Terapêuticas e quais os seus pilares centrais, não é possível obter associação do modelo de atenção psicossocial com o modelo de CT. Ainda que se entre na seara de algum benefício especificamente individual, tal modelo é caracterizado como um retrocesso e uma valorização ao modelo asilar manicomial a partir dos preceitos da RPB, demonstrada pelos segmentos que reagem à CP se posicionando contrários a esse modelo.

Tratar as Comunidades Terapêuticas por uma ótica benéfica no cuidado em saúde mental é acreditar no modelo híbrido para essa política. Notam-se, aqui, as divergências centrais entre os dois campos de legitimação e de reação do processo de Contrarreforma Psiquiátrica:

⁸⁰ Disponível em: <https://www.facebook.com/FEBRACT/posts/731545153581393>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Quadro 10 – Narrativa diante da reforma psiquiátrica brasileira

Como pautam o discurso sobre “defesa” da Reforma Psiquiátrica Brasileira	
Segmentos antimanicomiais	Segmentos Conservadores
<p>Acreditam na extinção total dos manicomiais, assumem uma postura crítica frente a inclusão de modelos fechados no escopo da RAPS</p>	<p>Defendem o modelo híbrido em saúde mental com fortalecimento dos espaços de caráter asilar manicomial</p>

Fonte: elaboração própria.

5.5.5 2015

Quadro 11 - Resultados encontrados sobre o ano de 2015

2015	
Acontecimento	Mecanismo de legitimação
<p>Aguçamento da Contrarreforma Psiquiátrica</p>	<p>Nomeação Valencius; Dificuldade em acessar dados sobre o financiamento da política de saúde mental; Criação da Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras e Associações de Proteção e Assistência aos Condenados na Câmara dos Deputados.</p>
Segmento	Posicionamento
MNLA	Compõe o movimento “ocupação Valente”
RENILA	Compõe o movimento “ocupação Valente”
ABRASME	Compõe o movimento “ocupação Valente”

ABP	Crítica ao movimento “fora, Valencius”; Contrária à descriminalização do uso de substâncias psicoativas.
FEBRACT	Não foi identificada posição referente à nomeação de Valencius; Proibicionista frente ao uso de substâncias.

Fonte: elaboração própria.

A Contrarreforma Psiquiátrica tem um marco de ampliação no ano de 2015, conforme já bem explicitado nesta dissertação, em razão das diversas ofensivas mais arrojadas que a Saúde Mental recebeu. Contudo, já é possível perceber um movimento que a antecede e é crucial para compreender a instalação do campo manicomial com muito mais força.

Movimentações no parlamento já são nítidas formas de concretizar o golpe que virá a se consumir no próximo ano. O ano de 2015 tem como grande marco os ataques ao campo da Saúde Mental, a substituição de Roberto Tykanori que era, desde 2011, o coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, pelo psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho. Ele foi diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras, o maior manicômio da América Latina, que fechou em decorrência de diversas violações de direitos constatadas. Chaves (2016) apresentou a reação de vários segmentos à nomeação do coordenador e apontou a primeira publicação das redes sociais no mesmo dia da nomeação, destacando a reação de vários sujeitos que pautam a luta antimanicomial.

Figura 3 - Militantes na ocupação Fora Valencius



Fonte: Jornal O Globo⁸¹

A nomeação, como aponta Amarante (2016)⁸², não foi uma simples despreensão descuidada que ocasionou a nomeação do coordenador. Valencius é conhecido por fazer frente contrária à Reforma Psiquiátrica e não foi “apenas” um psiquiatra de linha tradicional, pois optou por estar na defesa do lado manicomial quando o cenário era de luta pelo rompimento com as práticas mais desumanas oriundas dos manicômios. A nomeação também demonstra o caráter privatista a que servem esses interesses, uma vez que grande parte dos leitos em hospitais psiquiátricos é privada, mas financiada pelo SUS. São interesses econômicos, financeiros e de perpetuação do poder.

No mesmo ano, foi publicada uma carta de pedido à revogação da nomeação do psiquiatra e demonstrando extrema preocupação com o comprometimento que isso gera à política de saúde mental. Dentre os subscritores da cartam estão o MNLA, RENILA e ABRASME, que reivindicam um posicionamento veemente contrário à nomeação e expõem-se desfavoráveis ao processo de *impeachment* em curso da então presidenta Dilma, que se

⁸¹ Disponível em: [Fotos revelam rotina dos ocupantes de sala no Ministério da Saúde](#). Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁸² Disponível em: [Após dois meses, manutenção de Valencius reforça caráter de retrocesso na CGMAD/MS - ABRASCO](#). Acesso em: 13 de novembro de 2021.

iniciou poucos dias antes da nomeação⁸³. Além da nota, ficou marcado o movimento histórico da Ocupação Fora Valencius, a Ocupação Valente, quando militantes ocuparam a sala da coordenação-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (CMAD/MS), exigindo a exoneração de Valencius Wurch Duarte Filho.

Quanto à reação da ABP, referente às manifestações, o segmento discordou do posicionamento dos militantes e não se pôs desfavorável à nomeação do Coordenador. A associação fez questão de protocolar uma nota retirando-se de qualquer envolvimento com o posicionamento contrário à ocupação do cargo por Valencius. A Associação destaca não defender o modelo de atenção em saúde mental centrada no hospital, mas também não se coloca favorável ao modelo centrado no CAPS e acredita em um “modelo misto” com grande defesa aos ambulatórios⁸⁴.

Não foi possível identificar o posicionamento da FEBRACT referente à nomeação de Valencius. Nesse ano, seu *Facebook* contou apenas com duas publicações que não faziam menção a esse evento. Todavia, foi identificado o posicionamento referente ao PL 399/2015 que versa sobre a viabilização e a comercialização de medicamentos que contenham extratos, substratos ou partes da planta *cannabis sativa* em sua formulação em solo brasileiro. Em nota publicada pela Federação, afirma inconsistência nas pesquisas e que o discurso disseminado de que “maconha faz bem” reforça o uso de uma substância causadora de “dependência química” e se põe contrária a esses “afrouxamentos”⁸⁵. A FEBRACT demonstra novamente e assume sua posição proibicionista frente ao uso de substâncias, desconsiderando diversas outras variantes que incidem diretamente no consumo de SPA.

Talvez, a isenção de alguns posicionamentos seja fruto das instabilidades entre o poder médico e as CT's. O parecer nº 9/15 publicado pelo CFM⁸⁶ questiona algumas práticas das Comunidades Terapêuticas por não apresentarem o poder médico como central. Aqui, nota-se

⁸³ Disponível em:

www.cresses.org.br%2Fsite%2Fimages%2Fcompilado_cartas_de_apoio_vf.pdf&clen=2561790&chunk=true. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁸⁴ Disponível em: <https://www.facebook.com/abpbrasil/photos/nota-de-esclarecimento-a-associa%C3%A7%C3%A3o-brasileira-de-psiquiatria-abp-que-representa-/946535278750418/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁸⁵ Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2020/08/24/febract-diz-nao-ao-pl-399-2015/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁸⁶ Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/9_2015.pdf. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

a divergência de dois polos que são do campo conservador, mas que divergem no quesito ciência *versus* religião. O parecer apresenta vários questionamentos, sobretudo daquilo utilizado para tirar a centralidade médica do tratamento em saúde mental. Percebe-se que as críticas, em sua maioria, permeiam a dificuldade do poder médico hegemônico de congregar sua prática a outros saberes e discutir possibilidades de intervenções que levem em conta outros olhares e outras perspectivas. A oposição médica às CT's não é a mesma do campo antimanicomial, que entende a CT como novas roupagens manicomiais. O olhar médico que se põe crítico à Comunidade Terapêutica tem como justificativa a razão da sobreposição ao poder médico (CFM, 2015). O parecer também expõe que as Comunidades Terapêuticas são

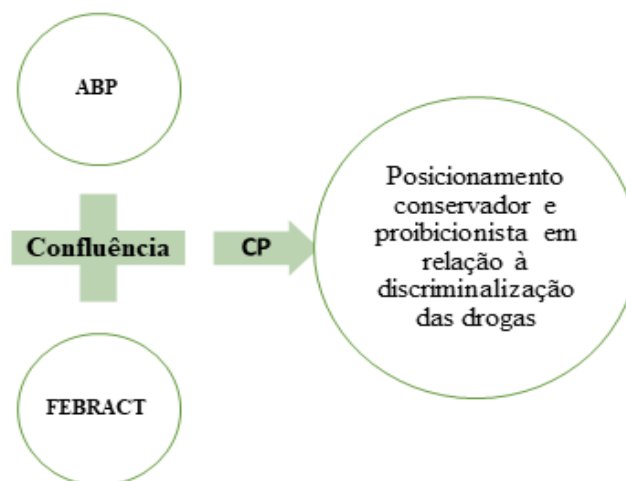
fortemente influenciada pelos ideais socialistas de uniformidade e ausência de hierarquias. Tratados como ambientes democráticos, para se antepor ao que chamaram exaustivamente e pejorativamente de autoritário, utilizaram-se os neologismos hospitalocêntrico ou medicocêntrico de forma a causar uma ojeriza, um sentimento de rejeição a tudo que remeta à necessidade da presença dos médicos e de sua competência para definir as ações em medicina (CFM, 2015, p. 30-31).

Não compreendendo a raiz da luta antimanicomial que não coaduna com CTs, com erros de análises referentes às Comunidades e ao próprio modelo socialista, sabe que a ABP se faz aliada do CFM e coaduna com seus posicionamentos.

Em 2015, a ABP registrou uma nota em seu site referente ao posicionamento contrário à descriminalização do uso de substâncias psicoativas. Reforça a epidemia do crack e adota um conceito de liberdade neoliberal para defender seus posicionamentos. Nesse ponto, percebe-se um caminho de confluência entre as entidades de um mesmo campo.

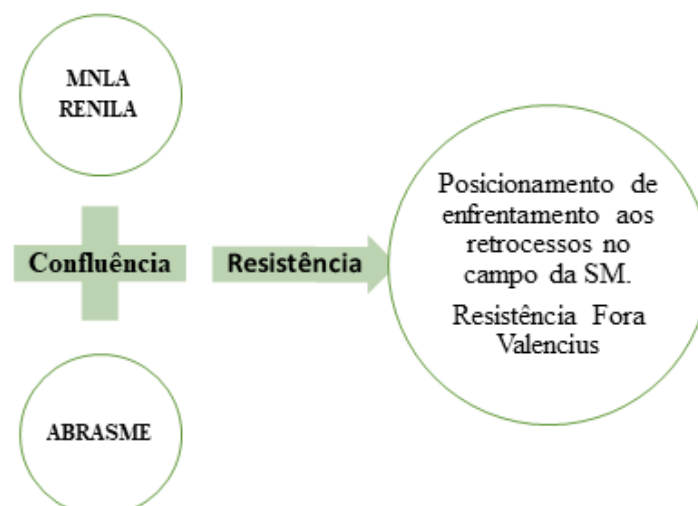
O ano de 2015, além dos marcos legais e normativos, também pode ser percebido pela congruência entre os polos manicomiais e antimanicomiais:

Figura 4 - Posicionamento de confluência entre os segmentos conservadores



Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Figura 5 - Posicionamento de confluência entre os segmentos antimanicomiais (movimentos sociais)



Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Dessa forma, os acontecimentos selecionados para esta análise foram centrais no ano de 2015 e ganharam repercussão e visibilidade no campo da Saúde Mental, e também foram fulcrais para identificar os posicionamentos que se fundamentam sob segregação e aqueles que buscam permear uma seara de cuidado mais justa e igualitária, que não condizem com essa nova condição que se propõe à saúde mental.

5.5.6 2016

Quadro 12 - Resultados encontrados sobre o ano de 2016

2016	
Acontecimento	Mecanismo de legitimação
Cenário Político desfavorável	<i>Impeachment</i> da presidenta Dilma Rousseff; Nomeação do Ministro do Desenvolvimento Social Osmar Gasparini Terra.
Protagonismo das forças de resistência	Exoneração Valencius; Incidência das forças políticas na direção e condução das ações e a correlação de forças instauradas no campo da saúde mental; Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.
Segmento	Posicionamento
MNLA	Maior parte dos posicionamentos encontrados foram referentes à ocupação valente
RENILA	Maior parte dos posicionamentos encontrados foram referentes à ocupação valente
ABRASME	5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental organizado pela Abrasme – apontam para o cenário de correlação de forças
ABP	Mantém seu posicionamento
FEBRACKT	Poucos posicionamentos encontrados nesse ano

Fonte: elaboração própria com base nos resultados da pesquisa

O ano de 2016 provoca aversão em antimanicomiais. É um ano em que assombra a saúde mental e traz a ideia de que tudo aquilo visto enquanto possibilidade vai se esvaindo com força maior. O cenário político não é favorável para os movimentos sociais, para as perspectivas democráticas, quiçá radicais. Em 2016, após mais de 120 dias de ocupação, a ação “Fora Valencius” é desmontada a partir de uma ação da Polícia Federal. Militantes históricos estiveram à frente da ocupação, que findou no dia 15 de abril de 2016, e em 6 de maio de 2016, por meio da Portaria nº 916, é confirmada a exoneração de Valencius.

O movimento nomeação/mobilização/exoneração fora Valencius demonstrou vários fatos importantes na análise da pesquisa, como a incidência das forças políticas na direção e condução das ações e a correlação de forças instauradas no campo da saúde mental e das políticas sociais como um todo. A nomeação demonstra a confluência do cenário do momento com os preceitos conservadores, privatistas, neoliberais e manicomiais. Contudo, as forças de resistência que se fizeram presentes desde o dia de sua nomeação foram fundamentais para impedirem a continuidade do mandato do coordenador. O cenário de disputa no campo da saúde mental demonstra que não existe luta antimanicomial sem expressão da luta de classes.

Em contrapartida, no mesmo ano, ocorre a nomeação do Ministro do Desenvolvimento Social Osmar Gasparini Terra, indicado por Michel Temer, que em decorrência do golpe assume a presidência após a saída da presidenta Dilma Rousseff. É um cenário político ainda mais caótico e desfavorável aos ganhos antimanicomiais e contra-hegemônicos. Osmar Terra postula os preceitos da psiquiatria tradicional e se faz totalmente alinhado à Contrarreforma Psiquiátrica.

Em pesquisa à rede social o MNLA, no que concerne às publicações de 2016, algumas se encontram indisponíveis para acesso e impossibilitadas para análise. Porém, as mobilizações desse ano também se concentram referentes às ações e decisões de Valencius. Durante a ocupação, o MNLA e a RENILA se pronunciaram referentes às práticas do coordenador que se caracterizou como um cenário de constante tensão e retirada de trabalhadores que eram históricos na conquista da RPB. Quanto à mesma rede social da RENILA, também se concentram a maior parte das publicações referentes à ocupação, grande parte compartilhada pelos dois segmentos.

Aqui, percebe-se que a construção de uma Reforma Psiquiátrica de base antimanicomial, assim como a própria contrarreforma, não se consolidam só por meio de

portarias e legislações, mas, também, pelas forças que a compõem, sejam favoráveis ou desfavoráveis, pelo próprio contexto político e pela própria gênese capitalista, assim como as narrativas que não permeando essas construções, “constrói-se cotidianamente no fazer e criar permanente de novas relações de cuidado e solidariedade às pessoas em sofrimento” (AMARANTE, 2016)⁸⁷.

Desse modo, ao passo que se condensam perspectivas manicomiais, a reação da classe trabalhadora também ocorre. Várias publicações do MNLA trazem demonstração de posicionamentos frente aos desmontes. O MNLA publica uma nota, assinada por outras entidades, dentre elas RENILA e ABRASME, contra a situação de violência praticada contra militantes que se encontravam na Ocupação Valente, que também foi identificada na rede da RENILA.⁸⁸

Em abril de 2016, também surge a Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, publicada pela RENILA, contando com militantes para a sua mobilização. Além disso, a RENILA apontou para retomar a posição contrária ao crescimento do financiamento em CTs em uma publicação com a carta de repúdio da Frente Mineira de Drogas e Direitos Humanos em relação a uma celebração ao termo de colaboração com Comunidades Terapêuticas.

Em maio de 2016, ocorreu o 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental organizado pela Abrasme. A apresentação do evento também aparece como uma espécie de nota em relação ao cenário da saúde mental no momento, e a publicação apresenta as complicações do momento para a Saúde Mental, retrata um campo de retrocessos jamais visto nos últimos anos, expõe os perigos das conciliações das aberturas aos lobbies, à indústria farmacêutica e aponta para a dificuldade de diálogo com usuários, trabalhadores e militantes na tomada de decisão. Também destaca a perspectiva que tem ganhado centralidade por meio de um prisma patologizante, e em contrapartida, indicam um campo de resistência que não concorda com

⁸⁷ Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/cidadaos-e-capazes-artigo-de-paulo-amarante/24579/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁸⁸ Disponível em: <https://www.facebook.com/mnlaemluta/posts/1556871347969703>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

essa condução, que se posiciona criticamente e adota estratégias na contramão do que vem buscando pautar a saúde mental⁸⁹.

Já a ABP, continua seguindo seu curso. O segmento mantém posicionamento referente ao uso de substância, justificando que a descriminalização do uso impacta no aumento de consumidores, assim como em um número maior de acidentes e violência. A ABP não é tímida em relação aos seus posicionamentos amplamente conservadores, patologizantes e individualizantes. Desconsidera o uso de SPA numa indicação individual e moraliza o consumo criminalizando pessoas que fazem o uso. Do mesmo modo, segue a FEBRACT, sendo encontrada apenas uma publicação no *Facebook*, da qual também reforça a direção em relação ao consumo de SPA.

No âmbito desse debate, foi possível observar um acirramento da correlação de forças, muito bem identificado pela ABRASME. O cenário político era conservador, mas deu abertura para a movimentação dos segmentos contrários ao que vinha sendo posto. Isso constata-se, também, pela possibilidade em encontrar mais posições no campo antimanicomial, o que faz perceber que um cenário de arrocho dos direitos e os movimentos sociais mostram sua fundamental necessidade dentro da sociedade de classes.

5.5.7 2017

Quadro 13 - Resultados encontrados sobre o ano de 2017

2017	
Acontecimento	Mecanismo de legitimação
Nova Política de Saúde Mental	Acervo normativo do Ministério da Saúde (Portaria nº 3.588/2017 e a resolução nº 32 da CIT); Nomeação de Quirino Cordeiro Júnior.
30 anos de Bauru	Articulação do Encontro Nacional em alusão à data

⁸⁹ Disponível em: https://www.congresso2016.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=793. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Segmento	Posicionamento
MNLA	Organização 30 anos de Bauru
RENILA	Organização 30 anos de Bauru
ABRASME	3º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental; Mobilização com CRP.
ABP	Favorável à ECT; Defesa dos ambulatórios especializados em Saúde Mental como eixo principal do cuidado em SM; Atribuem o aumento da população em situação de rua em sofrimento à ineficácia dos serviços substitutivos em saúde mental; – Alinha-se às perspectivas das CTs.
FEBRACT	Organiza o maior evento de Comunidades Terapêuticas da América Latina; Apontamentos sobre internação de adolescentes em Comunidades Terapêuticas.

Fonte: elaboração própria com base nos resultados da pesquisa

Esse é considerado o ano do “novo” que não deixou de ser o que era, porque a indústria da loucura nunca parou de permear a saúde mental. Contudo, os últimos anos têm deixado espaços para que ela retorne com muita força. O ano de 2017, o qual se instaura o que se denomina de “Nova Política de Saúde Mental”, é assombroso para o cenário. A Portaria nº 3.588/2017 e a resolução nº 32 da CIT foram eventos que marcaram fortemente o ano em destaque.

É um ano em que os interesses privados se tornam mais vívido, o recrudescimento da manicomialização vai ganhando a materialidade para a sua legitimação. Ocorre também a

nomeação de Quirino Cordeiro Júnior que segue na linha da psiquiatria tradicional e alinhado aos preceitos da ABP⁹⁰.

Comemoram-se, também, os 30 anos da Carta de Bauru, e a comemoração desembocou em várias mobilizações, dentre elas um encontro que esteve sob organização do MNLA e RENILA, que fizeram parte da Articulação Nacional do Encontro de Bauru.

Os representantes da articulação nacional do encontro fizeram um histórico e mostraram os desafios da luta antimanicomial. Para eles, não basta racionalizar os serviços, é preciso discutir como combater a opressão e a discriminação nas instituições e como lutar pelos direitos de cidadania e por melhores condições de vida dos doentes mentais. Revelaram que é necessário inventar novos diálogos e uma nova política pública de saúde mental (CFP, 2017)⁹¹.

O encontro decorreu na elaboração da Carta de Bauru – 30 anos, que reafirmou seu compromisso com uma “transformação social ampla e verdadeira” (BAURU, 2017), apontando a Luta Antimanicomial como uma luta por outra sociedade. Ainda, o encontro rememorou as conquistas dos 30 anos anteriores, em que os segmentos organizadores demarcaram o posicionamento da liberdade como valor central à luta.

⁹⁰ Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/composicao/desenvolvimento-social/senapred/quirino-cordeiro-jr-1>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁹¹ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/30-anos-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Figura 6 - Militantes em luta pelos 30 anos de Bauru



Fonte: Revista Fórum⁹².

Ainda, ocorreu o 3º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, organizado pela ABRASME, sendo mais um espaço de resistência e luta política que a ABRASME continua pautando. A apresentação do evento demonstra a necessidade e importância do evento em meio ao alijamento da política de saúde mental de base antimanicomial e a crise que vem atravessando a reforma psiquiátrica brasileira. O encontro é estratégico para demarcar a posição de coletivos frente aos desmontes e ao desfinanciamento que impactavam os serviços substitutivos⁹³.

Para mais, a ABRASME organizou, em conjunto com o CRP-PR, no mesmo ano, um encontro como forma de mobilização em resposta ao cenário de desmonte que vinha ocorrendo na saúde mental⁹⁴.

⁹² Disponível em: <https://revistaforum.com.br/colunistas/30-anos-da-carta-de-bauru-por-uma-sociedade-sem-manicomios/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁹³ Disponível em: <http://www.direitoshumanos2017.abrasme.org.br/apresentacao>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁹⁴ Disponível em: <https://crppr.org.br/crp-pr-e-abrasme-promovem-reuniao-para-mobilizar-defesa-da-saude-mental-brasileira/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

No que tange ao portal de notas da ABP, alguns posicionamentos foram identificados. Desde manifestar-se favorável à ECT, à defesa dos ambulatórios especializados em Saúde Mental, como eixo principal do cuidado em SM, e o fomento aos leitos em hospitais psiquiátricos. Retoma a importância em respeitar as diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil, confluindo com o posicionamento de várias outras entidades médicas, inclusive adotado pelo CFM. Em uma carta aberta à sociedade, atribuem o aumento da população em situação de rua em sofrimento à ineficácia dos serviços substitutivos em saúde mental. Ao que parece, tudo aquilo que compreendem enquanto negativo, a ABP tem atribuído ao CAPS ou a um desvio concernente ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste momento, também se colocam favoráveis às Comunidades Terapêuticas.

Neste ano, a FEBRACT organiza o maior evento de Comunidades Terapêuticas da América Latina⁹⁵, mas, diferente da ABRASME, não demonstra claramente os objetivos e direções referente ao encontro. A Federação também se posiciona em nota favorável à Portaria Interministerial nº 2 de 2017, que institui o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com necessidades decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. Cruz, Gonçalves, Delgado (2020) apontam que essa parece ser a primeira vez que ocorre a desvinculação da pasta de Álcool e Outras Drogas com a da Saúde.

A Federação também enaltece a Lei nº 22.460/2016⁹⁶, responsável por estabelecer diretrizes para o atendimento prestado pelas Comunidades Terapêuticas. Referem a lei como algo plural e, apesar de não abarcar o “acolhimento” de adolescentes, há como proposição da exposição do segmento de que discutam sobre essa temática. Em 2021, essa temática vem à tona, em que diversos debates foram travados sobre receber adolescentes em Comunidades

⁹⁵ Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2017/12/12/clact-brasil-2017-veja-o-que-aconteceu/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁹⁶ Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2017/07/05/febract-reconhece-que-lei-224602016-e-um-avanco/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Terapêuticas. Uma discussão que demonstrou o descompromisso com os direitos das crianças e adolescentes, foi barrada judicialmente⁹⁷, mas conseguiu entrar em vigor posteriormente.

Em 2017, a FEBRACT vai organizar o Fórum Permanente das Comunidades Terapêuticas do Rio Grande do Sul e conta com a presença de Osmar Terra. Essa ação demonstra o comprometimento da FEBRACT com aquilo que pauta e Osmar Terra aponta “as CT’s, como um dos mais bem-sucedidos modelos de acolhimento de dependentes químicos” (TERRA, 2017)⁹⁸, o que não é algo espantoso, uma vez que a FEBRACT vem cumprindo e exercendo seu papel com maestria, assim como faz a ABP, de corroborar os manicômios em suas diversas formas.

Aquilo que Evangelista (2017) discorre sobre os interesses privados na política de saúde mental, vão se mostrando verdadeiros. Contudo, o Ministério da Saúde vem coadunando com tais preceitos e validando que uma saúde mental com maiores investimentos em serviços substitutivos não é tão positiva como o investimento que vem sendo feito nos dispositivos asilares manicomial. O reflexo dos interesses econômicos e religiosos é atestado por meio desses serviços.

É um ano que apresenta muitas modificações, mas que poucas mobilizações foram encontradas. O arrefecimento oriundo de tantos ataques é constatado após o cenário político contribuir com a enxurrada de retrocessos. Aqui, a CP vai se alojando e ganhando espaço a partir das forças conservadoras e retomando cada vez com mais força, não só a hegemonia psiquiátrica, mas a do moralismo neopentecostal.

Ao contrário de anos anteriores, a ABP começa a adentrar na defesa dos preconceitos da Febract. Acredita-se que o jogo de interesses se confluí pela necessidade política de se aliar, o que demonstra que seus preconceitos servem, como já visto, para apossar um projeto de poder.

Nesse ano, é possível observar a Contrarreforma Psiquiátrica bastante pautada na norma.

⁹⁷ Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/722180-projeto-revoga-resolucao-do-governo-sobre-acolhimento-de-adolescentes-dependentes-quimicos/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

⁹⁸ Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2017/12/04/febract-organiza-forum-permanente/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

5.5.8 2018

Quadro 14 - Resultados encontrados sobre o ano de 2018

2018	
Acontecimento	Mecanismo de legitimação
Forte campo de disputas no campo da saúde mental	Ano com o maior gasto em reais dispensado às Comunidades Terapêuticas
Eleições gerais	Alinhamentos aos setores neopentecostais e privatistas
Segmento	Posicionamento
MNLA	Poucas publicações com posicionamentos aprofundados Publicações para divulgação de eventos pontuais.
RENILA	Manifesta-se contrariamente à Portaria nº 3.588/2017 e à Nova Política de Drogas; Crítica aos termos que fazem menção à ECT.
ABRASME	6º Congresso Brasileiro de Saúde Mental: recordar a luta histórica da RPB e firmar o seu compromisso com a defesa de serviços substitutivos de base territorial e comunitária
ABP	Não foi encontrada nenhuma nota relacionada ao ano de 2018 em seu acervo oficial; Foram publicadas seis edições da RDP, todas com foco em abordar transtornos e diagnósticos.

FEBRACT	<p>Retoma os seus eixos fundamentais: congregar, capacitar e representar;</p> <p>Celebração ao Programa Recomeço;</p> <p>Defendem fiscalização fora do Estado.</p>
----------------	--

Fonte: elaboração própria com base nos resultados da pesquisa.

O ano de 2018 é marcado por muitas disputas. O cenário político se acirra, as contradições se incitam e os aspectos de luta de classes ficam mais latentes. O polo neoconservador vai se alastrando e ganhando corporeidade, assim como o projeto econômico de poder ganha mais possibilidades de instalação. É o ano com o maior gasto em reais dispensado às Comunidades Terapêuticas (DESINSTITUTE, 2021).

Verifica-se uma timidez nos movimentos sociais, com poucas publicações do MNLA em sua rede social, e as publicações encontradas versam sobre eventos pontuais, mas não foi encontrada nenhuma nota que se posicione referente ao cenário.

Já a RENILA, aparece o com mais frequência, sendo possível identificar algumas manifestações. O segmento publicou em apoio ao Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CESMG) em parceria com outros segmentos nacionais e do Estado, uma nota, manifestando-se contrariamente à Portaria nº 3.588/2017 e à Nova Política de Drogas sancionada pela Resolução do Conselho Nacional de Políticas de Drogas CONAD nº 1, de 9 de março de 2018. A Rede repudia os fomentos financeiros que vêm sendo dado aos modelos manicomial e demarca sua posição em defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, bem como a valorização dos serviços substitutivos. Em relação à Portaria nº 3.588/2017, se manifesta

caracterizando um empuxo à lógica centralizada, burocratizada e ineficaz de atendimento ambulatorial, em detrimento da construção multiprofissional, em rede e intersetorial, que vinha sendo fomentada até então (RENILA, 2018).

No que concerne à nova política de drogas, a qual se elaborou sem discussão com a população e representantes do controle social, “está centrada na lógica privatista, proibicionista e da abstinência e na internação de usuárias e usuários em comunidades terapêuticas” (RENILA, 2018).

Dentre as outras publicações, seguem notas contrárias aos procedimentos invasivos e violentadores, menção ao dia nacional da luta antimanicomial e reforça a importância da participação social na Saúde Mental. Outro ponto fundamental que a RENILA toca são os termos utilizados como “trocadilhos” para dar mote ao eletrochoque e à lobotomia. Nomes como “psicocirurgia” aparece em uma das publicações de repúdio da Rede a esses procedimentos que têm sido retomados no discurso da atualidade⁹⁹.

Além dessas manifestações, o ano de 2018 é um momento de grande tensão política no cenário brasileiro. Jair Bolsonaro, que demonstra seu projeto político neoconservador com muito afinco e ameaça mais ainda a garantia de direitos e a continuidade do projeto, que já vem sendo implementado, ganha força. Une-se ao ativismo religioso que se alinha às Comunidades Terapêuticas e os receios quanto à saúde mental vão ficando maiores. Vários movimentos sociais se aglutinaram ao movimento *#EleNão*, inclusive segmentos da luta antimanicomial. A RENILA foi um desses setores que se posicionaram, demarcando que a luta contra os manicômios está relacionada à luta contra outras formas de opressão.

Nossa luta é por delicadeza, por democracia, por direitos e por liberdade. Uma sociedade sem nenhum tipo de manicômio é também, por consequência, uma sociedade feminista, anti-racista e anti-capitalista! Resistiremos a qualquer projeto de ódio, de violência e de segregação e aprisionamento do povo brasileiro (RENILA, 2018)¹⁰⁰.

Além das manifestações do Núcleo central da RENILA, os núcleos de extensão que são vinculados ao movimento também fazem frente de resistência ao sucateamento, patologização e individualização da saúde mental. Ademais, mantém provocações contrárias aos HPs e às CTs.

Outra menção fundamental a ser apontada, foi a do Coletivo Baiano de Luta Antimanicomial, publicada no dia 28 de maio de 2018 e repostada pela RENILA no dia 31 do

⁹⁹ Disponível em:

https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1839196956119862&id=614729478566622.

Acesso em: 13 de novembro de 2021.

¹⁰⁰ Disponível em:

https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=2067819846590904&id=614729478566622.

Acesso em: 13 de novembro de 2021.

mesmo mês¹⁰¹. O coletivo apresenta uma frente parlamentar que foi criada com o objetivo de apresentar a “Nova Política de Saúde Mental”, no entanto, o evento esqueceu-se do ponto principal preconizado pelo que verdadeiramente podemos considerar como “nova saúde mental”, *a participação social*. Desse evento foram identificados, pelo Coletivo, alguns pontos centrais de análise sobre a movimentação generalizada em torno da nova política, são estes:

1º – No manicômio não há diálogo. Insiste-se em manter o monólogo: excetua-se a participação de qualquer pessoa que não contemporize com seus posicionamentos manicomiais. Reverberam o silêncio da imposição e silenciam qualquer possibilidade de manifestação;

2º – Quiseram se apropriar da saúde mental sem perceberem que ela se constitui a partir da diversidade de saberes e práticas: todas as pessoas que compunham o evento eram psiquiatras, o que reforçou a segregação dos saberes e não valorizou a possibilidade de diálogo, proferindo diversos discursos violentos em defesa aos manicômios;

3º – A ideologia manicomial não suporta a divergência: todas as falas apresentadas eram endógenas e engessadas em dados estatísticos sem contextualização e debate. Foram taxativos e reforçaram o lugar de periculosidade da loucura e se adequaram aos princípios da tradicionalidade psiquiátrica;

4º – A “nova política” reapresenta ideias fracassadas no passado: mesmos métodos, velhas práticas: o que se chama de “nova política” é um ataque ao que já foi conquistado e esconde grandes elementos manicomiais e utilizam do silenciamento de vozes para angariar seus objetivos.

À vista disso, observa-se que a RENILA apresentou um número maior de publicações em sua rede neste ano do que em alguns anos anteriores. Outrossim, muitas de suas publicações são compartilhamento das notas de outros núcleos, sobretudo referente à “Nova Política de Saúde Mental”. Apreende-se que houve uma mobilização considerável dos militantes e coletivos vinculados à RENILA no que diz respeito a esses acontecimentos.

¹⁰¹ Disponível em:

https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1898840073488883&id=614729478566622.

Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Ademais, a Rede é composta por núcleos e as suas menções estão conformadas, o que indica uma convergência no posicionamento e nos núcleos.

Em 2018 ocorreu o 6º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, organizado pela Abrasme¹⁰². O Congresso tinha como objetivo rememorar a luta histórica da RPB e firmar o seu compromisso com a defesa de serviços substitutivos de base territorial e comunitária. O evento continua sendo um marco para as discussões e o posicionamento crítico por meio de debate sobre a desmedicalização, por exemplo, que ganhou centralidade no congresso. Embora que apresentação ainda carregue alguma centralidade para o “transtorno mental” e o diagnóstico¹⁰³, mas não existe crítica esvaziada como é feita no campo conservador.

No que tange às manifestações da ABP, em seu acervo oficial de notas, não foi encontrada nenhuma nota relacionada ao ano de 2018. No entanto, seus artigos publicados na RDP servem como base para continuar compreendendo os seus posicionamentos e defesa. Em 2018, foram publicadas seis edições da revista, todas elas com foco em abordar sobre transtornos e diagnósticos sob o olhar da psiquiatria tradicional. Algumas publicações chamam a atenção para os esforços de desmontar os resultados satisfatórios de alguns serviços substitutivos, assim como demonstrarem seu alinhamento não apenas com o campo dessa ciência produzida pela categoria, mas também para mostrar possibilidades de diálogos entre as lideranças religiosas.

A primeira revista do ano apresenta um artigo intitulado “Desospitalização, moradias assistidas e inclusão social no contexto da Política Brasileira de Saúde Mental”. O artigo tem o objetivo de investigar a inclusão de pessoas que ficaram grandes períodos em internações prolongadas e passaram a residir em locais terapêuticos (WEBER, 2018). Sem embargo, o artigo aproveita para realizar críticas ao modelo de serviços substitutivo, apresentando-o como incipiente ao que se propõem,

A criação das residências terapêuticas, em meio à realidade da vila, compromete o alcance dos objetivos de reinserção social, liberdade e retomada de autonomia das pessoas com transtornos mentais transferidas para esses serviços substitutivos (WEBER, 2018, p. 20).

¹⁰² Disponível em: <http://www.congresso2018.abrasme.org.br/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

¹⁰³ Disponível em: <http://www.congresso2018.abrasme.org.br/apresentacao>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

A vila mencionada é um lugar periférico, o que remonta um preconceito a esse tipo de território e à população que a ocupa, além do artigo dispor sobre a importância ambulatorial, sem mencionar o trabalho articulado com o CAPS.

Além desse artigo, a edição n. 2 apresenta um escrito sobre a relação entre psiquiatria e espiritualidade. O texto aparece como uma forma de legitimar as relações construídas entre espaços religiosos, como as CTs, e os hospitais psiquiátricos:

a consideração da sua relevância para as origens, a compreensão e o tratamento dos transtornos psiquiátricos, bem como para a atitude do paciente frente à doença, deveria estar no centro da psiquiatria acadêmica e clínica. Considerações espirituais e religiosas também têm implicações éticas significativas na prática clínica da psiquiatria (ALMEIDA, *et al.*, 2018).

Outro escrito que chama atenção conta sobre a influência do uso de *ayahuasca* por uma pessoa com um diagnóstico de transtorno bipolar e os efeitos negativos da substância. O artigo vai apresentar, por meio do relato de um caso que já apresentava sofrimento, uma relação agressivamente negativa entre o uso da substância com pessoas que apresentem o diagnóstico mencionado, sendo analisada no texto como potencializadora e desencadeadora de impactos negativos. A análise conclui que “dessa forma, tornam-se necessárias a psicoeducação e a abstinência nessa população” (OLIVEIRA, *et al.*, 2018, p. 36), a reforçar um olhar individualizado e sem levar em conta outros fatores importantes para o contexto, e sem considerar, ainda, as possibilidades de adentrar a perspectiva de redução de danos para essa situação.

O ano de 2018 e a dualidade da luta de classes no processo da CP é visível quando os serviços substitutivos estão clamando por investimento e as Comunidades Terapêuticas estão ao bel de suas celebrações. Em abril deste mesmo ano, a FEBRACT realizou uma retrospectiva das suas atividades e retomou os seus eixos fundamentais: “congregar, capacitar e representar as Comunidades Terapêuticas no desenvolvimento de políticas públicas de álcool e outras drogas” (FEBRACT, 2018)¹⁰⁴. Os preceitos desse tipo de serviço são aqueles já citados no capítulo anterior que agregam disciplina, trabalho e espiritualidade (PASSOS,

¹⁰⁴ Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2018/05/10/atividades-abril-2018-febract/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

2020). Apontam para a eficácia do que se desenvolve na CT, conquanto uma eficácia baseada em punição, culpabilização e remissão.

Com essa postura, o avanço das Comunidades Terapêuticas continuou ganhando cenário. Em dezembro, a FEBRACT assina um termo de colaboração com 13 CTs no âmbito do Distrito Federal e celebra

as assinaturas dos Termos de Colaboração com as 13 (treze) entidades parceiras celebram um importante avanço na política pública sobre drogas, especialmente pelo fato de que são os primeiros instrumentos a serem formalizados junto às Comunidades Terapêuticas (FEBRACT, 2018)¹⁰⁵.

A celebração coloca a centralidade e a possibilidade no colo desse serviço. Faz parte do processo de remanicomialização e favorecimento desse serviço asilar e ao alijamento dos serviços substitutivos (COSTA; MENDES, 2020a).

Uma grande problemática identificada na narrativa deste segmento é no que diz respeito à fiscalização do espaço. Em celebração ao Programa Recomeço¹⁰⁶, atentam para um projeto do sonho, uma fiscalização que não seja realizada pelo Estado, pois não apresentam proximidade com o tema¹⁰⁷. O discurso é deveras problemático, uma vez que nega a possibilidade do Estado se incumbir pela responsabilidade em fiscalizar o espaço e cria a contingência em ser fiscalizado por entidades que legitimam as práticas disseminadas no âmbito de uma CT, com a alocação de que são preceitos vinculados aos eixos do “tratamento”.

Em vista disso, podem-se verificar as raízes de um processo contrarreformista em curso com muita força. Aquilo que se dedica a retirar investimentos do Fundo Público para alocar em serviços privados ganha centralidade e faz parte do ideal que se tem para a política. Os segmentos conservadores criam sua seara e conseguem dissipar o seu projeto de poder por meio das normativas, do financiamento, do saber e dos discursos que se direcionam ao caminho de enxugamento de acesso ao serviço antimanicomial.

¹⁰⁵ Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2018/12/21/13-entidades-parceiras-assinam-termo-colaboracao/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

¹⁰⁶ Programa de lógica proibicionista desenvolvido no Estado de São Paulo.

¹⁰⁷ Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2018/11/14/resultados-do-programa-recomeco-na-conferencia-mundial/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

Abrem-se os caminhos para mais retirada de direitos da classe trabalhadora para dar espaço à institucionalidade burguesa, por serem narrativas ideopolíticas que se propagam na composição social e cultural em desfavor dos trabalhadores.

5.5.9 2019

Quadro 15 – Resultados encontrados sobre o ano de 2019

2019	
Acontecimento	Mecanismo de legitimação
Posse do atual Presidente da República Jair Messias Bolsonaro	Expansão do cenário de contrarreforma; Nota técnica nº 11/2019; Recriação da Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras e Associações de Proteção e Assistência aos Condenados na Câmara dos Deputados; Nova Política AD (decreto 9762); Nova Lei de Drogas (13.840).
Segmento	Posicionamento
MNLA	Publicações contrárias ao projeto instalado pelo Governo Bolsonaro e as suas implicações específicas para a saúde mental; Ênfase na discussão da interseccionalidade (gênero, raça e classe); Relação do desmonte de outras políticas com a saúde mental, como previdência e assistência social.

RENILA	<p>Poucas manifestações encontradas que não faziam menção direta de posicionamento de resistência a esses retrocessos em específicos;</p> <p>Audiência pública se manifestou desfavorável aos desmontes no campo e faz referência ao lucro obtido através dos desmontes.</p>
ABRASME	<p>Participação no lançamento do Relatório de Inspeção dos Hospitais Psiquiátricos;</p> <p>4º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental com foco na discussão sobre intersecção;</p> <p>Discussão na linha de “disforia de gênero”.</p>
ABP	Defesa da Nova Política Sobre Drogas
FEBRACT	Promove seminários para divulgar a Nova Política Sobre Drogas

Fonte: elaboração própria com base nos resultados da pesquisa.

O ano de 2019 é assombroso para o campo das políticas sociais. A posse do atual Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, possibilitou uma grande expansão do cenário de contrarreforma. Como já mencionada anteriormente, a nota técnica nº 11 de 2019, logo nos primeiros meses do mandato, demonstra claramente o objetivo deste governo sendo atingido. Ainda que as identificações da remanicomialização já estejam sendo feitas há alguns anos, neste se marca maiores rupturas e maior escassez. A valoração do privado em detrimento do público tem se tornado uma marca das medidas neoconservadoras do presidente (DA COSTA; MAIOR; DA SILVA, 2020).

É um ano em que se acirram as tensões, o âmbito de disputa se torna mais evidente e a correlação de forças ganha altas proporções. Os movimentos sociais retomam uma reação maior quanto às investidas do Governo Federal no campo da saúde mental e se mobilizam frente aos ataques.

Essa mobilização pode ser identificada pelas próprias redes dos segmentos. O MNLA apresentou uma gama de publicações contrárias ao projeto instalado pelo Governo Bolsonaro e as suas implicações específicas para a saúde mental, postagens que demonstram a mobilização presencial como forma de resistência também aparecem¹⁰⁸ e demonstram seu posicionamento frente aos ganhos privados na saúde. No XI Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial (Enala) e do XII Encontro Nacional de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial (Enufa), que teve como tema “Resistência e diversidade: por uma construção coletiva dos enfrentamentos”, o complexo da indústria da loucura é denunciado por profissionais, usuários e militantes do movimento. Abordam também a questão da interseccionalidade que por muito tempo foi secundária, mas tem ganhado espaços nos debates e na discussão do impacto do racismo, do machismo e da Lgbtfobia nos processos de sofrimento¹⁰⁹.

O movimento também tem mostrado sua compreensão de que, no momento, a saúde mental sofre ataques em diversas ordens, principalmente aos movimentos sociais e aos serviços de caráter antimanicomial. Também remetem aos ataques intersetoriais, ou seja, a outras políticas e serviços, os quais impactam diretamente na saúde mental, como Benefícios de Prestação Continuada (BPC), a Reforma Previdenciária e ataques à população em geral.

O MNLA elaborou uma carta colocando-se contrário aos retrocessos, fazendo menção à política que vem sendo implementada desde o Governo Michel Temer. O ponto salutar da carta, além de prezar pela representação de diversos atores dentro movimento, reitera o caráter de luta não *stricto* à política de saúde mental, mas reforça a luta por outro modelo de sociedade, que também alcança a luta antimanicomial. A carta ainda menciona os diversos retrocessos expostos no campo normativo pela política bolsonarista e as várias violências que se materializam mediante o que se coloca.

afirmamos a unidade entre usuários/as, familiares, trabalhadores/as estudantes, simpatizantes, grupos, coletivos, sindicatos, movimentos sociais e demais articuladores da saúde mental para que possamos seguir na luta antirracista, anti-cisheteronormativa, anti-patriarcal, antiproibicionista,

¹⁰⁸ Disponível em: <https://www.facebook.com/mnlaemluta/posts/2296103227379841>. Acesso em: 13 novembro de 2021.

¹⁰⁹ Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/11/16/movimento-antimanicomial-denuncia-industria-da-loucura-no-governo-bolsonaro>; <https://madinbrasil.org/2019/12/do-chao-de-manicomio-as-lutas/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

antifacista e anticapitalista! Em defesa da Revolução Socialista! (MNLA, 2019)¹¹⁰.

No caso da RENILA, foram poucas as manifestações encontradas. Na rede social *Facebook*, apenas quatro publicações, das quais não faziam menção direta de posicionamento de resistência a esses retrocessos em específicos. Todavia, em Audiência Pública, um representante da RENILA se manifestou desfavorável aos desmontes no campo e fez referência ao lucro obtido por meio dos desmontes¹¹¹.

Quanto à ABRASME, participou do lançamento do Relatório de Inspeção dos Hospitais Psiquiátricos e também realizou o 4º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. O tema do Fórum demonstrou como a discussão sobre raça e gênero tem aparecido mais no campo da saúde mental, “tem como objetivo refletir acerca das repercussões do racismo, da violência de gênero e dos conflitos de classe que estão na gênese do sofrimento social e psíquico de pessoas e coletivos” (ABRASME, 2020).

A ABRASME também se posicionou desfavorável à nota técnica nº 11/2019, assim como demonstrou contrariedade à medida que vem sendo tomadas pelo Governo Federal¹¹². A despeito disso, da mesma forma que a RENILA, foram encontradas poucas manifestações do segmento referente ao ano de 2019¹¹³.

Já a ABP continua seguindo aliada aos preceitos privatistas, manicomial e violentos em conjunto com o CFM. Em abril, a Associação publicou uma nota em Defesa da Nova Política Sobre Drogas e pautaram a lógica proibicionista e medicalizante das vivências, e se

¹¹⁰ Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/11/16/movimento-antimanicomial-denuncia-industria-da-loucura-no-governo-bolsonaro>; <https://www.brasildefato.com.br/2019/12/12/movimento-denuncia-desmonte-do-sus-e-retrocessos-na-luta-antimanicomial-no-brasil>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

¹¹¹ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/audiencia-publica-debate-retrocessos-na-politica-nacional-de-saude-mental/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

¹¹² Disponível em: <https://www.facebook.com/saudementalabrasme/photos/a-nota-t%C3%A9cnica-112019-do-minist%C3%A9rio-da-sa%C3%BAde-repete-o-jarg%C3%A3o-de-que-a-nova-pol%C3%ADt/1041614459374454/>; <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/45460>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

¹¹³ Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/38475/abrasme-participa-do-lan%C3%A7amento-do-relat%C3%B3rio-de-inspe%C3%A7%C3%A3o-dos-hosp-psiqui%C3%A1tricos>; <https://www.direitoshumanos2019.abrasme.org.br/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

fizeram consonantes e defensores das Comunidades Terapêuticas, construindo uma nota pedindo a revogação de atos que podem liberar o cultivo da maconha no país¹¹⁴.

Enquanto vários movimentos estão resistindo e buscando brechas de incidência, a ABP diz finalizar o ano com várias conquistas para a sociedade, considerando a Nova Política Sobre Drogas e frentes parlamentares que estiveram presentes. Além disso, ao passo que os movimentos sociais iniciam discussões críticas sobre raça e gênero, a ABP publica na RDP um número sobre “disforia de gênero”, perspectiva altamente patologizante no que tange identidade de gênero, utilizando-se de termos congruentes com o DSM, que não questiona sofrimentos advindos do gênero, colocando-os como de ordem biológica e ignorando os preconceitos sociais¹¹⁵. A FEBRACT continua mantendo seu alinhamento à ABP, com a promoção de seminários para divulgar a Nova Política Sobre Drogas em várias cidades do Brasil e mantém os preceitos da agressividade da contrarreforma.

Um dos pontos centrais é perceber que neste ano aparece com grande centralidade o debate interseccional: raça, gênero e classe. Uma discussão que por muito tempo foi acessória, agora ganha bastante centralidade. O texto de Passos (2018) aponta esse debate como fundamental para tecer análises sobre a reforma psiquiátrica brasileira. Por outro lado, vê-se ABP aproximando-se cada vez mais da discussão sobre a questão das drogas, ao perceber como um mercado lucrativo, alinhando-se às postulações da FEBRACT.

5.6 (In) surgimento de uma pandemia

O ano de 2020 é marcado por um contexto que é atravessado por uma pandemia, datada a partir de março de 2020, momento em que as medidas de prevenção a Covid-19 permaneceram seguindo na mesma linha do que já vinha sendo feito pelo Governo Bolsonaro. Conquanto, antes desses meses, já existiam mobilizações fruto da continuidade da luta, que se fortaleceram com alguns acontecimentos. Todavia, a pandemia escancarou dificuldades oriundas da própria sociedade, que se amplificam, mas que sempre foram existentes. Como

¹¹⁴ Disponível em: https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608_eae1687e0df145fbb08d5f84614e76a7.pdf; https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608_b009f41f07594e5d994c64341ae37d16.pdf. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

¹¹⁵ Disponível em: https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608_38ec007576f44e3b851171ff010f62f5.pdf. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

falar de cuidado sanitário em espaços asilares como Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos? Vale-se de perceber que a pandemia apenas revela questões já preexistentes da falta de adequabilidade desses locais.

No quadro abaixo, seguem os posicionamentos centrais referentes ao ano de 2020:

Quadro 16 – Resultados encontrados sobre o ano de 2020

2020	
Acontecimento	Acontecimento
Pandemia da Covid-19	Práticas negacionistas e de desmonte das políticas sociais; Alto número de mobilizações; Acolhimento de crianças e adolescentes em CT; Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020.
Revogação	Diretrizes para atenção integral em saúde mental; FASM.
Segmento	Posicionamento
MNLA	Identificado um número maior de posicionamentos; Desfavoráveis ao acolhimento de adolescentes em CTs.

RENILA	<p>Criação do <i>Instagram</i>;</p> <p>Formação política;</p> <p>Desfavoráveis ao acolhimento de adolescentes em CTs;</p> <p>Contrária à Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020, que viola os direitos da população em situação de rua;</p> <p>Contra medidas referentes à pandemia dentro das CT's.</p>
ABRASME	<p>Memorial que discorre sobre os mais salientes retrocessos no campo da saúde mental nos últimos anos, conta com um elenco de retrocessos que ocorre desde 2016;</p> <p>7º Congresso Brasileiro de Saúde Mental da ABRASME: demonstrou os efeitos devastadores da CP.</p>
ABP	Pauta o Revogação
FEBRAC	Não foi possível identificar nenhum posicionamento frente ao Revogação

Fonte: elaboração própria com base nos resultados da pesquisa

As manifestações do ano de 2020 aumentam, sobretudo pela necessidade de adaptação aos meios tecnológicos. A RENILA, por exemplo, criou sua conta na rede social *Instagram* neste ano, além disso, muitos se utilizaram da narrativa da pandemia para violar, segregar e dar continuidade ao genocídio da população pobre e preta.

No *Facebook* do MNLA foi possível identificar uma quantidade considerável de postagens no ano de 2020 e no início do ano já se apresentavam mobilizações para avaliação de encontros e discussão¹¹⁶, assim como posicionamentos contrários às práticas manicomiais

¹¹⁶ Disponível em:

<https://www.facebook.com/page/1551481025175402/search?q=2020&filters=eyJycF9jcmVhdGlvbl90aW11OjAiOiJ7XCJuYW11XCI6XCJjcmVhdGlvbl90aW11XCI6XCJhcmdzXCI6XCJ7XFxcInN0YXJ0X3llYXJcXFwiOlxcXClyMDIwXFxcIixcXFwic3RhcncRfbW9udGhcXFwiOlxcXClyMDIwLTFcXFwiLFxcXCJlbnRfeWVhclxcXCXCI6XFxcIjIwMjBcXFwiLFxcXCJlbnRfbW9udGhcXFwiOlxcXClyMDIwLTFeyXFxcIixcXFwic3RhcncRfZGF5X>

e alinhamento a outras lutas, como a da população em situação de rua. Reconhecem as lutas de outros movimentos e se organizam de forma radical para o mês da luta antimanicomial.

Costa e Mendes (2021) apresentam como a pandemia aguça o sofrimento, mas, ao mesmo tempo, demonstra a importância e necessidade da luta antimanicomial para barrar o processo de desmonte da Reforma Psiquiátrica, “o que é de maior relevo nesse panorama é que tal agudização do sofrimento diz de um processo dialético objetivo-subjetivo de piora nas condições concretas de vida das maiorias populares” (COSTA; MENDES, 2021, p. 4).

Alguns acontecimentos rebentam o processo de Contrarreforma Psiquiátrica que busca suplantar ainda mais os direitos da classe trabalhadora com o intuito de desarmar as conquistas da reforma psiquiátrica brasileira. Em 24 de julho de 2020, o CONAD publica a resolução nº 3 que tem como “objetivo de permitir e regulamentar o acolhimento de adolescentes com dependência química em Comunidades Terapêuticas”¹¹⁷. A resolução é um ataque aos direitos da infância e adolescência e gerou fortes mobilizações, fazendo com que fosse suspensa na data de sua publicação, mas, posteriormente, passou a vigorar no ano de 2021. Não foi identificada nenhuma nota na rede do MNLA como referência ao fato, contudo, o Movimento postou em seu *Facebook* uma nota publicada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) que faz alusão ao posicionamento contrário ao acolhimento de adolescentes em CTs¹¹⁸. A carta demonstra que a medida ignora o que apresenta os princípios do ECA, sobretudo no que diz respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Além dessa carta, junto com outros signatários, a RENILA publica uma denúncia em desfavor a regulamentação da resolução:

confinar adolescentes nessas comunidades terapêuticas é uma afronta à sociedade e uma distorção absurda do dever do estado de cuidar e proteger de suas crianças e adolescentes, garantindo que cresçam em condições dignas e propícias ao seu desenvolvimento, perto da família, com direito à

[FxcIjpcXFwiMjAyMC0xLTFcXFwiLFxcXCJlbnRfZGF5XFxcIjpcXFwiMjAyMC0xMi0zMVxcXCJ9XCJ9In0%3D](https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/resolucao-do-conad-sobre-acolhimento-de-adolescentes-em-comunidades-terapeuticas-passa-a-vigorar-apos-decisao-judicial). Acesso em: 13 de novembro de 2021.

¹¹⁷ Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/resolucao-do-conad-sobre-acolhimento-de-adolescentes-em-comunidades-terapeuticas-passa-a-vigorar-apos-decisao-judicial>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

¹¹⁸ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/contra-acolhimento-de-adolescentes-em-comunidades-terapeuticas/?fbclid=IwAR0UzRkkTGMtpNMOohaEf7f89JoHNcxQiy96sPstYldRwugCCK2hxosEPH>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

escola, à segurança e ao cuidado em uma rede inclusiva, pública, que respeite suas diferenças e aposte em suas potencialidades (RENILA, 2021).

O documento, apresentado por mais 271 signatários, demonstra o compromisso de diversos atores com a luta antimanicomial e com infância e adolescência. Muitos estudos históricos sobre a saúde mental atrelado ao processo da RPB e da LA, não adentram à seara da temática infantojuvenil, demonstrando incipiência no debate. Nesse sentido, o posicionamento desses segmentos demonstra a necessidade em incluir esse debate de forma mais presente nesse campo.

Outro apontamento do retrocesso que se aproveitou da pandemia para angariar sua narrativa de exclusão, segregação e higienismo, foi a Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020, da qual “aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19” (BRASIL, 2020). A portaria ainda orienta o encaminhamento às CT’s e dá abertura ao *lobby* religioso que aguça não só a regulamentação de uma lei, mas a expropriação dos direitos mínimos da população em situação de rua e da validação das violações de direitos. A RENILA manifestou-se a partir da sua rede ao publicar uma reportagem que demonstra as violações que podem ocorrer a partir da legitimidade que uma legislação como essa declara.

A toada violenta da contrarreforma se mostra inteiramente prestativa ao seu objetivo. Em 30 de março de 2020, entrou em vigor a Portaria nº 340, de 30 de março de 2020 que “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” (BRASIL, 2020). A referida portaria não passa do reforço às práticas segregadoras e higienistas desses espaços. Em manifesto publicado pela RENILA em conjunto com outros segmentos, fica explícito o objetivo do documento, “e surpreendente como a prática de exclusão, segregação e higienismo já presente no dia a dia das comunidades terapêuticas consegue agravar-se mesmo em momento de crise sanitária grave pelo qual atravessamos” (RENILA, 2020). E a portaria demonstra simplesmente a volta do que nunca foi, e agora com mais força e rigidez.

O posicionamento dos seguimentos antimanicomiais frente ao panorama em que a saúde mental se encontra no ano de 2020 também apresenta relação com o que exterioriza Costa e Mendes (2021), que o cenário argumenta de maneira favorável a luta antimanicomial, sobretudo a partir do lema da “liberdade é terapêutica”, “a pandemia parece fazer chocar as

‘verdades’ neoliberais com a própria realidade, nos dizendo que tudo até então que nos disseram era uma mentira” (COSTA; MENDES, 2021, p. 12). O que remete a pensar com quais bases se valida o discurso contrário: “o isolamento é terapêutico”?

A Portaria GM/MS nº 1.325, de 18/05/2020, extinguiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Sofrimentos e que se encontram em conflito com a lei, e criado pela Portaria GM/MS nº 95/2014, surge como ápice a violação dos direitos e demonstra o alinhamento das políticas para população em conflito com a lei associada à periculosidade da loucura e o desinteresse no cuidado com esse público. A RENILA publicou uma nota que foi escrita por várias entidades em seu *Facebook*, mas não foi possível acessar o *link*, pois mostrava indisponibilidade. Posteriormente, em razão de tais mobilizações, foi possível alcançar a revogação da portaria, “uma vitória dos movimentos sociais que se organizaram e encamparam essa luta” (RENILA, 2020). O ganho com a revogação demonstra ainda mais a necessidade da luta antimanicomial em tempos de pandemia que não se deve dissociar do tempo em curso da vida. Retomando Costa e Mendes (2021), faz-se imperativo colocar o vírus entre parênteses e escancarar a própria sociabilidade, e ela demanda luta e luta antimanicomial cotidiana.

Mostrando seu campo de resistência e incidência, objetivando as discussões radicalizadas em alinhamentos com todos os núcleos, a RENILA lança o curso de Formação “Faz escuro, mas eu canto: história e resistência dos Movimentos Populares e da Luta Antimanicomial”, que contou com diversos encontros, com temáticas destacadas por meio de uma perspectiva crítica, finalizado em 2021, com duração de um ano. O curso é um instrumento importante de formação política e de criar estratégias de incidências no panorama disforme atual.

A ABRASME continua coadunando com o espaço de luta e resistência e lança um memorial que discorre sobre os mais salientes retrocessos no campo da saúde mental nos últimos anos¹¹⁹. O documento foi lançado em novembro de 2020, mas conta com um elenco de retrocessos que ocorreram desde 2016 na busca de evidenciar a Contrarreforma Psiquiátrica. Este ano também foi possível notar uma maior mobilização na exposição de manifestos, notas e cartas em contraponto a todos os desmontes em curso.

¹¹⁹ Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/14S-IEwNmHPUPVJV-GHHKvfeyirIAbTFn/view>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

A Associação demonstra seu posicionamento desfavorável aos ataques privatistas na Atenção Primária à Saúde (APS)¹²⁰, se manifesta com notas em desfavor ao acolhimento de adolescentes em CTs, sobre a revogação da Portaria nº 1.325/2020, sobre a Portaria nº 437/2020, que estabelece parâmetros para o reconhecimento de organizações da sociedade civil como Centro de Referência em Dependência Química (CEREDEQ). A Associação também apresenta apontamentos sobre o caso Damião Ximenes Lopes¹²¹ e entrega o memorial que pauta os retrocessos do governo brasileiro na pauta de Saúde Mental e Drogas, demonstrando o seu comprometimento crítico com a pauta.

Além disso, o 7º Congresso Brasileiro de Saúde Mental da ABRASME contou com a participação de figuras históricas da luta antimanicomial, que ao longo de todo evento salientaram uma perspectiva crítica e demonstraram os efeitos devastadores da Contrarreforma Psiquiátrica. Paulo Amarante, em uma de suas falas, demonstrou posicionamento crítico e radical, utilizando-se de pressupostos marxistas para salientar a necessidade de um olhar ampliado para uma crítica ao Estado burguês.

Não se apresentando menos sombrio, o ano de 2020 alastrou também o descaramento manicomial. A publicação das “Diretrizes para atenção integral em saúde mental”¹²² que atualiza o documento publicado pela ABP causou grande movimentação no país,

aos primeiros dias do mês de dezembro de 2020, uma notícia trágica se espalhou rapidamente junto ao imenso campo da Saúde Mental: o Ministério da Saúde apresentou, em reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), uma proposta de revogação de todo arcabouço legal da atual Política Nacional de Saúde Mental, tendo por orientação o documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral em Saúde Mental no Brasil - 2020”, capitaneado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (FASM, 2020 p.8).

O documento expõe de forma explícita o posicionamento da ABP, determinado por uma percepção de ineficiência no serviço desenvolvido pelo CAPS. Refere que os CAPS

¹²⁰ Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/47649/nota-t%C3%A9cnica-acerca-do-decreto-%C2%A01028320-que-cria-a-ag%C3%Aancia-para-o-%C2%A0desenvolvimento-da-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-%C3%A0-sa%C3%BAde---adaps>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

¹²¹ Disponível em: www.corteidh.or.cr/%2Fdocs%2Fcasos%2Farticulos%2Fseriec_149_por.pdf&cLen=609418&chunk=tr ue. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

¹²² Disponível em: <https://www.polbr.med.br/2021/07/06/diretrizes-para-um-modelo-de-atencao-integral-em-saude-mental-no-brasil/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

concentram grande parte dos recursos humanos e desconsideram todo o sucateamento dos serviços territoriais, critica a possibilidade de esses espaços atenderem crises, o que colabora com a falácia da necessidade de fortalecimento do HP, “lembrar também que a função precípua dos CAPS é a de reabilitação de doentes graves e crônicos, e não poderiam funcionar como emergência ou ambulatório geral” (ABP, 2020, p.10). Retomam o princípio da prática baseada em evidências, reforçando o discurso de que CAPS não apresenta convalidação científica e menciona que os serviços realizam atividades religiosas em seus espaços, sem direcionar qualquer crítica a uma prática que é um objetivo direto de CT’s e não de CAPS.

São extremistas em posicionamentos, reforçam o discurso do “técnico e não político” e invalidam todas as práticas difundidas a partir da ótica da RP. No campo AD, se manifestam,

há que diminuir os danos que as substâncias causam às pessoas e à sociedade como um todo e investir ao máximo para que as pessoas que estejam dependentes dessas substâncias possam ter todas as chances possíveis para interromper o consumo. Somente com a abstinência é que o dependente volta a um nível satisfatório de saúde física e mental (ABP, 2020, p. 20-21).

A narrativa demonstra mais uma falácia com inúmeras falhas de análise sobre a Redução de Danos. Dentro da prática de RD, é possível incluir a abstinência, mas por si só é taxativa, reduzida e desconsidera realidades e possibilidades. Aponta que a ABS é a melhor alternativa dentro da medicina, desconsiderando a diversidade de possibilidades de intervenção.

Em suma, o documento escancara toda a manicomialidade ao dizer que a exclusão do HP gera desassistência às pessoas em sofrimento e não abandona a categoria “doença mental” que adota historicamente. Além de publicarem as diretrizes, em razão das intensas mobilizações, atestam, mediante nota¹²³, que os posicionamentos partem de uma *fake news* divulgada pelas entidades contrárias às diretrizes e que elas precisam ser “implementadas para que a desassistência aos pacientes com transtornos mentais, fruto de ideologias irresponsáveis, seja finalizada em nosso país” (ABP, 2020). A posição da entidade além de ser violenta com o campo antimanicomial, revela que a sua linguagem e comunicação buscam perpetuar a agressividade com que direcionam as suas ações.

¹²³ Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/abp-esclarece-a-verdade-sobre-seu-posicionamento>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

A publicação dessas diretrizes gerou posicionamento nacional de diversas entidades que compõem ou convergem com o campo da saúde mental, dentro delas MNLA, RENILA e ABRASME. A Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (FASM), que surge no contexto da pandemia, logo após o Revogação, como um novo movimento social, lançou um dossiê que conta com as diversas manifestações de vários segmentos em repúdios às diretrizes lançadas pela ABP¹²⁴.

No que tange à FEBRACT, não foi possível identificar nenhum posicionamento frente ao Revogação, o silêncio do segmento manifesta a sua intrínseca defesa a um modelo manicomial em curso, como apresentado anteriormente. Suas manifestações apenas apontam para aquilo que vem sendo criado favorável às CT's

Abaixo, segue uma tabela com os posicionamentos identificados como centrais de todos os segmentos, o que vai nos sinalizar a direção que cada um tem no campo da SM:

Quadro 17 - Narrativas centrais dos segmentos

Segmentos	Narrativas/posicionamentos
MNLA	Luta antimanicomial como luta por outra sociedade
RENILA	Luta antimanicomial como luta por outra sociedade
ABRASME	Construção de uma perspectiva crítica acerca da luta antimanicomial
ABP	Campo da doença mental; Foco em serviços asilares manicomiais; Lógica da Abstinência.

¹²⁴ Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1CyNcGJA1NaC83hGx20aZEtU7XAB9EHJh/view>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

FEBRACKT	Valoração dos novos manicômios, os CTs; Lógica da Abstinência.
----------	---

Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa

Essas constatações, frente a uma pandemia, também miram para a necessidade de outra sociabilidade (COSTA; MENDES, 2021). Primeiro, encaram-se situações que não são oriundas apenas do processo pandêmico; segundo, apresentam-se, a exigência e importância da mobilização frente aos ataques cada vez mais recheados de hostilidade.

Com isso, foi possível identificar que o campo conservador pautado pela ABP e pela FEBRACKT defende as mudanças, retrocessos e a Nova Política de Saúde Mental. Fortalecem o modelo privado de atenção à saúde e criam narrativas que tiram direitos, desmontam a RAPS antimanicomial, dão motivo ao discurso do modelo híbrido e fortalecimentos dos serviços asilares manicomiais. Nota-se que a convergência de posicionamentos conflui pelo interesse privado do seu projeto de poder.

Em contrapartida, os segmentos antimanicomiais, ainda que em momentos possam divergir, apresentam um horizonte geral. Há dissensos dentro da mesma luta, mas o rumar será pela defesa radical de uma sociedade sem manicômios. O posicionamento de enfrentamento desses segmentos demonstra a possibilidade de resistir aos serviços da RAPS baseada no cuidado comunitário e em liberdade. Contudo, é importante identificar os movimentos sociais como campos contraditórios e com diversos limites teórico-conceituais. Além disso, os movimentos precisam romper sua endogenia *stricto* da saúde mental, resgatar mobilizações da classe trabalhadora e incluir outras lutas.

Assim, vê-se que várias são as estratégias adotadas pelos segmentos para perpetrar sua lógica. Manifestam-se, via parlamento, representação nos conselhos, notas públicas, mobilizações, organização de eventos e congressos que demarcam o seu lugar na luta. Dessarte, constata-se que as narrativas são caminhos fundamentais para o recostar de um campo, pois evidenciam a garantia de direito que um lado tende a fomentar ou a violar. Não menos que isso, demonstra o interesse no projeto de poder de determinados campos, mas, em contrapartida, realçam que se pode caminhar à unidade na luta para uma sociedade sem manicômios, que não menos se oriente pela emancipação humana e construção de um novo lugar social para loucura, ou seja, uma nova sociabilidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados advindos desta dissertação permitiram compreender que a pesquisa demonstra seus próprios caminhos, os quais se concretizaram a partir de uma construção dialética permeada pelo movimento de tese, antítese e síntese. Constatam-se limites que ora são esperados, ora não, mas que definem alguns impactos que uma pesquisa acadêmica gera dentro dessa direção de ida e vinda. Algumas lacunas e limites oriundos do próprio processo de reforma psiquiátrica brasileira foram identificados, os quais direcionam para reafirmar a compreensão de uma luta antimanicomial que deve ser cotidianamente construída.

Em compromisso com uma construção diária de um SUS pautado na universalidade, é um preceito buscar análises comprometidas com seus princípios, direcionando a pesquisa para um conteúdo mais crítico que compreenda os limites, mas transponha resultados a partir desses próprios limites. Isto posto, algumas barreiras são encontradas, sobretudo no que diz respeito às informações concretas e sistemáticas da pesquisa.

No que tange o acesso às bases de informação definidas, alguns limiares foram vivenciados conforme já citados no último capítulo, com isso, o *Facebook* foi utilizado para recorrer algumas temáticas e posicionamentos, demonstrando a capilaridade que as redes sociais têm ganhado hoje como espaço de manifestação de segmentos, sobretudo em contexto de pandemia, em que o isolamento e o distanciamento são estratégias indispensáveis.

Nessas inferências, apreendeu-se que não é possível abandonar uma concepção de totalidade e compreender saúde mental apenas como algo estrito, como tem sido observado em muitos campos que dizem se localizarem na seara crítica. No entanto, esse padrão ignora a conjuntura e a própria característica inerente ao neoliberalismo e ao capitalismo, as quais são fundamentais para compreender a CP.

Diante disso, pôde-se perceber que as bandeiras de lutas dos segmentos progressistas se focaram, em alguns períodos, para a saúde mental, luta antimanicomial, e demonstrou com pouca inserção o debate mais amplo do SUS e das políticas sociais. Com as medidas do Governo Bolsonaro, ocorrem algumas iniciativas na introdução de lutas mais amplas, a preservar a necessidade de um diálogo interseccional e também intersetorial.

Diante desse cenário, a posição que os segmentos constroem frente ao campo da saúde mental é crucial para barrar ou fazer avançar os retrocessos. O que merece destaque é

compreender que muitas vezes um posicionamento que não se dá no apoio de convergir com a mesma luta, gera abertura aos ganhos manicomiais, e tais são financiados pelo bloco manicomial conservador que protege e coaduna com o projeto privatista de sociedade que é corroborado pelo *lobby* da psiquiatria e das Comunidades Terapêuticas, que têm como frente a ABP e FEBRACT.

Esse panorama de disputas demonstra dois projetos antagônicos constituídos: o *privatista manicomial* e o *campo que enfrenta e busca criar mecanismos de resistência*. O primeiro representa a cúpula da sociedade colonial, composta majoritariamente por homens brancos, e demonstra aquilo que Fanon (2020) apontou sobre a psiquiatria colonizadora e se dá de forma indissociável à Contrarreforma Psiquiátrica. O segundo, que busca historicamente resistir a esse panorama, e cria outro olhar de luta, embora esse campo esteja concebido em meio às contradições, que ora concede, ora demarca mais radicalidade.

O campo conservador aponta para uma RAPS flutuamente fragilizada e suas propostas estão acompanhadas dos interesses mercadológicos. Já o campo antimanicomial é composto por uma diversidade: movimentos sociais, associações, conselhos de classe. Alguns que não foram incluídos no escopo da pesquisa, mas também apresentam grande incidência no campo da saúde mental, como ABRASCO, ABRAPSO, CFP e conjunto CFESS/CRESS. Com isso, os segmentos conservadores manicomiais pensam a questão do sofrimento pela ótica privatista/individualizante. Contudo, a ascensão conservadora também permite a mobilização dos segmentos antimanicomiais. Quando o cenário está minimamente concedido, o campo de luta se arrefece, mas em uma sociedade capitalista, a luta precisa ser constante e isso vai sendo percebido pelo campo antimanicomial à medida que alijam o que já foi conquistado.

Para isso, os segmentos buscam formas e estratégias para conduzir seus preceitos, sejam por meio de cursos, seminários, notas, publicações, articulações em frentes nacionais. Um exemplo importante no campo da resistência foi o curso lançado pela RENILA no ano de 2020, que tem uma proposta de formação política e construção de possibilidades coletivas para as saídas antimanicomiais.

Nesse sentido, três pontos principais foram resgatados desse trabalho. O *primeiro* relaciona-se com o campo das mobilizações, demonstrado pelo quanto a pressão dos segmentos antimanicomiais ao Governo Federal, e também aos estados, contribui para barrar

retrocessos e demarcar o lugar dos segmentos que resistem ao processo de contrarreforma. O *segundo*, observa-se a necessidade em manter ativo o movimento antimanicomial, resgatando os seus preceitos básicos de luta que estejam alinhados à construção de uma nova sociabilidade. E, *por último*, mas não menos importante, sair do endógeno, pois não existe saúde mental isolada, não se aparta a luta antimanicomial da luta da classe trabalhadora, é preciso compreender toda a dimensão que envolve a saúde mental, a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica.

Dessa forma, os pressupostos da análise materialista deram subsídios para compreender os limites e a possibilidade em construir potências que não se esgotam por um movimento ou segmento específico. Sendo assim, a luta antimanicomial também é determinada pelas condições impostas pela sociedade do capital, mas que exerce funções vitais em permitir outra percepção acerca da loucura.

A busca por conceber uma luta antimanicomial reformista também se alastra no campo da saúde mental, que se deve ao próprio contexto limítrofe, bem como a possibilidade de poucos ganhos nos últimos anos. Por outro lado, é por meio desse cenário de afunilamento que o levante de movimentos sociais tem ocorrido e permitido a desconstrução de diversas práticas manicomiais e de preceitos da sociedade manicomial, e é nesse contexto que vão se inserindo as tensões e as disputas entre os dois polos.

Ressalta-se a necessidade de mudança paradigmática que transita da doença mental, pautada na psiquiatria tradicional e que ainda é muito utilizada pelos segmentos conservadores, à lógica da atenção psicossocial, que deve ser o nexos do rompimento com todas as matérias de manicômios.

Conquanto, em razão do caráter bibliográfico e documental desta pesquisa, alguns elementos não foram possíveis de inclusão no que diz respeito a tudo aquilo que determina as manifestações da contrarreforma, mas alguns pontos-chaves foram encontrados: a Contrarreforma Psiquiátrica é reflexo da contrarreforma do Estado, portanto, as reverberações racistas, machistas, misóginas, Lgbtfóbicas são práticas já introjetadas na sociedade que se materializam no campo da saúde mental; falácias são criadas para dar mote à contrarreforma em cada política social, e nas especificadas da política de saúde mental, três são fundamentais para compreender esse movimento: *o esvaziado discurso de epidemia de drogas; o aumento de um nível de sofrimento da população que não questiona as estruturas; os hospitais e clínicas psiquiátricas como fundamentais para lidar com casos de crise.*

Outro aspecto importante foi a escassez de referências que abordam a contrarreforma na concepção de totalidade, pois geralmente estão vindo marcadas por uma data ou um período. Sabe-se que existe um espaço-tempo que marca o recrudescimento desse processo, no entanto, datar a contrarreforma é um erro de conjuntura que impacta também na construção de ações mais diretas de enfrentamento.

Ademais, pensar a CP como um movimento/processo e não como um fator, nos remete às análises postas pelo olhar da determinação social e não dos determinantes. A segunda demonstra as questões em fatores separados, em caixas e blocos temáticos, já a primeira compreende-a como um curso constante que tem relação com as sociedades e seus engendramentos.

A saber, não existe uma divisão em dois períodos, como Rotelli (2001) bem já mencionou, porque a sociedade manicomial ainda está presente, e tudo que tem sido acarretado nos últimos anos faz parte de um saber prático que continua se disseminando. Reforma Psiquiátrica e Contrarreforma Psiquiátrica são categorias que interagem entre si, se constroem e desconstroem juntas. Assim como a reforma, a contrarreforma é constante, e o referido autor já apontou isso há anos atrás, por essa razão não existem relações mecânicas entre esses dois processos.

Em suma, o atravessar de uma à outra, que busca substituir uma sociedade que lucra com a guerra às drogas e com uma doença que é própria dela mesma, é constante e prevista pela desinstitucionalização por todas as vias.

Por fim, destacam-se os aspectos mais centrais das manifestações da contrarreforma, que é o seu caráter de luta de classes, assim como da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira. Cabe, por conseguinte, indagar, constantemente: quais os caminhos podem ser construídos para que a luta antimanicomial erija buscando o rompimento com a sociedade manicomial com esse modo atual que tem apunhalado vivências e existências? Para isso, é importante não perder de vista que esse é um compromisso histórico na luta.

REFERÊNCIAS

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. **A Era dos Antidepressivos**. Revista Debates em Psiquiatria. Ano 1 • nº1 • Jan/Fev 2011. Disponível em:

<https://revistardp.org.br/revista/issue/view/34/34> . Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABP. ABP esclarece a verdade sobre seu posicionamento em relação aos Políticas Públicas em Saúde Mental. **ABP**, 07 dez. 2020. Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/abp-esclarece-a-verdade-sobre-seu-posicionamento>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABP. **Revista Debates em Psiquiatria**, ano 2, n. 4, jul/ago., 2012. ISSN 2236-918X. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/44/44>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABP; CFM. **A campanha Setembro Amarelo® salva vidas!** Setembro Amarelo: mês de prevenção ao suicídio. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABRASME. **3º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental**. Democracia, saúde mental, violação de direitos: consequências humanas. UFSC, Florianópolis, 28 a 30 jun. 2017. Disponível em: <http://www.direitoshumanos2017.abrasme.org.br/apresentacao>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABRASME. A nota técnica 11/2019 do Ministério da Saúde repete o jargão de que a “nova política” é baseada em “evidências científicas”. 19 fev. 2019. **Facebook**: saudementalabrasme. Disponível em: https://web.facebook.com/saudementalabrasme/photos/a-nota-t%C3%A9cnica-112019-do-minist%C3%A9rio-da-sa%C3%BAde-repete-o-jarg%C3%A3o-de-que-a-nova-pol%C3%ADtica-1041614459374454/?_rdc=1&_rdr. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABRASME. ABRASME participa do lançamento do Relatório de Inspeção dos Hosp. Psiquiátricos. **ABRASME**, 03 dez. 2019. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/38475/abrasme-participa-do-lan%C3%A7amento-do-relat%C3%B3rio-de-inspe%C3%A7%C3%A3o-dos-hosp-psiqui%C3%A1tricos>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABRASME. Boas-vindas. **ABRASME**. Disponível em: <https://www.direitoshumanos2019.abrasme.org.br/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABRASME. **Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental**. São Paulo, 05 a 07 set. 2013. Disponível em: https://www.direitoshumanos2013.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=682. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABRASME. **III CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL – ABRASME: Aperreios e Doidices: saúde mental como diversidade, subjetividade e luta política**, 2012. Disponível em: <https://www.congresso2012.abrasme.org.br/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABRASME. **IV Congresso Brasileiro de Saúde Mental**. Navegando pelos rios da Saúde Mental na Amazônia: diversidades culturais, saberes e fazeres do Brasil, Manaus, 04 a 07 set. 2014. Disponível em: <https://www.congresso2014.abrasme.org.br/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABRASME. Nota Técnica acerca do Decreto 10.283/20 que cria a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps. **ABRASME**, 03 mar. 2020. Disponível em <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/47649/nota-t%C3%A9cnica-acerca-do-decreto-%C2%A01028320-que-cria-a-ag%C3%Aancia-para-o%C2%A0desenvolvimento-da-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-%C3%A0-sa%C3%BAde---adaps>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ABRASME. **O Congresso Brasileiro de Saúde Mental: um evento cidadão**. Apresentação. Disponível em: https://www.congresso2016.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=793. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

ALEGRATTI, Laís. Menos saúde, mais repressão: prioridades mudam no combate às drogas no Brasil. **BBC News Brasil**, Londres, 12 maio 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57057664>. Acesso em: 13 nov. 2021.

ALVES, Mercedes; ABREU, Paulo Delmonte. Eletroconvulsoterapia – eficácia, efeitos adversos, medidas de segurança, mecanismo de ação e complicações. **Revista debates em psiquiatria**, v. 2, n. 3, maio/jun. 2012. p. 14-20. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/43/43>. Acesso em: 13 nov. 2021.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; NUNES, Mônica Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018. 23(6):2067-2074.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. De volta à cidade, sr. cidadão! – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, n. 52, Rio de Janeiro: nov/dez. 2018. p. 1090-1107

AMARANTE, Paulo. Cidadãos e capazes. **ABRASCO**, 19 dez. 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/cidadaos-e-capazes-artigo-de-paulo-amarante/24579/>. Acesso em: 12 nov. 2021.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; GULJOR, Ana P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005. p. 65-76.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. Os Planos de Saúde e as Ameaças ao Sistema de Saúde Brasileiro na Atualidade. *In*: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A. **Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (org.). **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (org.). **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. A era dos antidepressivos. **Revista debates em psiquiatria**, v. 1, n. 1, jan/fev, 2011. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/34/34>. Acesso em: 13 novembro de 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Disponível em: <https://www.abp.org.br/>. Acesso em: 13 novembro de 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. TDAH. **Revista debates em psiquiatria**, v. 2, n. 1, 2012. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/34/34>. Acesso em: 13 novembro de 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Nota conjunta ABP/CFM**: Presidente da República assina decreto que aprova a Nova Política Nacional sobre Drogas. Rio de Janeiro, 11 abr. 2019. Disponível em: https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608_eae1687e0df145fbb08d5f84614e76a7.pdf. Acesso em: 13 novembro de 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/>. Acesso em: 13 novembro de 2021

AZEVEDO, Américo Orlando; SOUZA, Tadeu de Paula. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 491-510, 2017.

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

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. *In*: AMARANTE, P. (org.). Trad. Joana Angélica d'Ávila Melo – Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2010.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BAURU. **Manifesto de Bauru**. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, dez. 1987.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. Crítica Marxista do Estado Social e dos Direitos no Capitalismo Contemporâneo. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; LIMA, R. L. L. (org.). **Marxismo, política social e direitos**. 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no Capitalismo Tardio**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

BEHRING, Elaine Rossetti. Projetos Societários em Disputa e suas expressões no Serviço Social. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília, 2019.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. Biblioteca básica do serviço social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL DE FATO. Luta antimanicomial: Movimentos denunciam retrocesso nas políticas de saúde mental. **Brasil de Fato**, São Paulo, 12 dez. 2019, resistência. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/12/12/movimento-denuncia-desmonte-do-sus-e-retrocessos-na-luta-antimanicomial-no-brasil>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

BRASIL. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa de 1988**. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. **CFM nº 8.589/10, Parecer CFM nº 1/11**. Conselho Federal de Medicina.

BRASIL. Conheça o Programa *Crack, é possível vencer*. **Ministério Da Justiça e Segurança Pública**. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Relatório de inspeções: 2018**. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília: CFP, 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.926, de 19 de julho de 2019**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: Presidência da República. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-9926-de-19-de-julho-de-2019-201622995>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 1º de outubro de 2001. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020. Revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do “Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei”, no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1325_25_05_2020.html. Acesso em: 13 nov. 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. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 13 nov. 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). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.449, de 25 de outubro de 2018. Institui Comitê com a finalidade de consolidar normas técnicas, diretrizes operacionais e estratégicas no contexto da política pública sobre o álcool e outras drogas, que envolvem a articulação, regulação e parcerias com organizações da sociedade civil denominadas Comunidades Terapêuticas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3-449-de-25-de-outubro-de-2018-48228176>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 340, de 30 de março de 2020**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-340-de-30-de-marco-de-2020-250405535>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 437, de 13 de julho de 2020**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-437-de-13-de-julho-de-2020-266876712>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 544, de 7 de maio de 2018**. Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/26571478/do1-2018-06-20-portaria-n-544-de-7-de-maio-de-2018-26571452. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020**. Aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19. Brasília: Ministério da Cidadania. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-257197675>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 3.659, de 16 de novembro de 2018**. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50486628/do1-2018-11-16-portaria-n-3-659-de-14-de-n. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. Projeto revoga resolução do governo sobre acolhimento de adolescentes dependentes químicos. **Câmara dos Deputados**, Direitos Humanos, Brasília: 20 jan. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/722180-projeto-revoga-resolucao-do-governo-sobre-acolhimento-de-adolescentes-dependentes-quimicos/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **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: CFP, 2018.

BRASIL. **Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018**. Brasília: Ministério da Justiça. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 36, de 25 de janeiro de 2018.** Define o prazo para os gestores enviarem manifestação ao Ministério da Saúde e define a suspensão da transferência dos recursos de custeio referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde. Brasília: Comissão Intergestores Tripartites. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cit/2018/res0036_06_02_2018.html. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017.** Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1286090. Acesso em: 13 nov. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, 2006. p. 1-24.

BRAVO, Maria Inês Souza; MARQUES, Morena Gomes. Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. *In*: BRAVO, M. I. S (org.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. 2ª., São Paulo: editora Cortez, 2013.

BROWN, Wendy. *American Nightmare: Neoliberalism, Neoconservatism, and De-Democratization*. **Political Theory**, vol. 34, n. 6, University of California, Berkeley, Sage Publications, Inc., 2006. p. 690-714

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Comissão de Seguridade Social e Família. Audiência Pública.** Reunião nº 2.261/13. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/textoHTML.asp?etapa=11&nuSessao=2261/13&nuQuarto=0&nuOrador=0&nuInsercao=0&dtHorarioQuarto=09:30&sgFaseSessao=&Data=17/12/2013&txApelido=SEGURIDADE%20SOCIAL%20E%20FAM%20C3%8DLIA&txFaseSessao=Audi%20C3%Aancia%20do%20Grupo%20de%20Trabalho%20de>. Acesso em: 13 nov. de 2021.

CANÇADO, Maura Lopes. **Hospício é deus**. Rio de Janeiro: Autêntica, 2016.

CHAVES, Lilian Leite. Modelos de assistência e identidades engendradas: notas sobre política e saúde mental no Brasil. *In*: 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, 2016, João Pessoa/PB.

CHESNAIS, François. **Mundialização: o capital financeiro no comando.** In: *Les Temps Modernes*, n. 607, 2000. Reproduzido em português com a permissão do autor e da Revista. Trad. Ruy Braga. 22p.

CFP. Contra acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas: para o CFP, a Resolução CONAD nº 3/2020 representa retrocesso aos avanços da Luta Antimanicomial e viola direitos assegurados pelo ECA. Site CFP, 02 set. 2020, notícias. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/contra-acolhimento-de-adolescentes-em-comunidades-terapeuticas/?fbclid=IwAR0UzRkkTGMtpNMOohaEf7f89JoHNcxQiy96sPstYldRwugCCk2hxosEPHM>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer nº 9, de 26 de fevereiro de 2015.** Práticas médicas em Comunidades Terapêuticas.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Suicídio: informando para prevenir. **Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).** Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14#page/2>. Acesso em: 13 novembro de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Audiência Pública debate retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental. **CFP**, 15 maio 2019, notícias. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/audiencia-publica-debate-retrocessos-na-politica-nacional-de-saude-mental/>. Acesso em: 13 novembro de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção nacional.** Impresso no Brasil: 2. ed., mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Luta antimanicomial reúne 1,8 mil participantes em Bauru. **Conselho Federal de Psicologia**, 09 dez. 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/30-anos-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 13 novembro de 2021.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Luta Antimanicomial 2012.** Conselho Regional de Psicologia SP, maio 2012, Fique de olho. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=483 . Acesso em: 13 nov. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO RIO DE JANEIRO. Carta aberta do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. **Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro**, 2014, notícias. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/noticias/carta-aberta-do-movimento-nacional-da-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

CORREIA, M. V. C. A. Saúde no contexto da crise contemporânea do Capital: o Banco Mundial e as tendências da Contrarreforma na política da saúde brasileira. Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. **Temporalis**, ano VII, n. 13, ABEPSS, São Luiz, 2007.

COSTA, Pedro Henrique Antunes; MENDES, Kíssila Teixeira. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Argumentum**, v. 12, n. 2, 2020a. p. 44-59.

COSTA, Pedro Henrique Antunes; MENDES, Kíssila Teixeira. **Subjetividades no Brasil da cólera**. CRV, 1ª edição, 2020b.

COUTINHO, Carlos Nelson. A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma? **Revista Novos Rumos**, v. 49, n. 1, 2010.

COUTINHO, Carlos Nelson. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. *In*: COUTINHO, C. N.; NOGUEIRA, M. A. (org.). **Gramsci e a América Latina**, 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

CRP-PR. CRP-PR e Abrasme promovem reunião para mobilizar defesa da saúde mental brasileira. **CRP-PR**, 15 dez. 2017. Disponível em: <https://crppr.org.br/crp-pr-e-abrasme-promovem-reuniao-para-mobilizar-defesa-da-saude-mental-brasileira/>. Acesso em: 13 novembro de 2021.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho Delgado. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2020.

DA COSTA, Rosiane Oliveira; MAIOR, Nívea Maria Santos Souto; DA SILVA, Alessandra Ximenes. A inflexão dos Direitos Humanos na Política de Saúde Mental. **Argumentum**, v. 12, n. 2, 2020. p. 75-90.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 6, n. 1, 2013. p. 50-65. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/artigos-sobre-cts/> Acesso em: 13 novembro 2021.

DESINSTITUTE; WEBER, Renata (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/2001**. Brasília, 2021.

DIAS, Bruno C. Após dois meses, manutenção de Valencius reforça caráter de retrocesso na CGMAD/MS. **ABRASCO**, 15 fev. 2016, saúde da população. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/apos-dois-meses-escolha-de-valencius-reforca-carater-de-retrocesso-na-cgmadms/16053/> Acesso em: 13 novembro 2021.

ENGELS, Friedrich. **Anti-dühring**. 1 ed. Boitempo Editorial, 2017.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. Instituições se posicionam sobre mudanças na política de Saúde Mental. **Informe ENSP**, 12 fev. 2019, notícias. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/45460>. Acesso em: 13 novembro 2021.

FANON, Frantz. **Alienação e liberdade**: escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FARIAS, Lara Lisboa. Estado, Contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. **Argumentum**, 2019. 11(3), 47-66.

FASM. **Manifestos, Notas e Abaixo-Assinados da Sociedade Organizada contra as Mudanças da Política Nacional de Saúde Mental do SUS**. Dossiê – Volume I [online]. Brasil: 2020.

FEBRAC. 13 entidades parceiras da FEBRAC assinam Termos de Colaboração. **Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas**, 12 dez. 2018, informativo. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2018/12/21/13-entidades-parceiras-assinam-termo-colaboracao/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

FEBRAC. Campinas recebeu o maior evento de Comunidades Terapêuticas da América Latina, A Clact Brasil 2017. **Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas**, 12 dez. 2017, informativo. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2017/12/12/clact-brasil-2017-veja-o-que-aconteceu/>. Acesso em: 13 novembro 2021.

FEBRAC. FEBRAC diz não ao PL 399/2015. **FEBRAC Informa**, 24 ago. 2020. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2020/08/24/febract-diz-nao-ao-pl-399-2015/>. Acesso em:

FEBRAC. FEBRAC Organiza Fórum Permanente das Comunidades Terapêuticas do Rio Grande do Sul, com presença do Ministro Osmar Terra. **Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas**, 4 dez. 2017, informativo. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2017/12/04/febract-organiza-forum-permanente/>. Acesso em: 13 novembro 2021.

FEBRAC. Febract reconhece que a Lei 22460/2016 é um avanço. **Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas**, 5 jul. 2017, informativo. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2017/07/05/febract-reconhece-que-lei-224602016-e-um-avanco/>. Acesso em: 13 novembro 2021.

FEBRAC. Resultados do Programa Recomeço na Conferência Mundial. **Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas**, 14 nov. 2017. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2018/11/14/resultados-do-programa-recomeco-na-conferencia-mundial/>. Acesso em: 13 novembro 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/>. Acesso em: 13 novembro 2021.

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. 4. ed. São Paulo: Global Editora, 2009.

FONTES, Virgínia. Prefácio: Lutas sociais e produção de conhecimento: pela vida! In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. B. (org.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 09-16.

FÓRUM PAULISTA DE LUTA ANTIMANICOMIAL – SP; NÚCLEO ESTADUAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL – RJ. **Relatório Final – VI Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial**. São Paulo: 8 a 12 de out. 2005.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Coleção Debates, n. 91, 1974.

GOMES, Anna Luiza Castro. **A reforma psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa - PB**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GOVERNO FEDERAL. Resolução do Conad sobre acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas passa a vigorar após decisão judicial. **Gov.br**, 18 ago. 2018, notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/resolucao-do-conad-sobre-acolhimento-de-adolescentes-em-comunidades-terapeuticas-passa-a-vigorar-apos-decisao-judicial>. Acesso em: 13 novembro 2021.

GOVERNO FEDERAL. Secretário de Cuidados e Prevenção às Drogas. **Gov.br**, prevenção às drogas. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/composicao/desenvolvimento-social/senapred/quirino-cordeiro-jr-1>. Acesso em: 13 novembro 2021.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho, v. 4. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

GULJOR, Ana Paula; AMARANTE, Paulo. Movimentos sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e a agenda prioritária. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, n. 242, 2018. p. 635-656.

HARVEY, David. **O Novo Imperialismo**. São Paulo: Edições Loyola, 2004

HARVEY, David. Produção Capitalista do Espaço. **Annablume**, 2 ed. São Paulo: 2006.

HORWITZ, Ralph I.; FEINSTEIN, Alvan R. **Problemas na “Evidência” da Medicina Baseada em Evidências**. *The American Journal of Medicine*, v. 103, issue 6, 1997. p. 529-535.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IANNI, Octávio. A construção da categoria. **Revista HISTEDBR On-Line**. Campinas, número especial, 2011. p. 397-416. ISSN: 1676- 2584.

IPEA. **Análise das Políticas Públicas sobre Drogas no Orçamento Federal – 2005 a 2019**. Ed. 1, Brasília, 2021.

IPEA. **Nota técnica**. Perfil das Comunidades Terapêuticas, n. 21, 2017.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. v. 3, São Paulo: Hucitec, 2006.

LUKÁCS, George. **Ontologia do ser social**. O princípio Ontológico de Marx. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Ciências Humanas, 1977.

MANDEL, Ernest. **A crise do capital**: os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo: Ensaio, 1990.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultura, 1982.

MARTÍN-BARÓ, I. Guerra e Saúde Mental. In: MARTÍN-BARÓ, I. **Crítica e libertação na Psicologia**: estudos psicossociais. Petrópolis: Vozes, 2017. p. 251-270.

MARX, Karl. **A ideologia alemã**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MARX, Karl. **Crítica do Programa de Gotha**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2012.

MARX, Karl. Introdução à contribuição à crítica da economia política. In: MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl. Manifesto de lançamento da Associação Internacional dos Trabalhadores. In: MARX, K.; ENGELS, F. **Obras escolhidas**. vol. 1. Rio de Janeiro: Vitória, 1956b. p. 348-357.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2017.

MARX, Karl. **O crescimento da loucura na Grã-Bretanha**. Trad. Pedro Henrique Antunes Costa, *New-York Daily Tribune*, 1858.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto comunista**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2014.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, v. 22, n. 46. Brasília, 2020.

MINAYO, Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.

MNLA. Compartilhamos a Nota de Repúdio à situação de violência ocorrida contra os ocupantes no dia 24 de janeiro de 2016. 26 jan. 2016. **Facebook**: mnlaemluta. Disponível em: https://web.facebook.com/mnlaemluta/posts/1556871347969703?_rdc=1&_rdr. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

MONTEIRO, Shirley. Carta das Entidades de Defesa da Reforma Psiquiátrica. **Rede Humaniza SUS**, 29 jul. 2017, diálogo democrático; saúde mental. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/11991-carta-das-entidades-de-defesa-da-reforma-psiquiatrica/> Acesso em: 13 de novembro de 2021.

- MOREIRA-ALMEIDA, Alexander *et. al.* Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre espiritualidade e religiosidade em psiquiatria. **Revista debates em psiquiatria**, v. 8, n. 2, 2018. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/2/1>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.
- MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. *In*: CFESS (org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**, 2009. p. 51-67.
- MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. Disponível em: <https://www.facebook.com/mnlaemluta>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.
- NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. *In*: SANTOS, M. P. G. (org.). **Comunidades Terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.
- NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011b.
- NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011a.
- NETTO, José Paulo. Introdução ao Método da Teoria Social. *In*: CFESS/ABEPPS (org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, 2009. p. 668-700.
- NETTO, José Paulo. O materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais. *In*: NOGUEIRA, F. M.; RISSOTTO, M. L. F. (org.). **Estado e políticas sociais**. Cascavel – PR: Edunoeste, 2006.
- NOGUEIRA, Renato. Fanon: uma filosofia para *reexistir*. *In*: FANON, Frantz (org.). **Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos. Apresentação**. Ubu Editora, 2020.
- NUNES, Mônica de Oliveira *et al.* Reforma e Contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, 2019. p. 4489-4498.
- OLIVEIRA, A.; KRÜGER, T. R. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. **Argumentum**, v. 10, n. 1. Vitória, 2018. p. 57-71.
- OLIVEIRA, Íris Maria. Cultura política, direitos e política social. *In*: BOSCHETTI, I. *et al.* **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. 2. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009. p. 109-129.
- OLIVEIRA, Sheila de. Movimento Antimanicomial denuncia “indústria da loucura” no Governo Bolsonaro. **Brasil de Fato**. São Paulo, 16 nov. 2019, saúde mental. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/11/16/movimento-antimanicomial-denuncia-industria-da-loucura-no-governo-bolsonaro>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. Enfim, a Idade Média, 22 de dezembro de 2017. Crônicas da Resistência. Em tempos de desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas. Boletim de Saúde Mental 01. **ABRASME**, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 23, n. 6, 2018. p.1723-1728. ISSN 1413-8123.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, 2011. p. 154-162. Alternativas à Política Global de “Guerra Às Drogas”. **Psicologia & Sociedade**. 23 (1): 154-162, 2011

PASSOS, Rachel Gouveia *et al.* Comunidades terapêuticas: desafios impostos em tempos de COVID-19. *In: Anais do 1º Simpósio UFF de Política Social: direitos sociais frente aos desafios da conjuntura em tempos de Covid-19*, 1. ed. Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social – Universidade Federal Fluminense, 2020.

PASSOS, Rachel Gouveia. Caminhos da consciência para si no movimento de reforma psiquiátrica brasileira: notas iniciais à luz de Marx e Lukács. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, 2015. p. 11-22.

PASSOS, Rachel Gouveia. Holocausto ou Navio Negreiro?: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira / *Holocausto The Ship Negreiro?: concerns for the Brazilian Psychiatric Reform*. **Argumentum**, v. 10, n. 3, 2018. p. 10-23.

PEREIRA, Melissa Oliveira. Do Chão de Manicômio às lutas. **Mad in Brasil**, 12 dez. 2019. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2019/12/do-chao-de-manicomio-as-lutas/>. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, sociedade e esfera pública. *In: CFESS; ABEPSS (org.). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. 1. ed., v. 1. Brasília: CFESS, 2009. p. 285-300

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014. 19(2): 569-580.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social. 8. ed., rev. e ampl. São Paulo: Cortez Editora, 2016.

REDE NACIONAL INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL. Disponível em: https://mobile.facebook.com/Rede-Nacional-Intern%C3%BAcleos-da-Luta-Antimanicomial-Renila-614729478566622/?_rdc=1&_rdr. Acesso em: 13 de novembro de 2021.

RENILA. Carta de princípios. **Blog da RENILA**, 25 jan. 2009. Disponível em: <http://blogdarenila.blogspot.com/2009/01/carta-de-principios.html>. Acesso em: 13 nov. 2021.

RENILA. Posicionamento da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) sobre a proposta de regulamentação das Comunidades Terapêuticas. **Antimanicomialsp**, Brasília, 12 maio 2014. Disponível em: <https://antimanicomialsp.wordpress.com/2014/05/13/posicionamento-da-rede-nacional-internucleos-da-luta-antimanicomial-renila-sobre-a-proposta-de-regulamentacao-das-comunidades-terapeuticas/amp/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

ROCHA, Renan *et. al.* Medicina baseada em evidências e saúde mental da mulher. **Revista debates em psiquiatria**, mar/abr., 2014, revisão. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/34/34>. Acesso em: 13 nov. 2021.

RODRIGUES, Julian. 30 anos da Carta de Bauru: por uma sociedade sem manicômios. **Revista Fórum**, 2017. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/colunistas/30-anos-da-carta-de-bauru-por-uma-sociedade-sem-manicomios/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

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

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia**. Campinas, 2005.

SAFATLE, Vladimir; DA SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. 1. Ed.; 1 reimp. – Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SANTOS, Maria Paula Gomes. Comunidades terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. In: SANTOS, M. P. G. (org.). **Comunidades terapêuticas temas para reflexão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

SANTOS, Tássia Monte. Lutas de Classes e Perspectivas Revolucionárias na Tradição Marxista: notas introdutórias. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.; LIMA, R. L. (org.). **Marxismo, política social e direitos**, 1. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. Proteção social no capitalismo contemporâneo: contrarreformas e regressões dos direitos sociais. **Revista Katálisis**, v. 22, n. 1, 2019. p. 9-14.

SIMON, Aline Gabriela; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, 2011. p. 2227-2241.

SOARES, Gabriella. Investimento federal em comunidades terapêuticas sobe 95%. **Folha de São Paulo**, 1 nov. 2020, drogas. Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/11/investimento-federal-em-comunidades-terapeuticas-sobe-95.shtml>. Acesso em: 13 nov. 2021.

SOUZA, Jean Adriani de *et al.* **O trabalho associado em Karl Marx**: contribuição ao debate acerca do cooperativismo e da transição. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

TEIXEIRA, Eduardo Henrique *et al.* Disforia de Gênero, Readequação Sexual e Retificação de Registro Civil: Relato de caso Pericial da Atualização para fins Forenses. **Revista debates em psiquiatria**, jan/fev. 2019. Disponível em: https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608_38ec007576f44e3b851171ff010f62f5.pdf. Acesso em: 13 nov. 2021.

TONET, Ivo. **Educação, cidadania e emancipação humana**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005.

TONET, Ivo. Qual política social para qual emancipação. **Revista Ser Social**, v. 17, n. 37, 2015. p. 279-295.

TROTSKY, Leon. **Aonde vai a França**. São Paulo: Editora Desafio, 1994.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política / *Current political impasses of the Anti-Asylum National Movement (MNLA)*. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental / Brazilian Journal of Mental Health**, v. 4, n. 8, 2012. p. 57-67.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. Papel social, 2016.

VECCHIA, Marcelo Dalla et al. Centros Regionais de Referência: análise da implementação nacional de processos formativos sobre álcool e outras drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4981-4991, 2021.

VIANA, Ana Luiza; SILVA, Hudson. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 23, n. 7, 2018. p. 2017-2118.

WEBER, César Augusto Trinta. Desospitalização, moradias assistidas e inclusão social no contexto da política brasileira de saúde mental. **Revista debates em psiquiatria**, v. 8 n. 1, 2018. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/3/3>. Acesso em: 13 nov. 2021.

WEBER, César Augusto Trinta. Serviços substitutivos em saúde mental: o desafio da inclusão social. **Revista debates em psiquiatria**, v. 3 n. 1, 2012. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/39/39>. Acesso em: 13 nov. 2021.

World Health Organization. **Relatório Mundial da Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde, Direção-geral da Saúde, OMS, 2002.

ZGIET, Jamila. O trabalho alienado e a alienação mental: a reforma psiquiátrica no capitalismo. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, 2018. p. 130-143.