

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

GIOVANA MUCARI BORGES

**A “NOVA” POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DE UMA
REEDIÇÃO DAS LÓGICAS MANICOMIAIS A PARTIR DA NOTA TÉCNICA
Nº11/2019**

**SÃO PAULO
2019**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

GIOVANA MUCARI BORGES

**A “NOVA” POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DE UMA
REEDIÇÃO DAS LÓGICAS MANICOMIAIS A PARTIR DA NOTA TÉCNICA
Nº11/2019**

**Trabalho de conclusão de curso como
exigência parcial para graduação no curso de
Psicologia, sob orientação do Prof^a. Ms. Sandra
Gagliardi Sanchez**

**SÃO PAULO
2019**

Dedico esse trabalho ao meu avô, Fauzi Mucari. Mesmo que de maneiras diferentes, a paixão pela vida e pelo cuidar foi uma das marcas que você deixou em mim. Sigo com saudades e cuidando.

Dedico também aos usuários dos serviços de saúde mental. Àqueles que tantas vezes tiveram seus direitos e vidas violados dentro de Hospitais Psiquiátricos e por lógicas manicomiais. A Psicologia que fazemos é por um mundo em que isso nunca mais aconteça. Em tempos sombrios, que haja muita luta para nós!

AGRADECIMENTOS

Fiquei na dúvida se me estenderia nesse momento ou não. Dos muitos afetos ao fazermos o TCC, os agradecimentos certamente guardam os mais queridos, são a melhor parte de toda essa experiência. Logo, optei por me estender. O meu caminho na Psicologia ao fim, dentre tantas transformações, me mostrou de muitas formas como podemos aprender ao nos encontrarmos com o outro. Aqui, então, ficam alguns dos muitos me ensinaram nesse trajeto. A ordem, devo dizer, não diz nada sobre importância.

Agradeço à Sandra Sanchez, minha orientadora, que pôde me dar os puxões de orelhas necessários e o acolhimento e incentivos mais necessários ainda para esse trabalho ser concluído. Obrigada pela orientação, conselhos, encorajamento e paciência.

À Elisa Zaneratto, minha parecerista, professora e que me orientou na IC. Que me ensina todo um dia um pouco mais sobre militância, antimanicomialidade e sobre realmente acreditar em um mundo mais plural. Obrigada pela disponibilidade em tantos momentos e agora em ler o meu trabalho, finalizo-o de uma maneira ainda mais especial.

À minha família, minha mãe e meu pai, agradeço imensamente por serem raiz. Por sempre me apoiarem nos meus sonhos e projetos, cada um à sua maneira, de sua forma. Agradeço porque amor é produzido, é no diálogo, na conversa com quem é diferente da gente. Agradeço porque amor é construção e, nesse sentido, agradeço por todas as construções da minha vida inteira até aqui. Agradeço também aos meus avós e tios, pela atenção, amorosidade, cuidado e torcida, sempre.

À Vic, quem esteve com as palavras prontas de incentivo e carinho quando eu precisava. Quem teve tanta paciência e pôde ser tão companheira nesse momento de tcc e em tantos outros. Quem me recarrega a energia nos abraços e me ensina tanto do que é compartilhar a vida com outra pessoa. Eu te amo, obrigada por me acompanhar.

Agradeço imensamente às minhas bruxas, minhas redes de sustento, descanso e cuidado:

À Marina agradeço por tudo. Você sabe do que eu digo, obrigada por estar ao meu lado nos melhores e piores momentos e por permitir que eu pudesse te acompanhar nos seus. Obrigada por me apoiar, me colocar pra cima, pelos colos,

piadas, risadas e conselhos. Por me ensinar sobre cuidado, sobre disponibilidades para o outro e sobre o significado de “tamo junto”.

À Gabi, por me ensinar que a concretude da vida nada tem a ver com cimento ou dureza e sim com terra batida, com carinho - daqueles que a gente sente quando lembra das travessuras da infância. Obrigada por ser minha parceira, companheira e por ter estado comigo nas tantas experiências da vida.

À Mi, que esteve comigo desde o comecinho dessa jornada puquiãna. Com quem pude compartilhar e acompanhar as revoluções da vida e dos nossos eu's de uma forma muito bonita. Agradeço pelas risadas sem motivo em tantos dias, que eram intercaladas por sérias discussões sobre o mundo. Obrigada pelos ouvidos, abraços, aconchegos e palavras.

À Gica agradeço pela potência, complementaridade e companheirismo. Por sempre enxergar o lado mais colorido, poético, sensível e feliz da vida. Por me ensinar muito sobre coletivo - afinal, sempre cabe mais um no abraço – e também sobre se lançar e ousar.

À Lau agradeço pelas risadas. Por estarmos juntas e podermos compartilhar tantos espaços queridos. Agradeço pela leveza, atenção e carinho. Foram tantos caminhos em que, durante o trajeto, pude ter a confiança de que você estava ao meu lado, pronta para um colo, uma piada, um sorriso, uma conversa.

À Rubi, sagitariana que mostra sempre que é possível ter comprometimento e seriedade sendo leve, dando risada, com espontaneidade. Nas sutilezas você me ensina sobre ser sincera com a vida.

À Quel, obrigada pela musicalidade dos nossos encontros. Com a música a gente aprende que precisa ouvir o outro pra compor junto. Estar contigo é descobrir outras mil tantas coisas sobre mim, sobre você e sobre o mundo. Obrigada pelas conversas, que certamente me movimentam sempre.

Ao Dan, agradeço pelo carinho, que muitas vezes se reflete em estar confortável no silêncio, pelos ouvidos atentos e palavras cuidadas. Pela sensibilidade, leveza e amizade.

À Li, agradeço pelos encontros tão gostosos, por em um desses você ter me incentivado a terminar esse tcc de uma maneira muito especial e querida, que ficou marcada aqui. E à Motta, agradeço por todas as andanças nesses anos todos, pela singularidade e afetos.

Agradeço à PUC. Muito de quem sou hoje é graças a esse lugar, às experiências que esse ambiente e tudo o que ele representa me proporcionou. É uma certeza que levarei esses anos para sempre num lugar muito querido em mim. Um obrigada especial aos professores, Maria de Lourdes Trassi Teixeira, Agnaldo Gomes, Isabel Kahn, Sandra Sanchez, Elisa Zaneratto, Deborah Sereno, Hemir Barição, Graça Gonçalves e tantos outros, que, para além do conteúdo e das discussões, me ensinaram sobre o princípio ético da educação e que a construção pelo mundo que acreditamos, mais justo, mais humano, mais democrático e mais afetivo, só pode ser feito por muitas e muitas mãos. Ao fim dessa graduação, me orgulho de poder dizer que, agora, ainda mais, somarei a essas mãos.

À Psicolata Bateria, onde aprendi sobre cuidado, coletivo e sobre a potência de quando fazemos o que amamos e acreditamos. Obrigada pelos tantos finais de semana de refúgio e colo. Muito do que sou também é graças a vocês.

À Ila, que entre aquelas quatro paredes e naquele sofá, me ouviu e me acolheu, me ajudando a dar contorno aos tantos processos do existir.

Por fim, agradeço às pessoas dos serviços com quem pude me encontrar nos estágios, pesquisas e momentos de luta.

“Aníbal não é um número esteban não é um número rubén não é um número/
quiseram nos transformar em coisas mas fodemos com eles não nos
coisificamos”

Mario Benedetti

RESUMO

Os movimentos de Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica representaram grandes avanços nas propostas e políticas de cuidado em saúde mental. Entende-se que a Nota Técnica Nº11/2019, do Ministério da Saúde do governo de Jair Bolsonaro, coloca-se no sentido oposto ao que foi construído até então, ao, por exemplo, ampliar vagas em Hospitais Psiquiátricos e financiar equipamentos de eletroconvulsoterapia (ECT). Em meio a retrocessos, é preciso que compreendamos estes mecanismos, para que possamos resistir e reinventar maneiras antimanicomiais de existir e cuidar. Assim, o objetivo da pesquisa é investigar a Nota Técnica Nº11/2019, norteadas pelo documento do Conselho Federal de Psicologia - “Referências Técnicas para o Trabalho de Psicólogos em CAPS” (2013). A metodologia utilizada foi a de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), ancorada pelo referencial teórico da Psicologia Sócio-histórica. As categorias de análise são referentes a uma lógica adotada pelo documento de cuidado focado na doença; a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e os aspectos higienistas da nota. Entendendo que a não distinção entre doença e sofrimento psíquico leva à ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, que nada mais representam que uma política higienista. Discute-se que essa política se apresenta como uma reedição da já velha conhecida Instituição Psiquiátrica, operada por um suposto cientificismo reducionista, classista, racista e higienista.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Luta Antimanicomial; Ministério da Saúde; Saúde Mental; Políticas Públicas.

SUMÁRIO

1. Introdução -----	10
2. As Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil -----	13
2.1. A Reforma Sanitária -----	13
2.2. O Sistema Único de Saúde -----	17
3. Contextos da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial -----	20
3.1 No Mundo -----	20
3.2. No Brasil -----	23
4. Método -----	26
4.1. Metodologia -----	26
4.2. A Psicologia Sócio-histórica como suporte teórico para o estudo de Políticas Públicas de saúde mental -----	27
5. Analisando a Nota Técnica Nº 11/2019 do Ministério da Saúde: sobre o que ela diz, a quem ela serve e por quais lógicas ela opera? -----	34
6. Considerações Finais -----	64
7. Referências Bibliográficas -----	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AMENT - Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CID - Código Internacional de Doenças

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CTs - Comunidades Terapêuticas

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FGV - Fundação Getúlio Vargas

GGAM - Guia de Gestão Autônoma da Medicação

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBRE - Instituto Brasileiro de Economia

INFOPEN - Levantamento Nacional de Informações. Penitenciárias

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UA - Unidade de Acolhimento

1. Introdução

Interesso-me muito pelo estudo e pela militância junto ao movimento da Luta Antimanicomial, que me cativa desde o início da Universidade de maneira inteiramente singular e muitas vezes difícil de descrever em palavras. Fui me aproximando do tema por palestras, livros, aulas, por apresentações da bateria da qual faço parte no CAPS Itapeva e, principalmente, por uma experiência de Iniciação Científica sobre Gestão Autônoma da Medicação (GGAM) completamente revolucionária e marcante para a minha constituição enquanto ser humano e psicóloga, que construiu muitas novas perspectivas e olhares - mais humanos e autônomos - para o mundo e para os usuários e trabalhadores de saúde mental com quem me encontrei, por um ano, toda semana em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Nessa experiência descobri que o que ancora a gente no chão e permite que continuemos é o sentido que isso tem para nós. Pude acompanhar as dificuldades tantas para a realização da implementação da ferramenta GGAM na Unidade, mas o que me marcou mesmo foi a resiliência e persistência no trabalho de trabalhadores e de usuários como J., o único que nos encontrou durante algumas semanas. J. chegou ao grupo dizendo que não conseguia sair de casa, mas, mesmo assim, foi aos nossos encontros – sozinho - e, depois, fez passeios ainda mais longos. Quando mais pessoas chegaram, pudemos acompanhar e participar do início da construção de novos projetos de vida e do reconhecimento dos direitos que tinham enquanto cidadãos. Pude observar e participar de uma experiência que, por vezes, carregou a beleza da dureza, mas que, em todo o tempo, me mostrou como é quando a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial saem da academia e chegam aos territórios, aos usuários, onde precisam chegar.

No fim, trabalhar com a loucura e ter como objetivo um mundo em que as tantas singularidades possam nele caber é o que fornece sentido ao meu fazer. Os afetos presentes são tantos desde o meu primeiro ano de graduação que, por mais que tenham se transformado e complexificado, em essência, permanecem os mesmos - aqueles que dão brilho nos olhos e força para lutar. Que dão disposição e coragem para emprestar o corpo e os desejos. A luta por um mundo democrático, que aposte verdadeiramente num cuidado sensível, afetivo, próximo, cidadão e autônomo e que crie conjuntamente lugares para aqueles que, por inúmeras maneiras e vezes, são

entendidos como sem-lugar é o que me guia. Nada mais justo então do que terminar esse ciclo acadêmico podendo trabalhar em cima disso.

Assim, vejo-o como um movimento que carrega em sua radicalidade um enorme poder de revolução das estruturas e ideologias de poderes dominantes, algo que muito me interessa e que também fornece sentido ao meu fazer profissional. Junto a essa temática, acredito que se tem feito cada vez mais necessárias (tentativas de) análises da conjuntura atual do país, para que possamos resistir aos muitos retrocessos que vivemos atualmente.

O trabalho foi se transformando, na medida em que eu e o próprio país também modificaram. A Eleição de Jair Bolsonaro à presidência da república e as repercussões disso no ano de 2019 me convocaram a olhar com mais atenção à política que está sendo feita, que de nova, não tem nada. Das muitas atuações, declarações e medidas totalmente questionáveis e terríveis realizadas pelo atual governo, me detenho a essa por acreditar que muita luta ainda vem pela frente àqueles que, assim como eu e tantas e tantos outras e outros, se propõem a fazer uma Psicologia Antimanicomial.

A princípio, os recortes de análise escolhidos foram as políticas públicas de saúde mental no segundo mandato do ex-presidente Luis Inácio Lula da Silva (2007 - 2010); no segundo mandato da ex-presidenta Dilma Rousseff (2015 - 2016), que após sofrer o processo de impeachment foi substituída por Michel Temer (2016 - 2018), governo que também seria analisado.

No entanto, a urgência e a intensidade com que a o assunto da Nota Técnica Nº11/2019 emitida pelo Ministério da Saúde e Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras drogas, chegou a mim e me tocou, me levou a reformular ainda a proposta de trabalho. Dessa forma, apresento uma análise desse documento, isto é, das diretrizes das políticas públicas de saúde mental agora vigentes no país, em que se procura desmontá-lo, encontrando as lógicas pelas quais ele opera e contextualizando-o sócio historicamente. Acredito que em tempos combativos, é necessário que possamos compreender as reedições dos fenômenos que buscamos superar.

A proposta, portanto, é de realizar um olhar focalizado nesse documento. Para isso, faz-se uma análise da Nota Técnica Nº11/2019 amparada por um documento emitido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), sobre referências técnicas para a atuação de psicólogos no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (2013), à luz dos

pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e amparada também pela perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica.

2. Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil

2.1. Reforma Sanitária

Para que seja possível falarmos de políticas públicas de saúde mental no Brasil faz-se necessário nos localizarmos e contextualizarmos na história no que diz respeito à Reforma Sanitária no Brasil, que repercutiu no que entendemos hoje como saúde e sua relação com o Estado e na concretização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Luz (1991) analisa a Reforma Sanitária e os contextos em que ela ocorreu, no decorrer deste capítulo, traremos algumas de suas contribuições. O período denominado de “Milagre Brasileiro” (1964 a 1978 ou 1963 a 1977), foi operado por uma grande reorientação institucional na administração estatal, sendo o campo da saúde um dos afetados por isso. Reorganizaram-se, neste momento, os traços institucionais de um ciclo campanhista, oriundo da Primeira República (1889 - 1930), que configurou um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individuais e sociais, um perfil autoritário às instituições de saúde, bem como carregou traços do modelo curativo da atenção médica previdenciária inspirados no período populista de Vargas (1930 - 1950).

Essa política de saúde do “milagre” se fez coerente com a política econômica de então, que indicava um crescimento acelerado, com altas taxas de produtividade e que era conjugada a baixos salários para grande parte da massa trabalhadora. Essa política, como é de se esperar, desfavoreceu a muitos e favoreceu a poucos, sendo estes os trabalhadores especializados, técnicos e os empregados nos setores de ponta da economia (trabalhadores do mercado formal). Esses grupos se beneficiaram por altos salários, o que possibilitou tanto um aumento de consumo desses setores quanto, por consequência, uma difusão da ideologia do consumo no conjunto da sociedade. Dentre esses bens de consumo, a saúde passou a ser vista como um deles, sobretudo enquanto um bem de consumo médico.

Na medida em que essa lógica vai sendo consolidada, foi possível que se observasse um rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos e farmacêuticos - uma vez que a centralização e a concentração do poder institucional resultaram em uma estratégia de medicalização social nunca antes vista na história do país - constituído por proprietários de empresas centradas mais na lógica do lucro do que na saúde das pessoas que atendia.

Esta política teve, evidentemente, uma série de efeitos e consequências institucionais e sociais, entre as quais a progressiva predominância de um sistema de atenção médica 'de massa' (no sentido de 'massificado') sobre

uma proposta de medicina social e preventiva, que chegou a ser o discurso dominante na conjuntura anterior ao golpe de Estado. (LUZ, 1991, p. 82)

Assistiu-se, então, a consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população. Todos esses efeitos e consequências, claro, fizeram emergir uma grande insatisfação popular em relação à 'política de saúde da ditadura'. "A imagem da medicina como solução miraculosa para as más condições de vida começou a ser socialmente percebida como miragem, a ser publicamente denunciada e desmascarada" (p. 82). Caíram as verbas de saúde pública, e a atenção médica da Previdência Social caminhou para a falência.

Dada essas condições, diferentes setores passaram a se articular e a exigir soluções para o que se colocava em relação ao modelo de saúde posto. Articulações essas que, pensando em movimentos sociais e políticas públicas, precisam ser entendidas também a partir da historicidade que carregam. Essas últimas, no Brasil, desempenharam um importante papel na consolidação da ordem republicana, que desde a sua origem, se constituiu a partir de traços antidemocráticos. Estes acabam por fincar-se às bases das estruturas existentes, gerando como consequência a fusão de interesses sociais objetivos e contraditórios entre si. Essa condição, afirma a autora, não pôde se modificar em poucos anos ou na passagem de uma conjuntura para outra, permanecendo de diferentes maneiras e em diferentes lugares na dita Nova República (1985 - 1989).

O campo da saúde é também afetado por isso, se (re)estabelecendo, nesse momento, a partir do conflito de interesses econômicos e políticos em seu interior, representados pelas pessoas que desejavam compor esses espaços. Esse confronto se desenvolveu tanto no campo macroanalítico quanto no campo microanalítico do poder, ou seja, tanto nos ministérios e Congresso, como nos hospitais e ambulatórios. Os discursos de saberes, de diferentes categorias profissionais, e em qualquer um dos âmbitos políticos (macro ou micro), também foram foco de luta política pela disputa em traçar diretrizes, impor posições e conquistar hegemonia.

Dessa forma, tenhamos em mente que essas articulações populares em prol de uma mudança na saúde tiveram contradições e conflitos de interesses tanto em seu interior, ou seja, diferentes ideais e concepções para reformulação da saúde, quanto contra a sua própria articulação por parte daqueles que resistiam à mudança,

uma vez que tinham interesses políticos ou econômicos em manter o modelo de saúde operando da maneira em que estava.

A partir dessas contradições, disputas e da quebra do imaginário social sobre a saúde constituída na época, a sociedade civil passa por uma tomada de consciência, a partir da transformação das concepções acerca do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva. Tornou-se claro, então, que são os trabalhadores que financiam os serviços médicos da Previdência Social e do Ministério da saúde e que estes dois órgãos deveriam responder às suas demandas.

Dessa maneira, vai se germinando e construindo o pensamento da saúde como um direito do cidadão e um dever no Estado, que representa uma revolução no conceito de saúde, sendo uma importante oposição de base em relação aos temas específicos de política para o setor e para impulsionar a chamada Reforma Sanitária. Para Sonia Fleury (2009),

O movimento que impulsionou a Reforma Sanitária brasileira colocou como projeto a construção contra hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público. (FLEURY, S. 2009, p. 476)

Yasui (2010) reitera essa visão, ao trazer as palavras de Sergio Arouca:

(...) o projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca vamos perder, pois o que queremos para a saúde, queremos para a sociedade brasileira. (YASUI, 2010, p. 176)

Nesse sentido, Luz (1991), corrobora com essas afirmações, ao dizer que a Reforma Sanitária representou de fato uma exigência de mudança estrutural, determinada pelo conjunto da sociedade civil, tendo em vista que um regime democrático, como estava sendo proposto não poderia institucionalizar-se ou durar, sem implantar políticas sociais capazes de liquidar a dívida social histórica da saúde. Assim, em outubro de 1988, a nova Constituição reconhece formalmente a saúde como direito social de cidadania, que fora tanto tempo adiado pela República.

Com o lema “Saúde, direito de cidadania, dever do Estado”, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como efeito de um conjunto de condições coletivas de existência, implicando-se com uma visão desmedicalizada, na medida em que rompe com a identificação proposta pelas instituições médicas tradicionais que entendem saúde como um estado biológico abstrato de normalidade, ou ausência relativa de doença.

Dessa maneira, Marques (1989) analisa que “o projeto da Reforma Sanitária tem como objetivo a satisfação de necessidades sociais mais gerais, ligadas à qualidade de vida, e de necessidades específicas, sem o que não poderá ser assegurado o direito universal à Saúde” (p. 424). Segundo Fleury (2009), esse projeto foi orientado a partir dos seguintes princípios: o ético-normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; o científico, que compreende a determinação social do processo saúde/doença; o político, que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática e, por fim, o sanitário, que atende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

A partir do exposto acima, podemos entender que a Reforma Sanitária contém um projeto de intervenção que é concomitantemente técnico e político, tendo um conceito abrangente para a saúde, que a toma como uma resultante das condições sociais de vida e trabalho na nossa sociedade e do padrão de organização da base estruturada de serviços de saúde, voltados ao indivíduo, às coletividades e ao meio ambiente. Já o traço político de seu posicionamento vem da clareza quanto ao caráter público que a composição de ações dos serviços de saúde deve assumir no país (MARQUES, 1989).

Por meio da produção de Elias (1993), podemos compreender que o processo da Reforma Sanitária abarcou diferentes leituras e motivações, tanto da possibilidade da implementação do socialismo no país, quanto da consolidação do Sistema Único de Saúde.

É a partir desta última possibilidade de entendimento que direcionaremos nossos olhares, porque se considera importante ter clareza de que é junto a essa série de transformações acerca dos entendimentos sobre a saúde, seus serviços e os direitos que ela compreende, bem como a partir de uma série de princípios germinados e consolidados nesse momento, que temos como resultado, a partir da Constituição de 1988, um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, que é orientado, segundo o Ministério da Saúde¹, por elementos como universalização; integralidade e equidade. É com esse marco também legislativo, portanto, que é garantida a possibilidade de todos os cidadãos terem direito ao acesso

¹ Dados e trechos disponíveis em <<http://portalsms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 16 de novembro de 2018.

a uma saúde que entende o sujeito como um todo, atendendo-o em todas as suas demandas e que também entende a sociedade como desigual, cuidando desigualmente dos desiguais a partir de suas necessidades.

2.2. O Sistema Único de Saúde

Acredito que, para uma discussão aprofundada do SUS, seria preciso um trabalho a parte, que o compreendesse como um todo. Portanto, neste capítulo, o que se pretende fazer é apenas um breve panorama do sistema nacional de saúde brasileiro, salientando os princípios orientadores e sua forma de organização.

O Sistema Único de Saúde, como já dito, é uma política pública em saúde e, para começarmos a pensá-lo, é preciso que nos atentemos ao que significa a expressão “política pública”. Machado, Fonseca e Borges (2014), autores que vão nos embasar ao longo dessa discussão, explicam que este é um termo utilizado para denominar as respostas e ações que o Estado fornece à população para que se atendem às suas demandas. Muitos são os elementos que irão compor essas respostas quando pensamos no âmbito da saúde e que podem ser utilizados, em conjunto ou não, para que as analisemos, como: normas portarias e leis; o financiamento; os atores sociais que participam da formação e implementação da política; as ações concretas que as vão materializar; o público beneficiário da política; e os espaços de discussão da proposta.

Assim, em vias de atender as demandas da população após a redemocratização e o movimento de Reforma Sanitária, a Constituição de 1988, incorporou dois artigos importantes ao falarmos de saúde, o Art. 196, que assegura a saúde

como direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

e o Art. 198, que apresenta as diretrizes organizativas do sistema de saúde: descentralização; atendimento integral e participação da comunidade.

Essas proposições só acontecem com a Lei Orgânica de Saúde (leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990), que regulamentava o SUS. Nesse momento, o Brasil torna-se o primeiro e único país capitalista da América Latina, que naquela década instituiu um sistema universal de saúde, inserido em uma concepção ampla de Seguridade Social, de base universalista, reunindo as áreas da Previdência, Saúde e Assistência

Social, que deveria ser financiada por impostos gerais e contribuições sociais (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2017).

A lei surge alinhada às discussões suscitadas no movimento da Reforma Sanitária, incorporando as diretrizes presentes da Constituição Federal e introduzindo outros princípios orientadores das ações e serviços públicos de saúde. O art. 7º desta lei apresenta treze princípios, dentre os quais, geralmente, se elencam os cinco mais emblemáticos: universalidade; integralidade; equidade; participação da comunidade e descentralização.

A universalidade garante a todos os brasileiros o acesso aos serviços de saúde, não mais exigindo a carteira de trabalho assinada. A integralidade prevê a proposição de atendimento de todas as demandas de saúde da população, não mais se restringindo a ações curativas, ressaltando a importância das ações de promoção e prevenção da saúde. A equidade baseia-se na ideia de que existem diferenças nas condições de vida das pessoas a partir da condição social em que se encontram, sendo necessário que se assuma um projeto que possibilite que todas elas possam experimentar mudanças favoráveis em seu estado de saúde.

Já a participação comunitária busca garantir que os usuários do SUS também possam garantir com a gestão do sistema e a descentralização se relaciona com a importância de se pensar a saúde das pessoas a partir das especificidades de cada região, elaborando ações de saúde que considerem as singularidades de cada território, a partir do aumento da capacidade de os governos municipais gerirem seus sistemas.

Ainda, o SUS é organizado através da RAS (Rede de Atenção à Saúde), que são arranjos de redes de serviços de saúde, vinculados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, visando a integralidade. Eles são divididos em uma escala de densidade tecnológica piramidal, sendo que a base da pirâmide seria a atenção primária, ou Atenção Básica (AB), cujos serviços seriam de baixa complexidade, o meio da pirâmide se refere à Atenção Secundária, cujos serviços são de média complexidade, e o topo da pirâmide consiste nos serviços da Atenção Terciária, cujos serviços são de alta complexidade.

Segundo Carvalho (2014), a Atenção Básica é a principal política de reorientação do modelo de saúde no país e apresenta caráter central na organização dos serviços. Ela opera a partir das Estratégia Saúde da Família e representa o primeiro nível de contato da população de uma determinada comunidade com o SUS.

As ações desenvolvidas pela AB devem ser amplas e integradas, com foco nas necessidades de saúde específicas do território em que ela se encontra.

Já a Atenção Secundária é referente aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (Erdmann, 2013). Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) estão compreendidos nesse nível de complexidade. O portal do Ministério da Saúde, define esse serviço como

Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios).²

Existem algumas modalidades do serviço, a depender do número de habitantes da cidade, da faixa-etária (adulto ou infantil) e podendo ser AD (Álcool e outras drogas). Este pode estar vinculado a uma UA (Unidade de Acolhimento), que tem a função de oferecer cuidados contínuos às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, operando 24h/dia em caráter residencial. Elas são divididas em UAs destinadas a adultos e crianças/adolescentes menores de 18 anos. Ainda, existem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), que visam “o atendimento dos portadores de transtornos mentais egressos de longo período de internação psiquiátrica e que não possuem vínculo familiar e/ou suporte social” (ALMEIDA e CEZAR, 2016, p. 107)

Já os serviços de alta complexidade são aqueles que envolvem alto custo e alta tecnologia. Hospitais Gerais, por exemplo, estão nessa categoria.

Por fim, existem diversas modalidades de RAS, sendo a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) àquela destinada à pessoas com demandas em saúde mental e responsável por concretizar a Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas e os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, que será trabalhada a seguir.³

² Disponível em <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em 1 de junho de 2019.

³ Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acesso em 1 de junho de 2019

3. Contextos da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial

3.1. No Mundo

Para que possamos falar sobre Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial é necessário que tenhamos clareza de que a loucura não foi apreendida da mesma maneira ao longo da história. A forma como a sociedade enxerga o indivíduo dito enquanto louco foi sendo construída sócio historicamente pelo próprio homem e sociedade.

Em “História da Loucura” (FOUCAULT, 2009) vão sendo relatadas suas diferentes possibilidades de entendimento e, conseqüentemente, diferentes formas de como a sociedade se relacionou e relaciona com esse fenômeno. Para essa discussão, o século XVII, período denominado pelo autor como a Grande Internação, representa um importante marco em que são criados os Hospitais Gerais, grandes espaços em que, por meio de cartas régias ou prisões arbitrárias, eram internadas toda a população marginalizada e desviante, que tinham em comum apenas a desrazão.

No século XIX, a experiência do desatino passa a ser apreendida pelo saber médico, deduzida como “doença mental” e é nesse momento que os Hospitais Gerais se tornam instituições médicas, transformando-se em Hospitais Psiquiátricos - “lugares privilegiados de produção e exercício do saber médico” (AMARANTE, 1996, p. 38). Segundo Foucault (2009), este momento vai perceber o louco, porém vai deduzir a loucura.

E no louco o que ele percebe não é a loucura, mas a inextricável presença da razão e da não-razão. E aquilo a partir do que ele reconstrói a loucura não é a múltipla experiência dos loucos, é o domínio lógico e natural da doença, um campo de racionalidade. (FOUCAULT, 2009, p. 187)

Desse modo, a loucura, forjada nesse momento como patologia, passa a ser entendida como objeto da ciência, podendo ser interpretada apenas como uma outra forma, sob a mesma lógica, de produção de controle sob os corpos. Se no período da Grande Internação, a tutelarização era dada pela justiça e pelas leis, nos Hospitais Psiquiátricos ela era dada pela medicina. (CASTEL, 1991)

Quer se trate de justiça ou de medicina é a mesma ordem que está em jogo. Uma impõe sua manutenção inscrevendo-a na objetividade das leis e combatendo suas transgressões através de sanções. A outra detecta em cada pessoa uma distância com relação às suas normas e tenta anulá-la com remédios. (CASTEL, 1991, p. 53)

O início da contestação dessa lógica se deu no contexto do fim da Segunda Guerra Mundial, que exigiu uma reorganização das sociedades europeias, após os movimentos nazi-fascistas que ali emergiram. Nesse cenário, foram disparadas reflexões e discussões que tinham como elementos tanto questões relacionadas aos direitos humanos, visto a barbárie que acabara de acontecer, quanto a recuperação da mão de obra dos países.

Amarante (2003) discute que esse cenário acaba por possibilitar que se desenvolvessem novas abordagens na teoria e técnica psiquiátrica, incluindo o questionamento das instituições asilares de psiquiatria. Estas, que apresentavam semelhanças inegáveis aos campos de concentração, como violação aos direitos humanos e privação de liberdade, mostraram-se insuportáveis a uma Europa que pretendia se reconstruir democrática. Desse modo, toda e qualquer espécie de violência e desrespeito aos direitos humanos era reprimida pela sociedade, que passou a não admitir o que era visto nos asilos psiquiátricos. Além disso, boa parcela da população produtiva morreu ou ficou invalidada após a guerra, tornando-se necessário que se recuperasse a mão de obra e, para isso, parcelas da população que antes eram consideradas improdutivas, como as das instituições psiquiátricas, tornaram-se possivelmente produtivas.

Para Birman e Costa (1994), ainda, a crise da psiquiatria se agrava nesse período por um sentimento de impotência dos psiquiatras a respeito de sua terapêutica, bem como as preocupações governamentais geradas pelos altos índices de cronicidade de doenças mentais, com sua consequente incapacidade social.

Assim, é nesse contexto que surgem diversos movimentos que propunham uma reformulação epistemológica acerca de como se enxerga a loucura, a psiquiatria e os hospitais psiquiátricos, chamados de Movimentos da Reforma na Psiquiatria, em diversos lugares do mundo, seja na França, através da Psiquiatria Institucional e Psiquiatria de Setor; na Grã Bretanha, através das Comunidades Terapêuticas; nos EUA, através da Psiquiatria Comunitária ou preventiva e na Itália, através da Psiquiatria Democrática.

Me deterei neste capítulo à Reforma Psiquiátrica Italiana, elaborada por Franco Basaglia que teve sua experiência mais famosa em Trieste, na década de 1970 e que, por ter sido realizada um pouco mais tardiamente do que as outras experiências, pôde se construir a partir delas. Escolho-a tanto por esse motivo, quanto por acreditar que

ela reúne e constrói críticas fundamentais à psiquiatria e ao que estava posto nos Hospitais Psiquiátricos.

Sobre ela, Franco Rotelli (1994) analisa que, para além da proposta de um cuidado humanizado, a crítica à Psiquiatria se deu de maneira ainda mais radical, na medida em que colocava em xeque a suposta neutralidade da ciência. Esta, visando a produtividade das pessoas no sistema capitalista, é utilizada para minar qualquer forma de diversidade que não se adequaria a esse sistema. Nesse sentido, coloca-se como ponto central a discussão e transformação da própria instituição da Psiquiatria e dos saberes que a sustentam.

A aposta desse modelo, então, foi no percurso da desinstitucionalização, que pode ser entendida como constituída por duas dimensões: uma que não envolve um fazer político, que é a da “função terapêutica” e outra que envolve o fazer político, que é a de utilizar o poder que a Psiquiatria tem no sistema institucional como poder de transformação. (ROTELLI, 1990)

Para isso, o autor afirma que o primeiro passo utilizado pela Reforma Italiana foi justamente a de desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguição a uma solução racional, que no caso da Psiquiatria é o pleno restabelecimento da normalidade. Isso não significa a renúncia do cuidado, mas sim uma profunda mudança na ótica que atinge o conjunto de ações e interações institucionais uma vez que, segundo o autor, “na relação que liga o problema à solução é a solução que reformula o problema, no sentido de que é ela que dá nome e forma” (ROTELLI, 1990, p. 29) e nesse sentido, portanto é necessário que se reproponha a noção de solução como maneira de reorientar de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica.

Dessa maneira, o que se procura não é enfrentar a doença fundamentalmente, ao contrário, busca-se “uma intervenção prática que remonte a cadeia de determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental - isto é, o problema- assumiu aquelas formas de existência e expressão.” (ROTELLI, 1990, p. 29)

Amarante (2003a), corrobora às concepções de Rotelli ao analisar a ideia de “doença entre parênteses”, aprofundada por Franco e Franca Basaglia (1982), nela se propõe que, ao se colocar a doença entre parênteses, possa se ocupar com o sujeito em sua experiência, sentido oposto ao que ia a Psiquiatria até então, que colocava o sujeito entre parênteses para se ocupar da doença. O autor tece

considerações a respeito de que essa atitude epistemológica expressa uma recusa à visão oferecida pela psiquiatria, isto é, de que a experiência pode ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. Desse modo, “a doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social à política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar conhecer a subjetividade” (AMARANTE, 2003a, p. 10).

Ao refletir sobre essa e outras experiências, pode-se dizer que ao se abandonar essa concepção médica e psiquiátrica de saúde mental e retirar a loucura do lugar de problema e de algo a ser curado, o foco de transformação e mudança ao qual se deve voltar o olhar deve ser a sociedade e a democratização de suas relações e de possibilidades de lugares em que os sujeitos considerados loucos possam existir (ROSA, 2016), ou seja, alterar as formas da sociedade que produzem adoecimento e não a doença em si.

3.2. no Brasil

No Brasil, a história da Reforma Psiquiátrica se mistura com as lutas pela redemocratização do país, ao final do século XX, relacionada à defesa de direitos no Estado brasileiro. Ela tem início junto a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1970, a partir de denúncias contra as violências em asilos psiquiátricos e as péssimas condições de trabalho dentro dos manicômios/instituições psiquiátricas. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008) e que assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente no que concerne ao sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraude e corrupção. (AMARANTE, 1995).

O Movimento passa a se organizar em torno de greves e congressos e, em 1987, houve a realização do II Congresso Nacional do MTSM, em que se teve pela primeira vez a participação de usuários e familiares, havendo a constituição de um movimento mais amplo, na medida em que abrange outros atores sociais além dos trabalhadores na luta pelas transformações das políticas e práticas psiquiátricas. (AMARANTE, 1995) É partir disso e dessas mobilizações que paulatinamente as propostas da Reforma repercutiam nos contextos governamentais, como por exemplo o material redigido pelo Ministério da Saúde, “Diretrizes para a área da Saúde Mental”, na década de 1980, que defendia a ênfase no tratamento extra-hospitalar, a limitação

do período de internação. a reintegração familiar e a promoção de pesquisas epidemiológicas no campo da Saúde Mental. (VASCONCELLOS, 2008).

É também nele que se produz o Manifesto de Bauru (1987), que partindo da premissa da Reforma Psiquiátrica Italiana, defende que é preciso uma mudança na estrutura social, dizendo que “o Estado que gerencia os serviços de saúde mental é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e produção social da loucura e da violência” e ainda

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Manifesto de Bauru. Bauru, 1987)

Assim, é possível afirmar que a Reforma Psiquiátrica no Brasil acaba por ter seu compromisso, acima de tudo, por uma vida digna para todas e todos, por defesa à equidade e por igualdade. Yasui (2010) vai dizer que, a partir do lema “por uma sociedade sem manicômios”, pôde-se colocar em destaque

a questão da loucura no âmbito sociocultural. Tratava-se de: produzir uma utopia norteadora das propostas assistenciais; resgatar a discussão sobre segregação e a violência institucional; repensar as práticas e inventar possibilidades para ampliar o campo de atuação. Tratava-se também de uma profunda e radical ruptura com o modelo hegemônico médico-centrado de produção de um saber técnico, de uma Razão instrumental, sobre a loucura. (p. 45)

Ainda, no decorrer do processo houveram marcos importantes. Em 1987, inaugurou-se o primeiro CAPS, em São Paulo, chamado CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, cujos objetivos são trazidos por Amarante (1995), sendo alguns deles a construção de uma rede preferencialmente comunitária, garantindo tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado para o acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento ou inserção social. Segundo o autor, essa experiência influenciou a criação e transformação de muitos outros serviços.

Yasui (2010), ao analisar os desafios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, traz inúmeras contribuições de interpretações e dados históricos sobre o movimento, algumas delas virão a seguir.

Em 1989, em Santos, a Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico privado, sofre uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde, decorrente das

violações de direitos humanos e mortes que lá ocorriam. Iniciou-se assim um processo de desmontagem dos manicômios, com implantação de uma rede de serviços substitutivos. O autor enfatiza que isso só foi possível após uma gestão municipal progressista, alinhada aos valores da essência da Reforma, como: participação popular, controle social e autonomia dos indivíduos. Os próximos governos, entendidos enquanto conservadores e opositores a essas orientações desarticularam essa experiência, retirando muito de sua vitalidade inovadora e de seu compromisso ético, político e de transformação social.

No entanto, essa inovação, como foi dito, impactou a muitos e, também em 1989, houve a aprovação pela Câmara dos Deputados do projeto de lei nº 3.657, pelo deputado Paulo Delgado, que defendia a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros serviços assistenciais. Após quase 12 anos, o projeto é assinado e torna-se a Lei 10.216/2001, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Yasui (2010) analisa as transformações do texto do projeto de lei quando faz-se em lei e afirma que houve uma mudança na essência e na radicalidade do projeto original, na medida em que mantém a estrutura hospitalar existente.

Assim, são muitos os avanços e também desafios para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que são atravessados pelo contexto de globalização e de uma política neoliberal, que aponta para o Estado mínimo, provocando o abandono de investimentos nas áreas sociais, ao mesmo tempo em que refina e amplia os mecanismos de controle e exclusão, visando a manutenção do poder econômico.

É nesse contexto que nos encontramos atualmente no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira e que, de certo, vão transpassar as análises e reflexões que virão neste trabalho.

4. Metodologia

4.1. Método

O método a ser utilizado nessa pesquisa será o de análise de conteúdo, elaborado por Bardin (2011) e, para isso, utilizarei o trabalho de Santos (2012) e Câmara (2013).

Segundo as autoras, a análise de conteúdo tem a função de elaborar um desvendar crítico, por meio do qual é possível que sejam feitas inferências analíticas de determinado documento. Assim, é possível que sejam esclarecidas as causas ou consequências de uma determinada mensagem e verificadas, mais do que apenas o significado das palavras, quais características, estruturas ou modelos as sustentam.

Para quem se propõe a utilizar esse método é preciso então um esforço duplo: o de entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal e, primordialmente, desviar o olhar, buscando outras significações e mensagens.

O processo da análise dá-se por três fases: a primeira consiste em uma pré-análise, em que se escolhe os documentos a serem submetidos à investigação e, depois, através de uma leitura flutuante, elaboram-se hipóteses, objetivos e indicadores que nortearão a interpretação final. Ainda, sobre o material escolhido, segundo Câmara (2013), eles podem ser diversos e podem abarcar todas as formas de comunicação, seja qual for à natureza do seu suporte.

A segunda fase é chamada de “exploração de material” e refere-se à organização deste e a escolha das unidades de codificação, a partir da classificação, codificação e categorização do que foi lido.

Na segunda fase, ou fase de exploração do material, são escolhidas as unidades de codificação, adotando-se os seguintes procedimentos de codificação [que compreende a escolha de unidades de registro – recorte; a seleção de regras de contagem – enumeração - e a escolha de categorias - classificação e agregação - rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns], classificação [semântico (temas, no exemplo dado), sintático, léxico – agrupar pelo sentido das palavras; expressivo - agrupar as perturbações da linguagem tais como perplexidade, hesitação, embaraço, outras, da escrita, etc...] e categorização (que permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los). Com a unidade de codificação escolhida, o próximo passo será a classificação em blocos que expressem determinadas categorias (no exemplo dado, foram retiradas das entrevistas apenas as falas que se referiam às condições de trabalho), que confirmam ou modificam aquelas, presentes nas hipóteses, e referenciais teóricos inicialmente propostos. Assim, num movimento contínuo da teoria para os dados e vice-versa, as categorias vão se tornando cada vez mais claras e apropriadas aos propósitos do estudo. (CÂMARA, 2013, p. 185 - 186)

Essa escolha de blocos de categorias “permite a classificação dos componentes do significado da mensagem em espécie de gavetas.” (SANTOS, 2012, p. 384).

A terceira fase, chamada de tratamento dos resultados, vai dizer das possíveis inferências e interpretações do que foi organizado até então, buscando o conteúdo latente dos enunciados já recortados e categorizados. Há, ainda, um importante processo em meio a isso de um constante retorno aos referenciais e marcos teóricos pertinentes “pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação” (CÂMARA, 2013, p. 189)

O material a ser analisado, a partir dessa metodologia, é a Nota Técnica Nº11/2019 emitida pelo Ministério da Saúde. Como o método prevê, ela será analisada tanto pela mudança das políticas, quanto pelo discurso e linguagem utilizada, que assinalam uma transfiguração no fio condutor da lógica do cuidado em saúde mental, retornando à mecanismos manicomiais e que inclusive ferem a dignidade humana.

Ainda, para investigá-lo, tomarei como eixo norteador o documento intitulado por “Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial”, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia e publicado em 2013. A escolha deste é dada tanto por ser produzido por uma entidade representativa da categoria de psicólogos brasileiros, promotora do exercício profissional da categoria, quanto porque o documento expressa a luta pelo desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental, junto a outros profissionais e usuários dos serviços. É um documento construído de maneira democrática e coletiva, por muitas mãos e vozes, em defesa de sujeitos de direitos.

Por fim, a partir dos processos de pré-análise e exploração do material, foram elaboradas três eixos de categorias, que serão:

- 1) Doença que quer sair dos parênteses: a reafirmação do cuidado focado na doença e não no sujeito;
- 2) A ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos: o retorno ao incentivo dos manicômios nas políticas públicas de saúde mental brasileiras;
- 3) Aspectos higienistas da política.

4.2. A Psicologia Sócio-Histórica como suporte para a análise de Políticas Públicas de saúde mental

Entende-se que a Psicologia Social, na perspectiva sócio-histórica, ao ter em suas bases filosófica, teórica e metodológica o materialismo histórico dialético, tem muito a oferecer no campo das políticas públicas. Gonçalves (2010), analisa de que maneiras essa perspectiva se difere das outras em sua contribuição e, neste capítulo, traremos algumas delas.

É preciso que entendamos que os subsídios da área da Psicologia, no campo das Políticas Públicas, se dão na medida em que esta pretende investigar a dimensão subjetiva dos fenômenos sociais. Estes, no entanto, foram entendidos durante a história da Psicologia a partir de visões naturalizantes, universais e padronizadas.

Tais visões naturalizantes são explicitadas através da abordagem a-histórica e dicotômica da relação indivíduo-sociedade, implicando em um olhar que resultou e resulta em práticas normativas e reguladoras, que impedem ou dificultam a transformação social. Vale aqui ressaltar que se entende que é justamente a transformação social que deve ser o foco das Políticas Públicas, ao reconhecermos que elas existem visando a superação da desigualdade social que estrutura a realidade social, especialmente no caso brasileiro.

A Psicologia Sócio-Histórica permite a superação desses aspectos ao entender a relação indivíduo-sociedade e o fenômeno psicológico como processual e histórico. Reconhece, dessa maneira, que a subjetividade é produto de uma história pessoal e social, engendrando, assim, análises e olhares acerca da experiência humana sob a lente da categoria da historicidade, sendo este o cerne de sua contribuição.

O conceito de historicidade, segundo Lukács (1979), não deve ser visto como um simples movimento desgovernado ou ainda como apenas a sucessão cronológica de acontecimentos. Há sempre uma determinada direção na mudança, marcada por relações de forças dialeticamente articuladas, que se expressa em transformações qualitativas de determinados complexos, tanto em-si quanto em relação com outros complexos e que se constituem no existir cotidiano de fatos, muitas vezes comuns ou banais, mas fundados pela totalidade histórica.

Dessa forma, o homem se constitui historicamente enquanto tal, através da transformação da natureza e da relação com outros homens para atender às suas necessidades e assim produz sua própria existência. Essas ações e relações da vida real expressam ideias e suas representações produzidas pelos próprios homens (Gonçalves, 2015) e devem ser lidas considerando a articulação dialética de forças

que carregam. Partimos, então, das categorias de trabalho e relações sociais para situar o homem em sua historicidade.

O homem, em sua constituição histórica produz objetos e ideias e, de acordo com o materialismo histórico dialético, são as ideias (compreendidas entre crenças; valores e conhecimentos de toda ordem) produzidas em determinado momento histórico que expressam as contradições da realidade desse momento e da base material da sociedade. Essas ideias, assim, direcionam a ação dos homens, modificando e sendo modificadas por essa ação. Nesse sentido, reitera-se a importância de compreendermos o momento histórico e a produção de ideias que decorre de sua base material para que possamos analisar a constituição das Políticas Públicas em determinados momentos, entendendo que a análise dessas políticas, num movimento dialético, também nos ajuda a compreender tais conjunturas históricas.

A compreensão das Políticas Públicas, para a Psicologia Sócio-Histórica, é também intrinsecamente ligada à concepção e compreensão de Estado, sociedade e economia no capitalismo, ou seja, à relação capital-trabalho. Dessa maneira, é preciso que situemos essa discussão nas relações de classe existentes na sociedade brasileira, dado que é preciso que as políticas de saúde mental considerem essa realidade para elaborarem propostas coerentes e que visem o cuidado em liberdade e a inserção social dos sujeitos atendidos por essas políticas, entendendo também que diferentes realidades sociais e territoriais interferem diretamente nos processos saúde-doença dos sujeitos (Santos, 2018).

O Brasil vive sob o regime capitalista e, conseqüentemente, é socioeconomicamente dividido por classes sociais, de maneira que uma parcela minoritária da população vive em condição de abundância patrimonial enquanto a maior parte da população existe em condições de pobreza ou extrema pobreza. A exemplo disso, no início de 2017, os seis maiores bilionários do país juntos possuíam riqueza equivalente à da metade mais pobre da população, segundo dados da Oxfam Brasil (2017).

O país se constitui, à luz da história eurocêntrica, como colônia de exploração de Portugal, com produção agrícola voltada ao comércio exterior e com utilização de mão-de-obra escrava de nativos indígenas e, principalmente, de mão-de-obra escrava de negros sequestrados de países do continente africano. Almeida (2015) discute, a partir de autores como Caio

Prado Júnior (1969), Nelson Werneck Sodré (1990/1967), Celso Furtado (2005/1978/1973/2013) entre outros, que essa formação social e econômica do Brasil permanece como forte elemento condicionante da sua trajetória.

Analisa-se ainda que a escravidão em seus três séculos sempre fora considerada a partir dos interesses econômicos e financeiros dos senhores da terra, sendo que mesmo depois de quase um século do Brasil como independente de Portugal, o escravismo prevalecia. Mesmo quando foi substituída pela mão de obra imigrante, vinda com o objetivo de “embranquecer” a população e empregá-la a partir do trabalho assalariado, não ocorreu a passagem do trabalho escravo ao trabalho livre, mas a substituição daquele por este. Dessa maneira, vão se constituindo as relações de trabalho no país que mostram que “o atraso social, econômico, político (...) e institucional, produto do colonialismo, nunca foram rompidos de verdade, apenas são encobertos e reforçados por um processo de modernização inacabado e anacrônico” (Almeida, 2015, p. 8).

Almeida (2015), afirma que esse atraso, segundo Florestan Fernandes, também acontece pela relação de subordinação dos países latino-americanos aos países de capitalismo central, que impossibilitou que as transformações sociais ocorressem conforme o esperado nas colônias recém-independentes. Isso, somado a herança colonial escravagista, tem como consequência o fato de que as classes sociais na América Latina não se formaram como nos países europeus, sendo que as classes dominantes internacionais são responsáveis por condicionar e limitar o desenvolvimento e a realidade social brasileira. Este processo é intensificado pelo fato de que a classe dominante brasileira permanece a mesma desde o período colonial-escravagista, diferentemente da Europa, onde a ascensão da classe burguesa provoca uma ruptura abrupta em quem estava no poder. Apesar de no Brasil ter ascendido uma classe burguesa, não houve uma substituição dos que comandavam o país, os donos de latifúndios permaneceram em suas posições políticas e econômicas, mantendo então os mesmos dinamismos que lhes favoreciam no período anterior, na mesma medida em que a relação de mão-de-obra fora apenas substituída para atender a essa mesma elite.

Sobre essa discussão, Ortegá (2018) conclui que

Nessa dinâmica, o desenvolvimento do capitalismo na América Latina conduz não ao antigo colonialismo e nem a um desenvolvimento autônomo como em outras partes do mundo, mas justamente a essa forma de dependência, inclusive levada pelas classes dominantes locais, que se beneficiam disso e

conseguem, nessa dinâmica do capitalismo dependente, tirar proveito, assim como as classes dominantes externas. (p. 427)

Dessa forma são construídas as relações de classe no Brasil e no mundo, que repercute diretamente nas condições materiais de existência dos sujeitos, transformando a relação indivíduo-sociedade e, conseqüentemente, a relação de indivíduos com sua subjetividade. Gonçalves e Bock (2009) no capítulo “A dimensão subjetiva dos fenômenos sociais”, discutem esses aspectos.

Como já brevemente mencionado, a Psicologia Sócio-Histórica, através do materialismo histórico dialético, afirma a objetividade e subjetividade como unidade de contrários, em constante movimento de transformação, de modo que sujeito e objeto transformam-se no decorrer do processo da história, em que o sujeito atua sobre o objeto, transforma-o e é transformado nesse curso. A partir disso, é possível que superemos o entendimento Moderno de que um indivíduo em uma sociedade pode estar exterior ou mesmo independente a ela. Ao compreendermos que é a partir da atuação sobre a sociedade que o homem se constitui enquanto homem, podemos conceber que essa constituição já se dá, desde o princípio, em movimento. O homem, nessa concepção nunca foi um ser “a priori”, muito pelo contrário, sempre esteve em relação com a sociedade.

É esse movimento contraditório também que constitui a subjetividade, entendendo que esta é individual, mas constituída socialmente, de maneira processual, dialética e histórica. Gonçalves e Bock (2009) afirmam:

Os elementos presentes na subjetividade decorrem de capacidades individuais, relativas às possibilidades de registro das experiências vividas. Mas se constituem e se configuram a partir de um processo objetivo, social, com conteúdo histórico. Por outro lado, a subjetividade não se esgota em seus elementos individuais, porque o indivíduo age sobre o mundo, relaciona-se com outros indivíduos, realiza, objetivamente, o que elaborou subjetivamente. (p.147)

É pela impossibilidade de delimitar então o que separa o individual do social, que se afirma a dialética subjetividade-objetividade. Entendendo que é assim também que se justifica a necessidade da discussão a respeito da sociedade de classes feita anteriormente, uma vez que estar em uma diferente camada social no mundo e nas condições específicas do Brasil, implica em diferentes condições materiais e concretas de existência e realidade, implicando conseqüentemente em diferentes constituições de subjetividade. Furtado (2015) ao fazer uma leitura sobre a produção de Mezan (1997) corrobora com essa visão ao dizer que a subjetividade como

estrutura e como experiência de si depende do lugar que ocupa o indivíduo na sociedade, isto é, em que lado da luta de classes ele está, dos que produzem a mais-valia ou de quem se apropria dela.

A subjetividade, assim, pode ser entendida como um campo socialmente construído e que se expressa no campo individual (crenças, valores e comportamentos individuais), na medida em que se manifesta de maneira mais palpável no cotidiano do sujeito sem deixar de ser socialmente determinada. Nesse caminho, Furtado (2015) também disserta sobre a produção de González Rey (1995), compreendendo a subjetividade como constituição do psiquismo no sujeito individual. Ela integra os processos e estados característicos a um sujeito nos momentos em que ele atua em sociedade, sendo que estes momentos são inseparáveis do sentido subjetivo que cada ação terá para ele. Simultaneamente, a subjetividade se expressa no plano social como constitutiva da vida social. Dessa maneira, pode-se falar a respeito de uma subjetividade social e uma individual, que podem ser entendidas como dois lados de uma mesma moeda.

Ainda na dimensão da dialética subjetividade-objetividade, Furtado realiza uma discussão no campo da construção social da realidade, onde a história do meio onde o indivíduo se desenvolve e a sua própria história convergem para a construção de uma nova unidade, que apresenta uma configuração objetiva, relativa às bases econômicas e sociais, e subjetiva, relativa ao sujeito. O indivíduo então é visto como o sujeito singular nessa dinâmica, recebendo prontos tanto a base material como os valores, mas também se apresentando como ativo no processo de transformação social.

Furtado (2015) menciona González Rey ao afirmar que a subjetividade acaba por ser permanentemente determinada na vida social, sendo, por sua vez, determinante para o próprio desenvolvimento desta, assim os fenômenos sociais não se esgotam nas configurações psicológicas individuais.

Acredito que caiba frisar e pontuar brevemente aqui a frase “os fenômenos sociais não se esgotam nas configurações psicológicas individuais”, reconhecimento importante na medida em que nos propomos a discutir a respeito da loucura. A partir de tudo o que foi discutido até aqui, é possível apreender que as composições psicológicas singulares que se apresentam enquanto sofrimento psíquico também são relacionadas à construção do fenômeno da loucura reduzido ao conceito biomédico

de “doença mental” e de como a sociedade e a produção científica compreenderam e vem compreendendo essas formas de existência.

5. Analisando a Nota Técnica Nº 11/2019 do Ministério da Saúde: sobre o que ela diz, a quem ela serve e por quais lógicas ela opera?

A Nota Técnica Nº11/2019, tem como assunto “esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”. É emitida pela Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas cuja Coordenação-Geral é a de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e altera as Portarias de Consolidação n.º 3⁴, referente à consolidação das normas sobre as redes do SUS, incluindo a RAPS, e n.º 6⁵, referente à consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, ambas de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Como já foi dito, pretende-se analisá-la por três categorias:

1) Doença que quer sair dos parênteses: a reafirmação do cuidado focado na doença e não do sujeito;

2) Ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos: o retorno ao incentivo dos manicômios nas políticas públicas de saúde mental brasileiras;

3) Os aspectos higienistas da política.

cujo eixo norteador será o documento intitulado por “Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial”, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia e publicado em 2013. Assim, apresentarei primeiramente uma síntese de do eixo I desse documento e, em seguida, analisarei a Nota Técnica produzida pelo Ministério da Saúde, ancorada pelos demais eixos nele contidos e outras referências.

No que se refere a uma retomada histórica, é importante que tenhamos em mente o lugar da saúde na sociedade brasileira desde o período colonial, até a consolidação da Constituição Federal de 1988 e os dias atuais, entendendo que a saúde e a saúde mental são e sempre foram cenário de disputas ideológicas, políticas, econômicas e sociais, sofrendo impactos diretos e indiretos dos tensionamentos que a circundam.

⁴ Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/13297-consolidacao-n-3-saude-mental-1/file>>. Acesso em 7 de abril de 2019.

⁵ Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/estrategia-saude-da-familia/redes-de-atencao-a-saude/13292-consolidacao-n-6-saude-mental/file>> Acesso em 7 de abril de 2019.

Segundo Somarriba (1984), nos séculos XVI e XVII, as políticas de saúde como ações estatais eram quase inexistentes, sendo as práticas de figuras da comunidade como curandeiros e parteiras as referências de saúde da população. As primeiras atuações da saúde no âmbito coletivo, vêm a acontecer direcionadas à mão-de-obra escrava, elaboradas pelos senhores do engenho, em uma visão econômica que tornava interessante estender a vida dos escravos. Com relação à saúde mental, havia alguns abrigos direcionados aos loucos, comandados pela Igreja Católica, mas em geral esta era uma população que era tolerada e absorvida pela comunidade.

Esta configuração se altera com a transformação do Brasil, que deixa de ser colônia, para se tornar metrópole. Com tal título, o país passa a ser alvo de investimentos que o desenvolvam social, econômica e cientificamente. É observada uma emergência de formação intelectual e um incentivo ao pensamento científico e de todos os aparelhos institucionais que o sustentam. Estes, que servem para estabelecer formas de pensar e agir a serviço do pensamento científico corrente, dão força a concepções eugenistas e à instalação de práticas higienistas nos centros urbanos. É nesse contexto que em 1852 inaugura-se o primeiro Hospital Psiquiátrico, o Dom Pedro II, no Rio de Janeiro.

Assim, inicialmente, é possível que observemos aspectos semelhantes, adaptados às configurações e especificidades da história brasileira, ao período denominado como “a grande internação”, que aconteceu ao longo do século XVII na Europa. Este fora marcado por um projeto de controle social que retirava do convívio social aqueles que representavam a desordem e que, para tanto, foram denominados como loucos, ou indivíduos desprovidos de razão.

É importante destacar que esse projeto higienista e segregacionista é sustentado também pelo desenvolvimento do cientificismo e pela consolidação do saber médico da psiquiatria, tanto na Europa, quanto no Brasil. Em ambos os contextos, a psiquiatria e os saberes “psis” nascem dentro da lógica dos manicômios. “O manicômio, local onde a loucura deve-se desvelar para o conhecimento médico, representa a própria possibilidade de existência da psiquiatria.” (p. 48).

Na primeira fase da República, iniciada em 1889, o processo de transformação da loucura em doença mental tem continuidade e vai se concretizando, as características assistencialistas e religiosas perdem espaço para a médico-científica curativa orientada por uma ciência positivista. Nesse percurso, o processo eugenista e higienista vai se legitimando no país, na medida em que a psiquiatria passa a

participar das ações de saneamento básico e reorganização das cidades. Ganham força as ideias de profilaxia e degenerescências, isto é, que atribuem predisposições hereditárias e individuais para as doenças mentais, de modo que o julgamento moral ganha status de pensamento científico. Não é coincidência que no conjunto da população psiquiátrica cresce em 31% o número de estrangeiros, de modo que aqueles que não se conformavam ou adequavam à moral e costumes dominantes ou não conseguiram se estabelecer economicamente no país eram também retirados do convívio social.

A exemplo disso, a jornalista Daniela Arbex através de seu livro “Holocausto Brasileiro” (2013), documenta e resgata a história das milhares de pessoas que foram moradoras do Colônia, hospital psiquiátrico localizado em Barbacena, Minas Gerais, que existiu entre 1903 e 1980. Ao falar sobre a população que era lá internada, ela relata que

Cerca de 70% não tinha diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças. (p. 14)

Tudo isso acaba também nos dizendo sobre como o processo de colonização foi estruturando e transformando o território brasileiro, colonizaram-se, dentre tantas dimensões, as formas de se pensar e o entendimento de toda uma população sobre fenômenos da existência. Dessa maneira, o que entendemos como loucura é também fruto da colonização. Por meio do discurso científico, foram negadas e invisibilizadas muitas possibilidades de se viver, da cultura e dos saberes dos diferentes povos que no Brasil viveram e vivem, sejam os originários - indígenas - ou os vindos da África, que a partir desse momento passam a serem olhados como desviantes, entendidos enquanto loucos e devendo ser tratados fora do convívio social. O marco da colonização e da vinda da família real portuguesa ao Brasil claramente repercutem no entendimento sobre saúde mental, sendo determinantes para o que discutiremos nos períodos a seguir até a atualidade.

Na segunda fase da República (1930-1945), o Estado se configura com características modernizadoras, cuja coalizão era dividida entre burguesia e grupos oligárquicos. Um marco importante é a promulgação da Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, de 1934, em que se reforça a internação como principal meio

de tratamento e também suspende, parcial ou totalmente, a cidadania do doente mental.

Já na terceira fase (1946 - 1964), outro marco importante foi a Constituição de 1946, que dentre outros temas, promove a defesa e proteção de saúde. É nesse momento em que há a produção de trabalhos que criticavam permanentemente à redução do sujeito à doença, combatendo a lógica hegemônica, como os da Nise da Silveira (1905-1999), médica psiquiátrica que lutou contra os manicômios durante sua vida. Em 1950 houveram mudanças importantes com relação à internação psiquiátrica na rede hospitalar privada e também com relação ao uso de drogas psicotrópicas,

A partir de 1950, Institutos de Aposentadoria e Pensões incorporam internação psiquiátrica em sua cobertura assistencial, utilizando-se principalmente da rede hospitalar privada. A partir da metade da década de 1950, a disponibilidade das drogas psicotrópicas no mercado e a necessidade de reparação de mão de obra para o desenvolvimento capitalista vão tensionar a alteração das estruturas asilares. (ROSA, 2003) (p. 51)

Há, assim, uma contradição e tensão na rede hospitalar, na medida em que, se por um lado a internação psiquiátrica é incorporada na cobertura assistencial, por outro o uso de psicotrópicos aliado a necessidade de mão de obra construiriam uma possível receita - embora possamos e devamos problematizá-la - para que os sujeitos fossem desinternados.

No entanto, esse tensionamento, que poderia trazer possíveis avanços no que se refere à políticas de saúde, se depara com um retrocesso significativo durante a Ditadura Militar, denominada como Quarta fase Republicana (1964 - 1985). A começar pelo fato de que a saúde não é incluída na Carta Magna de 1967 como um direito de todo o cidadão e dever de promoção do Estado, pelo contrário, afirma que apenas os cidadãos trabalhadores e dependentes do sistema previdenciário teriam direito a assistência médica. As legislações refletem uma política de saúde pública de caráter discriminatório, de natureza vaga e evolução lenta. Essa Constituição, ainda, organiza a polícia federal para o combate do tráfico de entorpecentes; autoriza a União a elaborar planos nacionais de saúde e estabelecer tratados e convênios com Estados estrangeiros e organizações internacionais, permite a colaboração entre Instituições religiosas e o Estado e, ainda, assegura a autonomia municipal para a gestão dos serviços públicos.

Em consonância com todo esse processo, no campo da assistência psiquiátrica, vemos a privatização dos serviços com características clientelistas e a criação da chamada indústria da loucura, aspectos esses que carregamos como herança até o momento atual. Ainda, aqueles que tinham seu direito à saúde assegurados pela Constituição de 1967, passam a ter garantido também a assistência psiquiátrica através do estabelecimento do Instituto Nacional da Previdência Social. No entanto, como é de se imaginar, a inclusão desta nos serviços de saúde refletiu a ideologia e a política predominantes do contexto, de modo que quem passa a prevalecer na composição da população psiquiátrica são trabalhadores previdenciários das cidades adoecidos em consequência das condições de trabalho impostas pelo desenvolvimento econômico, internados, em sua maioria, por diagnósticos de neuroses e alcoolismo.

Estes eram remetidos aos hospitais da rede privada, através da contratação de seus leitos psiquiátricos, de modo que, os leitos privados passam a crescer dez vezes mais que os leitos públicos. Observa-se, assim, uma reedição do fenômeno de psiquiatrização de problemas sociais.

Acredito que nesse momento valha uma breve retomada do começo desse texto, na medida em que essa lógica traz consigo elementos do início das políticas de saúde como ações estatais no Brasil. A primeira preocupação com a saúde pelo Estado foi dada pela economia, uma vez que tratar dos escravos tornou-se mais rentável do que apenas deixá-los morrer. Ao reafirmarmos que não houve uma passagem do trabalho escravo para mão-de-obra livre e sim apenas a sua substituição, observamos que o Estado, dessa forma, continua a considerar que o cuidado em saúde é uma questão de produtividade e rentabilidade, ilustrado, por exemplo, pelo fato de que o critério para acessar a saúde é ser um trabalhador formal dependente do sistema previdenciário e, caso esse trabalhador não se adapte aos modos de produção neoliberais, ele então é dado como doente mental e internado em um hospital psiquiátrico, como se esse sistema fosse uma peneira dos que podem ou não compô-lo.

O número crescente de leitos exigiu uma reformulação da assistência psiquiátrica, que aponta para uma ambulatorização da assistência e redução de custos com hospitais psiquiátricos, sem, contudo, diminuir efetivamente o financiamento das internações psiquiátricas. Assim, houve uma polarização das

internações em hospitais psiquiátricos e ambulatorizações, sem que se questionasse a lógica que as sustentavam.

Sintetizando a terceira e quarta fases republicanas no que se refere à assistência psiquiátrica,

desde o final dos anos 1950, o Brasil acumulava uma grave situação nos hospitais psiquiátricos: superlotação; deficiência de pessoal; maus-tratos grosseiros; falta de vestuário e de alimentação; péssimas condições físicas; cuidados técnicos escassos. Como vimos, a partir do golpe militar de 1964, até os anos 1970, proliferaram amplamente clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obtendo lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira. Criou-se assim a chamada “indústria da loucura”. No final dos anos 1980, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados, conveniados ao SUS, concentrados principalmente no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Minas Gerais. Os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. (p. 53)

Com o fim da Ditadura Militar, inaugura-se a Quinta da fase da República (1986 - período atual), em que se começa a trabalhar na construção de um Estado Democrático de Direito, num processo de questionamento a ausência do Estado na formulação e garantia das políticas públicas de saúde a sua população como um todo. Movimentos como a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no país vão se fortalecendo e ganhando visibilidade, a partir de uma visão médico-social de saúde, que vai entender que os processos saúde-doença apontam para dimensões que vão além do biológico, ao considerar que saúde não é apenas ausência de doença ou remissão de sintoma. O conceito de um sujeito entendido como saudável engloba toda uma forma de existência ancorada também no caráter social, nas relações que esse sujeito constrói com a sociedade, ao construí-la e ser construído por ela, no acesso a serviços e experiências que possibilitem uma qualidade de vida digna e que, dessa forma, é atravessada também por questões estruturais do Brasil.

Os anos 70 foram, portanto, anos de denúncias e críticas de diversos setores do país e, inclusive, no âmbito da psiquiatria, segundo Cézár Campos (2006), o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental começou a se organizar em torno de propostas que rompessem com o modelo de assistência psiquiátrica vigente, sustentada por uma lógica manicomial de exclusão social, física e em relação ao universo da cidadania, que permitia e corroborava com todo o tipo de violência contra os entendidos como loucos e que nada estava relacionada a resultados terapêuticos ou a cuidado. Foi se entendendo através de diversos seminários, eventos e

discussões sobre o tema, que era preciso reformular, modificar e, acima de tudo, humanizar os hospitais psiquiátricos.

Em vias de assegurar uma maior clareza aos profissionais de saúde mental acerca do real significado dessas instituições e de seu caráter normatizador, em 1987, realizou-se o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru-SP, esse movimento se ampliou e passou a ser conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial, que passa a ser um ator importante na reivindicação de políticas públicas que atendam realmente às necessidades de pessoas em sofrimento mental, criando condições inclusive para a sua inclusão social. Decorrente desse encontro sustentou-se uma discussão que propunha

(...) uma radicalização do movimento de trabalhadores, a partir da constatação de que a humanização dos hospitais, com a criação de programas ambulatoriais (constituição de equipes de saúde mental em unidades básicas), não havia sido suficiente para dar conta de produzir uma relação diferente da sociedade com o fenômeno da loucura. Os loucos continuavam a ser internados e segregados do convívio social. (p. 56)

Assim, existem alguns marcos considerados pelo documento do CFP como fundamentais desse período e que foram trabalhados anteriormente, como a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (junho/1986); a Constituição Federal de 1988; o próprio Movimento da Luta Antimanicomial, atravessado pela reformulação de um conceito de saúde que transcende a doença.

É importante ainda nos atentarmos de que a Reforma Psiquiátrica Brasileira não está isolada e que, guardando as especificidades do país, se constituiu também através importantes influências de outros projetos em diferentes países, que, apesar de guardarem diferenças apresentaram pontos em comuns. Dentre eles destacam-se, a necessidade tanto de investimentos de recursos financeiros quanto uma firmeza de quem conduz a política na manutenção e clareza dos princípios conceituais e éticos da Reforma Psiquiátrica, que possibilitem a sua efetivação no cuidado e tratamento em liberdade, dignidade e em que se assegure e respeite os direitos humanos dos usuários de saúde mental e também que, mesmo com as diferenças de modelos e propostas, todos eles buscaram diminuir ou prescindir o hospital psiquiátrico como centro do tratamento. Desse modo, Reforma Psiquiátrica Brasileira é influenciada por autores da Europa e Estados Unidos, mas não só, há também uma grande relevância de produções de inúmeros profissionais de saúde mental do país que constroem, no cotidiano das experiências, referências importantes que consideram as condições concretas e objetivas do país.

O que se analisa diante de movimentos anteriores e posteriores da Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira é que esses processos estão circunscritos nos contextos sociais e políticos do país, assim como outros movimentos de outros países também, e sofrem com os reflexos de políticas mais amplas dos governos em relação à constituição de seus sistemas de saúde. A política de saúde no Brasil é, portanto, historicamente marcada por um permanente tensionamento entre as exigências da sociedade na luta e reivindicação por seus direitos e a organização e direção política do Estado. Desse modo,

há municípios e estados que ainda encontram fortes resistências e gestões que insistem em retomar e fortalecer antigos modelos e perspectivas, fazendo, por exemplo, coexistir o hospital psiquiátrico, sucateando a rede substitutiva, ou (re)investindo em modelos ambulatoriais. (p. 68)

Essa afirmação mostra-se ainda mais atual na medida em que analisamos a Nota Técnica de Saúde Mental Nº11/2019, emitida pelo Governo de Jair Bolsonaro, que dentre as mudanças apontadas a serem trabalhadas, inclui na RAPS Hospitais Psiquiátricos, indicando a ampliação de leitos tanto nesses hospitais quanto em Comunidades Terapêuticas; a criação de Unidades Ambulatoriais Especializadas; a criação de um CAPS AD IV; o financiamento de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT); a volta da política de abstinência nos serviços de cuidado relacionados ao uso de álcool e outras drogas; a produção de um tópico dissertando sobre a internação infantil-juvenil entoando a flexibilização destas.

Todos esses pontos indicam o quanto a lógica embrionária da história da loucura, psiquiatria, serviços de saúde e saúde mental no Brasil não foi superada e que hoje mostra as caras através dessa Nota: reatualizada e forte. É e era claro para os militantes da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial que estas caminhavam a passos que foram se lentificando, na luta por uma sociedade sem manicômios, avançamos e também sofremos retrocessos, um tanto quanto dialeticamente.

Isso pode ser exemplificado a partir do Projeto de Lei Paulo Delgado (1989), que proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação de novos leitos da rede privada, bem como instituía a progressiva extinção dos leitos com características manicomiais, que quando virou a lei 10.216/2001 perdeu essas atribuições. Ainda, quantificando, se compararmos os intervalos de 2002, ano após a promulgação da Lei 10.216, e 2007 e de 2007 até 2015, a lentificação fica ainda mais explícita. Os CAPS no primeiro intervalo cresceram em 265%, e no segundo, cresceram em 197%. Já com relação aos leitos em Hospitais Psiquiátricos, no primeiro

intervalo, foram fechados por volta de 13.400 leitos e no segundo, 12.000 (BRASIL, 2007; 2015). Mesmo com a ampliação dos CAPS, os leitos certamente não fecharam com a velocidade necessária ou igual ao início dos movimentos da Reforma.

Esses avanços e retrocessos vão também depender de quem está governando o Estado, Silvio Yasui, em 2010, encerra a discussão de seu livro “Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira” dissertando sobre a impossibilidade de acreditar que uma proposta contra-hegemônica, como a da Reforma Psiquiátrica, possa avançar em gestões politicamente conservadoras. Há um limite ideológico dos protagonistas dessas gestões, que apresentam interesses e visões de mundo diferentes. Diz, ainda, que “a Reforma Psiquiátrica é assim, feita de rupturas e encontros” (p. 180). O momento histórico vai nos mostrando que estamos no lugar da ruptura e, de certa forma, o objetivo desta análise vai se construindo na intenção de que possamos ter clareza a respeito dessa descontinuidade, compreendendo, mesmo que inicialmente, seus mecanismos. Quero acreditar que ela possa ser uma forma de combate para que, no futuro, possamos nos vislumbrar com novos encontros.

Penso que é preciso que entendamos que a Nota Técnica se baseia num conceito de saúde oposto daquele que é defendido a partir dos movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, que não distingue a doença biológica de sofrimento psíquico, voltando seu olhar apenas para a primeira. É essa concepção - de saúde como eliminação de sintoma - que vai nortear toda essa “nova” política e, por isso, a categoria “doença que quer sair dos parênteses: a reafirmação do cuidado focado na doença e não no sujeito” será a primeira a ser analisada.

O título dela se relaciona com o conceito de Basaglia (1982) já discutido, que propõe, justamente, que a doença não seja o que norteará o tratamento. É preciso que nos orientemos a partir da experiência da vida e de sofrimento humano. O que essa pessoa sente? O que faz sentido para ela na vida? Quais seus sonhos; desejos; projetos? O que faz seus olhos brilharem? Pelo que ela sofre? Do que ela diz? Quais as relações que a potencializam? São todos possíveis questionamentos a alguém com uma demanda em saúde mental, que dizem muito mais de quem ela é e de como cuidá-la do que um código do CID (Código Internacional de Doenças) ou um diagnóstico do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Há uma diferença fundamental, portanto, a respeito do que consideramos objeto de intervenção e estudo. Entende-se que para psiquiatria o objeto é um objeto

fictício: a doença. Como se esta pudesse ser algo apenas contido no corpo ou psique de alguém, separada de toda uma existência, toda uma sociedade e toda uma história de vida. Como se toda a proposta do cuidado fosse eliminar um sintoma indesejado. Essa concepção ignora a existência-sofrimento do sujeito e, por isso, a Reforma Psiquiátrica propõe que o nosso objeto de intervenção seja a existência global, complexa e concreta do sujeito e do corpo social como um todo. Assim,

O objeto deixa de ser a doença ou a doença mental como processo natural ou abstrato e converte-se no conjunto de condições concretas de existência da população, seus determinantes nos processos saúde-doença, suas expressões em experiências de sofrimento de sujeitos singulares. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 78)

As autoras Onocko Campos et al. (2012), Borges e Rosa (2018) e Costa e Rosa (2018) afirmam que, mesmo com os muitos avanços da Reforma, não superamos esse paradigma por completo e nos deparamos com ele, por exemplo, pela forma como a medicação é prescrita nos serviços, que se dá de maneira excessiva, acrítica e muitas vezes como único cuidado.

Esse fenômeno vem sendo trabalhado no Brasil na tentativa de modificar esse aspecto ainda não reformulado, através de diversas ferramentas e metodologias, como, por exemplo, o Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM) (Campos, Passos e Palombini, 2014), elaborado no Canadá e adaptado ao Brasil, que busca, justamente, a superação desse modelo biomédico, centralizado na figura do médico. Reflete-se acerca do sofrimento psíquico, relações afetivas, medicamentos, trabalho...sobre a vida, valorizando a possibilidade dos usuários se dizerem acerca de seu tratamento, incluindo a experiência do medicamento.

A introdução de equipamentos de eletroconvulsoterapia no SUS, financiados pelo governo, se coloca na direção oposta à desse movimento proposto pelos trabalhadores, pesquisadores e usuários de saúde mental, como o GGAM e tantos outros. Volta para a ideia de que o que deve ser cuidado é apenas o sintoma, sob a justificativa de que a “assistência em Saúde Mental no SUS deverá seguir as melhores práticas clínicas e as mais robustas e recentes evidências científicas” (BRASIL, 2019, p. 6)

(...) Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas. (BRASIL, 2019, p. 6)

Primeiramente, é basilar que partamos da premissa de que existem diversos tipos de ciências, que partem de princípios éticos diferentes. Dito isso, entende-se que as evidências científicas utilizadas na Nota Técnica para adotar a utilização de equipamentos de eletroconvulsoterapia são as mesmas provenientes de uma ciência que sustentou a Grande Internação (FOUCAULT, 2009) e os antigos hospitais psiquiátricos. Instituições que já fizeram tantas vezes uso de eletrochoques como tratamento e, também, como instrumentos de tortura. Assim foi com Antônio, mais conhecido como Cabo, cuja história foi relatada por Daniela Arbex (2013) e que nunca fora capaz de esquecer do procedimento médico-científico ao qual era submetido.

(...) Por isso, os pesadelos tornavam seu sono sobressaltado e se repetiam noite após noite. Acordava com o suor umedecendo o pijama e sempre com a mesma sensação de terror. Olhava ao redor para ver onde estava e descobria que os eletrochoques com os quais sonhava ainda o mantinham prisioneiro do Colônia. (p. 33)

Ainda, o médico Ronaldo Simões Coelho relata que “a coisa era muito pior do que parece. Havia um total desinteresse pela sorte. Basta dizer que os eletrochoques eram dados indiscriminadamente” (p. 36)

A ciência utilizada para evidenciar que eletrochoques possam ser uma terapêutica possível parte da mesma premissa de saúde/doença que sustentou por tantos anos o Colônia e suas atuações. Pode-se dizer que houveram avanços na prática, como a aplicação de anestésicos e relaxantes musculares, mas que se configuram apenas como a continuidade de uma lógica.

Se mesmo com serviços de saúde engajados com as perspectivas da Reforma Psiquiátrica observamos um fenômeno de prescrição medicamentosa excessiva e acrítica, é extremamente preocupante e difícil de acreditar que a utilização de eletrochoques será apenas em casos necessários - “em casos graves e pacientes refratários de outras abordagens terapêuticas” (BRASIL, 2019, p. 6). E, além disso, será que haverá algum momento em que, na intenção de verdadeiramente cuidar do sofrimento psíquico humano, essa intervenção se colocará como necessária?

Como também já foi discutido em capítulos anteriores, Rotelli (1990) afirma que é a solução para alguma determinada questão que dará nome e forma ao problema. Ao nos encontrarmos com um sujeito em intenso sofrimento psíquico é a forma como cuidamos dele que vai dizer sobre os sentidos e significados desse sofrimento. Quando se apresenta como solução eletrochoques às questões desse sujeito, opera-se fundamentalmente na maneira como ele, sua família, os trabalhadores dos serviços

de saúde e a sociedade como um todo vão se relacionar com os fenômenos da loucura.

E assim vão se estabelecendo lógicas que afirmam e reafirmam que o que se manifesta enquanto loucura não cabe na sociedade. Para os loucos não tão loucos - os que podem ser produtivos - dá-se os remédios e, para aqueles muito loucos, eletrochoques. Ignora-se que as formas com que se pretende tratar podem produzir intenso sofrimento, por vezes, muito mais do que os sintomas que se deseja eliminar. Esse tratamento é um tratamento que, no final, atende aos desejos de um sistema que não se implica e não quer se implicar com acolhimento e cuidado das singularidades de pessoas e que apenas deseja eliminar sintomatologias. Para isso, segundo o documento do CFP, para Oliveira Silva (2009), moldam-se “de forma reducionista os fenômenos sobre os quais pretende intervir, de modo a submetê-los às conveniências protocolares das instituições.” (p. 81)

O trabalho com saúde mental não deve ser esse, pelo contrário, deve ser um trabalho que se propõe a olhar para todas essas manifestações, compreender seus sentidos e, de maneira conjunta, produzir subjetividades. Subjetividades estas que não precisam ser alinhadas a modos de ser e existir domesticados socialmente e, na realidade, podem e devem ser inconformadas.

(...) Inconformadas no sentido da recusa à reprodução apática, homogênea e pasteurizada imposta pela sociedade moderna, por suas formas de controle, pela organização de suas relações de trabalho e pelos processos de sustentação do modo de produção vigente. Subjetividade é processo vivido e tecido a longo da trajetória do sujeito. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 82)

Nesse sentido, o documento do CFP também vai afirmar que, como trabalhadores de saúde mental, antes de produzirmos intervenções técnicas, devemos disponibilizar acolhimento e fornecer suporte à “travessia que o outro deve construir em suas experiências como sujeito humano” (p. 82). Por mais que existam diversas maneiras que possam produzir contorno ao sofrimento e que elas podem incluir a necessidade de se cuidar de determinado sintoma com o auxílio de medicamentos, por exemplo, a implementação e financiamento de equipamentos de ECT é altamente preocupante, perigosa e segue uma lógica reducionista.

Além disso, nesse mesmo sentido, a política agora é a de incentivo aos serviços ambulatoriais.

(...) o atendimento Ambulatorial também passa a ser incentivado. Vale lembrar que esta modalidade é fundamental para o adequado atendimento da demanda reprimida de pessoas com transtornos mentais mais comuns e

prevalentes, que não se encaixam na atenção básica e que não necessitam de um serviço de reabilitação como os CAPS (BRASIL, 2019, p. 4)

Os ambulatórios, no que diz respeito à organização dos serviços do SUS, fazem parte da categoria de atenção secundária, assim como os CAPSs. Isso significa que ambos os serviços apresentam densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN et al., 2013).

Os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, surgiram na década de 20, em uma proposta de prevenção de transtornos mentais na população. Nesse sentido, objetivava-se uma atuação da psiquiatria mais próxima da comunidade, “na perspectiva de normalização social, da eugenia, do exercício de uma vigília, do controle dos imigrantes e dos matrimônios, na tentativa de evitar uma deterioração hereditária” (SEVERO e DIMENSTEIN, 2011, p. 643).

Severo e Dimenstein (2011), a partir de Goulart (2006) e Santos (2007), discutem que, embora a partir da década de 80 tenha havido movimentos que buscaram reformular essa concepção, eles não foram exitosos e o que se observou foi um aumento da procura dos serviços ambulatoriais pela população desejando receitas medicamentosas e de psicotrópicos, havendo, inclusive, um aumento da distorção das demandas. Ainda, apontou-se para uma “manutenção do ciclo crise-internação-alta-crise-reinternação pela falta de uma política assistencial que delimitasse o funcionamento dos ambulatórios e pela falta de capacitação dos profissionais de saúde mental” (p. 643). Desse modo, a proposta de ambulatorização não se colocava visando a superação de efeitos negativos do manicômio, tais como cronificação e estigmatização dos sujeitos em sofrimento e o imperativo do saber médico, que resulta em um serviço que cronifica a população assistida e eleva o consumo de medicamentos psicotrópicos.

Embora o atendimento ambulatorial possa ter a sua potência e demanda (DAMOUS e ERLICH, 2017), é preciso que nos atentemos a maneira como ele vem funcionando e, principalmente, o que sustenta esse modo de funcionar e quais suas consequências. Para além disso, é preciso compreender em que situações e contextos essas demandas e potências nos parecem adequadas.

Há diversas contradições quando o Ministério da Saúde estabelece esse incentivo ao atendimento ambulatorial. A começar pelo fato de que se criam Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), compostas “por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, que devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio da realização de consultas e psicoterapia” (BRASIL, 2019, p. 19), visando “ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade” (BRASIL, 2019, p. 19) e que, nessa perspectiva ela é incluída na RAPS, no entanto, o mesmo documento diz que “em que pese o financiamento do atendimento Ambulatorial, por meio das AMENTs, vale ressaltar que quaisquer Unidades Ambulatoriais, contando ou não com essas Equipes, fazem parte da RAPS, devendo ser consideradas e tratadas dessa maneira” (BRASIL, 2019, p. 19).

Desse modo, cria-se uma equipe especializada para atender às demandas de saúde mental nos serviços ambulatoriais e, de certa forma, apoiá-los e justificá-los, que são incluídos em uma Rede de Atenção Psicossocial, mas, mesmo que essa equipe não exista, os ambulatórios farão parte dos serviços dessa rede.

Ainda, outra contradição é referente ao fato de se colocar que “O Ministério da Saúde não apoiará o fechamento de Ambulatórios, pois são serviços que não concorrem com os CAPS, na medida em que fornecem assistência a pacientes com necessidades distintas” (BRASIL, 2019, p.4), mas que, por outro lado, “Municípios de pequeno porte e que apresentem dificuldades de implantação e manutenção da estrutura de um CAPS I, incluindo questões relacionadas ao RH, podem optar por uma equipe AMENT” (BRASIL, 2019, p. 19). Assim, afirma-se que os serviços não concorrem entre si, já que atenderem a demandas distintas, mas que, concomitantemente, um município, por questão de recursos humanos, poderá optar pela substituição de uma equipe elaborada para compor um serviço específico por outra. Restar-nos-iam pensar se uma questão de RH poderia ser uma justificativa suficiente para a escolha da implementação de uma equipe de saúde mental em detrimento de outra.

Ainda, como é de se esperar, a política não estabelece nenhuma solução para o que foi problematizado a respeito do atendimento ambulatorial. Observamos uma grave demanda de medicalização que chega para os serviços da Atenção Básica (BORGES e ROSA, 2018) (COSTA e ROSA, 2018) e que, provavelmente tenderia a

piorar, dado que a perspectiva é de um cuidado apenas sintomatológico. A própria ausência de menção da Atenção Básica visando uma política de efetiva promoção de saúde mental corrobora e é um analisador para esse entendimento. Esta é referenciada basicamente apenas para defender a inclusão do atendimento ambulatorial:

Vale lembrar que esta modalidade é fundamental para o adequado atendimento da demanda reprimida de pessoas com transtornos mentais mais comuns e prevalentes, que não se encaixam na atenção básica e que não necessitam de um serviço de reabilitação como os CAPS (BRASIL, 2019, p. 4)

Rosa (2016), defende que a AB, embora, a princípio, seja entendida na política enquanto modalidade de baixa complexidade, ela é altamente complexa, na medida em que

cabe a este nível de atenção, ao acompanhar no território a população atendida, coordenar e organizar as ações de saúde desenvolvidas para essa população diante de suas demandas de forma longitudinal. Nesse sentido, entendemos que deve a Atenção Básica desempenhar um papel estratégico na atenção em saúde mental. (p. 126)

Isso porque cabe a ela articular um cuidado que vise e garanta o princípio da integralidade. Este pode ser entendido enquanto mais do que uma diretriz e sim como uma “bandeira de luta”, que visa uma sociedade mais justa e solidária. Dentre as muitas noções que esse conceito engloba, um deles seria justamente a de medicina integral, que critica posições reducionistas e biologizantes dos usuários do serviço (MARTELLA, ALMEIDA E RIZZI, 2016). Assim, no contato com o usuário, território, comunidade, com as famílias e com as muitas relações que se atravessam e entrecruzam os processos saúde-doença, possíveis apenas através dessa modalidade de serviço, é que se pode produzir reais transformações no cuidado e no convívio da sociedade com a loucura

Dito de outro modo, se objetivamos com a Reforma Psiquiátrica produzir transformação na vida das pessoas e na relação da sociedade com a loucura, as equipes da Atenção Básica estão efetivamente mais próximas de onde essa vida acontece e de onde esse encontro se realiza. Não obstante, estão elas muitas vezes mais distantes das demandas e dos cuidados de saúde mental ofertados para a população e tomadas por muitas dificuldades para poder conduzi-los. (ROSA, 2016, p. 126-127)

Ainda, Rosa (2016), a partir de Cecilio (2012), trabalha que, uma efetivação e investimento na Atenção Básica, inclusive, propiciaria uma drástica redução de demandas à prontos-socorros e à serviços de especialistas. A autora também trabalha

que a AB apresenta uma série de desafios devido a sua complexidade e concretude, no entanto, o que vamos entendendo até aqui é que, na realidade, visando a integralidade do cuidado, bem como uma atenção de fato psicossocial, o investimento deveria ser na Atenção Básica e não em mais um serviço de especialidades, inclusive, porque o investimento dela diminuiria a demanda por ambulatórios, por exemplo.

A AB sendo entendida enquanto porta de entrada de todos os usuários na rede de serviço deveria comportar os usuários que não são demandas de CAPS. Essa equipe AMENT poderia ser alocada nas UBSs, por exemplo, visando dar suporte para esses casos “intermediários” que não estão sendo apoiados e alcançados.

O pouco caso que essas novas diretrizes dão à Atenção Básica, bem como o financiamento de equipes e serviços para o cuidado especializado, mais uma vez, reforçam e reiteram a perspectiva de saúde-doença que é adotada, a de um modelo asilar, focado apenas em sintomas.

Essa concepção nos leva a mais um importante analisador, que será a segunda categoria de análise a ser trabalhada, pois a partir disso é entendido e reforçado no que a Nota, e quem a elaborou, acredita: internações e instituições asilares como principal, ou até mesmo única, estratégia de “cuidado”.

Com isso institui-se novamente a ampliação de leitos em Hospitais Psiquiátricos, aumentando o repasse para os mesmos, bem como a inclusão de Comunidades Terapêuticas (CTs) na RAPS, financiando-as.

O Ministério da Saúde passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. Além disso, após nove anos, o valor pago pelas internações em Hospitais Psiquiátricos foi atualizado, medida que visa garantir atendimento adequado nas internações indicadas. O Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes. (BRASIL, 2019, p. 4)

e

Sobre as Comunidades Terapêuticas, de apoio à recuperação de usuários de drogas, foi criado um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, para estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços (Brasil, 2019, p. 5)

Não me deterei a uma análise das Comunidades Terapêuticas em específico por acreditar que olhar para as suas especificidades com atenção exigiria um trabalho a parte. Penso que, no que diz respeito a esta pesquisa e análise, a inclusão destas na RAPS segue a mesma lógica da ampliação de leitos em Hospitais Psiquiátricos.

É importante entendermos que o período de tempo em que não houve aumento do repasse para os Hospitais Psiquiátricos data de 2001, ano em que foi instituída a

lei 10.2016, em que se prioriza o investimento nos serviços que visam substituir os manicômios, tal como o CAPS.

Ainda a Nota, em dois momentos, equipara o conceito de desinstitucionalização como desospitalização: “(...) mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos)” (BRASIL, 2019, p. 8) e como desassistência:

A diretriz adotada por esta Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde é no sentido de qualificar os Hospitais Psiquiátricos remanescentes para que recebam novos pacientes com e não que fechem as portas às demandas da população, piorando ainda mais desassistência, que vinha aumentando nessa área nos últimos anos. (BRASIL, 2019, p. 23)

Paulo Amarante (1996) analisa essas duas concepções. Sobre a primeira, entende-se que ela surge nos EUA, a partir do Plano de Saúde Mental do governo Kennedy, que previa um conjunto de medidas de desospitalização. A questão com essa concepção, que é adotada também pela Nota Técnica, é a de que, apesar de exercer uma crítica acerca da centralidade da assistência hospitalar, não faz o mesmo em relação aos saberes da psiquiatria tradicional, que sustentam a lógica manicomial. Assim, a partir dessa compreensão não se questiona a raiz da falência do sistema psiquiátrico, ela é justificada apenas por uma má condução e aplicação desta.

Desse modo, essa medida estaria muito mais aliada a uma questão administrativa, visando a redução de gastos, do que para uma real intenção de transformar as concepções que sustentam as instituições psiquiátricas. Amarante (1996) afirma que nessa versão de desinstitucionalização há, ainda, uma ampliação do território psiquiátrico, por haver um alargamento do conceito de doença, que passa a abranger todos os tipos de desvio, desajustamento e mal-estar social. Claramente, o que se produziu e produzirá com esse entendimento é um efeito rebote, isto é, um aumento da demanda hospitalar, na medida em que criam-se diversos novos serviços, especialidades e técnicas, que aumentam o número de pessoas assistidas e de possibilidades de intervenções, sem que os resultados terapêuticos sejam correspondentes.

O autor define essa lógica como preventiva, voltando-se para a cura e reabilitação e não para a promoção de saúde, como é defendido pelas diretrizes do SUS, por exemplo. Assim, a partir de simples frases e conceituações, vamos

entendendo as costuras de uma lógica já conhecida pela qual essa “nova” política opera,

(...) O saber e as práticas psiquiátricas operadas nesse modelo seriam exatamente as mesmas da psiquiatria tradicional, sendo simplesmente adequadas aos novos propósitos. Em resumo, numa análise de maior profundidade, trata-se do mesmo projeto tradicional que aspira ora sua revivescência, ora sua “atualização” (...) (AMARANTE, 1996, p. 17)

Seguindo esse sentido, a segunda concepção é utilizada por aqueles que se colocam em oposição à uma real desinstitucionalização, ou seja, ao desmonte dos saberes da psiquiatria tradicional. Amarante (1996) separa os contrários à esse desmonte em duas categorias: aqueles que são conservadores e, naturalmente, vão se opor a toda e qualquer ampliação de direitos e igualdade aos setores entendidos enquanto minorias e aqueles que têm interesses econômicos e políticos específicos na organização da psiquiatria tal qual como ela era, como a indústria farmacêutica, a corporação psiquiátrica e os empresários de hospitais psiquiátricos. “Estes, muitas vezes, não sabem ou não pretendem saber o que significa a desinstitucionalização; contudo, opõem-se a ela pelo risco que pode representar aos seus interesses constituídos, e tão somente sobre estes seus argumentos são construídos” (AMARANTE, 1996, p. 19)

De 1996 até 2019 é necessário que atualizemos o debate. Com o golpe de Estado de 2016, em que a então presidenta eleita Dilma Rousseff sofre um processo de impeachment, as políticas de saúde são impactadas com as tensões decorrentes de disputas de classe, tornando-se instrumentos destas. A partir do governo de Michel Temer, houve um crescente na apropriação dos serviços de saúde pelo capital privado, seja em sua totalidade, ou em parcerias público-privadas (COSTA, MÉLLO e NOGUEIRA, 2018). Esse projeto tem continuidade no governo de Jair Bolsonaro, que define como ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta, que foi presidente da cooperativa de médicos Unimed em 2001⁶, uma empresa privada de planos de saúde e que, por consequência, se alinha em suas medidas à defesa dos interesses do capital privado.

Ainda, entende-se que o argumento que alia desinstitucionalização com desassistência é desonesto e utilizado de má-fé. Os sujeitos desinstitucionalizados não foram e não são jogados à própria sorte, pelo contrário, foram construídos e

⁶ Disponível em < <http://portalms.saude.gov.br/o-ministro>>

elaborados serviços substitutivos baseados nos ideais da Reforma Psiquiátrica, que visam fornecer a assistência e cuidados necessários aos usuários do serviço. Além disso, partem de uma premissa fundamental: o reconhecimento e a sustentação de que todo e qualquer indivíduo tem autonomia para decidir sobre si. Desinstitucionalização como é entendida pela Reforma tem, na realidade, um caráter de crítica ao saber psiquiátrico e a como ele foi se constituindo até então. Amarante (1996) define o termo mais precisamente como “desconstrução” que, como pudemos discutir até aqui, encontra fortes resistências e questionamentos. Como pontua o documento do CFP (2013):

(...) é preciso lembrar que como processo em curso, a prática dos CAPS e a ética libertária da reforma psiquiátrica convivem e se defrontam, cotidianamente, com os mitos da incapacidade, periculosidade, com os mandatos de tutela e exclusão, ou seja, com a lógica manicomial que interpela a Reforma Psiquiátrica e os CAPS na validade de sua resposta, mesmo frente à sensível inovação de sua prática e seus efeitos transformadores. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 99)

Observamos o recrudescimento desse fenômeno. O atual governo anuncia um aumento do tensionamento que essa contradição estabelece, agora concretizada novamente através da inclusão de Hospitais Psiquiátricos como parte dos serviços que compõem a RAPS. Ao privilegiá-los com repasse financeiro, ao invés de continuar investindo toda essa parcela de financiamento para os serviços substitutivos, faz-se conviver duas lógicas que são absolutamente opostas e imiscíveis. Assim, a partir dessa diretriz,

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza (BRASIL, 2019, p. 3)

É importante frisar que a denominação “substitutivo” se dá justamente porque eles visam substituir a ideologia que baseia e sustenta as instituições psiquiátricas em sua atuação. Essa diretriz vai completamente contra todos os movimentos pioneiros da Reforma Psiquiátrica e contra o que foi estabelecido na Carta de Bauru, que previa uma radicalização do movimento, na intenção de transformar a relação da sociedade com a loucura, superando o modelo asilar. A própria existência do CAPS, então, carrega em sua essência a negação de um paradigma de cuidado pela criação e construção diária de um outro.

O governo coloca obstáculos para o pleno desenvolvimento dos serviços substitutivos, sucateando-os ao colocar um serviço concorrente ao financiamento e,

não só isso, estabelece que ele vai desincentivar e exercer o controle acerca do fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos. Assim, mesmo que caso fechem, não há uma garantia de para qual serviço seria encaminhado o dinheiro que os financiavam.

Em caso de fechamento ou descredenciamento de tais Serviços (mesmo contrariando as novas diretrizes do Ministério da Saúde), o Ministério deve ser notificado e aprovar a nova destinação deste recurso federal, que deverá ser aplicado necessariamente na RAPS. No entanto, a partir da nova normativa, o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento (BRASIL, 2019, p. 21)

Além de atuar ainda mais ativamente na perpetuação do modelo manicomial, é também o facilitador do aumento da gama da população que poderá ser internada nesses locais, como crianças e adolescentes. Ao afirmar que “Não há restrições absolutas para o atendimento de pacientes menores de idade nos Serviços da RAPS, sendo aplicável o bom-senso, a ética e o princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente” (BRASIL, 2019, p. 24) e incluir os Hospitais Psiquiátricos na RAPS, possibilita a internação de crianças e adolescentes, ferindo diversos artigos previsto no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) (Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990).

Segundo o Art. 15 do Estatuto, a criança e o adolescente têm direito à liberdade e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento; o Art. 16 especifica o que seria direito à liberdade, incluindo o direito de ir, vir e estar nos espaços comunitários e participar da vida familiar e comunitária, aspecto assegurado, ainda, no Art. 19, que dispõe sobre o direito de toda a criança e adolescente de ser criado e educado no seio de sua família (BRASIL, 1990). Toda a criança e adolescente tem direito, portanto, do cuidado em liberdade, junto a sua família e podendo ir e vir. Direitos estes que são todos violados quando estas são internadas em instituições psiquiátricas totais, inclusive, sem que se estabeleça uma previsão de desinternação.

Além disso, o Art. 17. pressupõe a inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (BRASIL, 1990). Desse modo, toda a criança e adolescente tem direito inviolável a desenvolver-se com autonomia. Se entendermos este conceito como a possibilidades desses sujeitos serem autores e atores de suas histórias (PETRONI e SOUZA, 2010), observamos que mais uma infração grave acontece quando as

internamos. O impedimento da liberdade de ir, vir, ser e estar em comunidade, de nada oferece a abertura para um processo de construção da vida desses sujeitos como seus atores e autores principais, pelo contrário, a partir disso, as suas participações se tornam menores do que o de meros coadjuvantes de suas próprias vidas.

E não só para crianças e adolescentes, a liberdade e possibilidade de autonomia é um direito de todo o cidadão. Segundo o documento do CFP a liberdade, é inclusive, o ponto de partida da clínica para a Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, para a implementação de um modelo psicossocial. É necessário que o sujeito seja livre para decidir quando e porque tratar-se e que esse tratamento não seja isolado, ponto esse que garante subjetividade e cidadania. Se a ideia de cuidado é potencializar o sujeito a encontrar novos recursos para conduzir suas experiências de vida, é indispensável que este seja feito em conjunto da comunidade, da cidade, das ruas, da família e amigos, buscando o fortalecimento ou a reconstrução das redes e laços que sustentam a vida de cada um.

A política de saúde mental proposta pelo governo, no entanto, não reitera esse aspecto como fundamental nem aos serviços da rede substitutiva, ao detalhar sobre os SRTs, diz que “estas unidades **não necessitam** ser células isoladas, periféricas” (BRASIL, 2019, p. 25) (Grifo nosso). Ao colocar dessa maneira, dá-se a entender que o cuidado na cidade e em comunidade é praticamente uma exceção, não se prioriza em nenhum momento o dever de que esses serviços não sejam isolados. O CAPS, assim como as SRTs possuem não só a missão de serem lugares de cuidado e sociabilidade, como também a de serem convívio da cidade com a loucura que a habita.

É preciso que a cidade seja o exato local em que a loucura deveria estar, inclusive para que se reafirme a cidadania dos ditos loucos. Cidadania esta que, como já contextualizado, foi retirada legislativamente em 1934. Dessa forma, há, ao menos oficialmente, 85 anos o Estado começa então uma dívida com todos os sujeitos loucos, a de se implicar e implicar toda uma sociedade com aqueles que se encontram em sofrimento psíquico, com a reformulação de toda uma ideologia que sustenta que uns são menos cidadãos que outros, que uns merecem menos estar em convívio social do que outros.

Com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e a reformulação dos serviços de saúde mental, nos propusemos a reparar, mesmo que inicialmente, essa dívida.

Porém, quando se escreve sobre a “não necessidade” de que a cidade comporte a loucura, vamos entendendo que essa política da Nota Técnica Nº 11/2019 escolhe que, pelo contrário, apenas a engordarão mais.

É importante que se compreenda que cidadania não é fazer do louco um sujeito de razão, mas entendê-la como um espaço de pluralidade, de convívio entre diferentes, de realização de trocas simbólicas e culturais. É um campo de produção de possibilidades de encontros, conexões e questionamento de preconceitos, afinal, “a universalidade do acesso aos direitos deve comportar as singularidades” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 85)

O retorno a essa lógica reducionista, de exclusão e manicomial, tem como significado o higienismo dessa “nova” política de saúde mental, terceira e última categoria a ser analisada, e, para discutirmos sobre esse aspecto, é necessário que situemos brevemente o cenário socioeconômico do Brasil.

Vamos entendendo a partir de Rocha (2012), que o país, por mais que, por um lado, tenha tido aspectos de desenvolvimento socioeconômico desde 2003, por outro, esses mesmos aspectos podem ser apreendidos como um “desenvolvimento do subdesenvolvimento”. Esse entendimento é dado a partir da ideia de que o Brasil e o conjunto da América Latina possuem especificidades em sua história que são intrínsecas ao fato de serem subjugados aos países mais ricos. Como sabemos, ser um país rico implica em diversos privilégios e influências na ordem mundial, um deles é a possibilidade de definir quais são os parâmetros de desenvolvimento e subdesenvolvimento, que refletem interesses deles próprios e excluem as singularidades constitutivas dos países entendidos enquanto “em desenvolvimento”.

A autora defende que é a partir desse processo de dependência que a modernização capitalista no Brasil e na América Latina encontra no século XXI uma “intensificação brutal da concentração da renda, riqueza e propriedade, ao lado da privatização contínua do poder político e do encastelamento dos esquemas ideológicos especialmente reeditados(...)” (ROCHA, 2012, p. 348).

Atualmente, em 2019, observamos reflexos dessas concepções ainda mais intensos. Segundo dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (Ibre/FGV), até o segundo trimestre de 2018, havia 11,2% da população abaixo da linha da pobreza, isto é, 23,3 milhões de pessoas vivem com uma renda mensal abaixo de R\$232,00. A miséria subiu 33% nos últimos quatro anos, adicionando 6,3 milhões ao mapa da pobreza. A análise é de que houve quase quatro

anos consecutivos de aumento na concentração de renda e, por consequência, aumento da desigualdade social. Finalizando o quarto trimestre de 2018, temos que a desigualdade social se agrava ainda mais, é tida como a maior desde os últimos 7 anos, calculada pelo índice de Gini.

Esses dados são entrelaçados com o de índice de desemprego, segundo a pesquisa da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) e do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), o índice de desemprego em março de 2019 chegou ao patamar de 16,1%, atingindo um total de 1,772 milhão de pessoas, considerando tanto o desemprego aberto, incluindo pessoas que procuram por um emprego nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, quanto desemprego oculto, referente a pessoas que exercem trabalhos precários, bicos, ou que desistiram de procurar por um emprego.

A partir dos dados vamos entendendo que a atualidade se apresenta como um período de crise e transformações econômicas e sociais, que, por sua vez, culminam na produção de sujeitos entendidos enquanto desviantes. Desvios que são produzidos pelo sistema capitalista e que o próprio sistema encontra formas de excluir. Em períodos de crise do capital essa exclusão se agrava ainda mais, na medida em que é comum ascender ao poder governos notadamente conservadores, que visam a manutenção do sistema político existente e de seus modos de funcionamento (YASUI, 2010), como o de Jair Bolsonaro.

Dentre as formas de marginalização do desvio, tem-se a criação de uma instituição para loucos que “é basicamente a criação de um espaço político do desvio; desvio do comportamento, depois da atitude, do desejo e até da fantasia” (LUZ, 1994, p. 89). A preocupação pela criação desses espaços, como já discutimos anteriormente, é datada do século XIX, momento em que uma parte do Estado brasileiro está passando por um processo de urbanização, industrialização e agravamento dos problemas sociais, centradas principalmente nos centros portuários, mais especificamente o Rio de Janeiro. A justificativa é dada tanto pela dimensão econômica, garantindo o bom andamento das exportações, quanto pela dimensão política, preservando da doença as sedes de poder e, assim, garantindo o equilíbrio do Estado. Desse modo, criou-se um sistema de controle da situação. (LUZ, 1994)

Luz (1994) faz uma discussão interessante, na medida em que vai entendendo que a preocupação com a loucura só é dada porque esta pode atingir, mesmo que em proporções absolutamente desiguais, todas as classes sociais. Para alguns ela é

apenas ameaça e para outros, uma maioria, ela é uma certeza que persegue. E se essa maioria não transbordasse, não escapasse dos locais escuros, inóspitos e escondidos e não atingisse setores sociais inteiros, o Estado nada faria, mas ela sai e, por isso, há uma resposta institucional.

(...) depois de 1870, os loucos também, como os criminosos, os aleijados, doentes, mendigos, negros, escravos ou não, infestam as ruas, tornando-se sombrias, inseguras, incertas pelos comportamentos e atitudes inesperadas que essa multidão andrajosa pode tomar.

Sem falar neste nascente operariado obscuro, amontoado em cortiços, casas de cômodos e malocas, armazenando em si, pronto para disseminá-los, os germes da doença e da morte, e, no entanto, necessário para movimentar as alavancas da indústria. (LUZ, 1994, p. 91)

Assim, essa institucionalização procura dar uma resposta às “desordens mentais”, que incluem o contingente de desempregados da cidade (ex-escravos ou brancos empobrecidos), entendidos enquanto diversas categorias. Ao colocá-los todos num mesmo balaio, sob o comando de uma mesma instituição, ignoram-se os determinantes sociais da loucura. Por que essas pessoas adoeceram? Por que devem ser confinadas neste local? Como cuidar de cada sofrimento? A preocupação, certamente, nunca fora com o louco e sim com a loucura, com aquilo que, dada a nova ordem social, não se encaixa. São apenas resíduos improdutivos e ameaçadores, transformados agora em uma população que, sob a lente da Ciência, merece um olhar compadecido do Estado. Assim, acirram-se as lutas entre as instituições carcerárias e médicas, instituições forjadas para a exclusão dos desencaminhados. Daí decorre a afirmação de que a loucura é antes de tudo, construção política e teórica, institucional e científica.

Dessa maneira seguem por quase meio século as instituições de políticas de saúde sanitárias, procurando combater, no espaço urbano, epidemias e vícios e, também, reorganizar o espaço dos amontoados dos pobres. Logicamente, em uma lógica um tanto similar ao “Ensaio sobre a cegueira”, de José Saramago (1995), de nada adianta confinar as pessoas dessa maneira, lá fora muitos outros começam a cegar e, na realidade do Brasil do século XX, os índices de loucura e criminalidade continuam a crescer.

A Psiquiatria mesmo assim persiste em desempenhar seu papel normalizador, tentando encontrar relações entre o que diferente do que os que têm poder estabeleceram como norma social. “Mas os Psiquiatras não descansam de seu lado;

procuram as ligações entre a loucura, o crime e a hereditariedade. Em breve estabelecerão ligações entre raça, crime e loucura.” (LUZ, 1994, p. 93).

O documento do CFP corrobora para essa afirmação através dos relatos dos prontuários do Juquery, um dos primeiros hospitais psiquiátricos da primeira metade do século XX, em que os critérios para internação estavam também nas expressões culturais ou físicas de uma própria raça. O prontuário de Maria José, de 22 anos, negra e internada em 13-03-1920, testemunha isso: “Os estigmas de degeneração física que apresenta são os comuns de sua raça: lábios grossos, nariz esborrachado, seios enormes, pés chatos.” (p.79/80)

Diante dessa necessidade de estabelecer ligações, nas mais diversas tentativas, infelizmente, a psiquiatria não encontra os germes físicos da loucura, mas conhece os germes morais. E para estes, o que se necessita enquanto medida profilática, é de que outras instituições ensinem e eduquem a população, tais como trabalho, família, escola. Caso elas sejam insuficientes, lá estará o hospício com a função de reformar os transviados.

A loucura e as políticas de saúde são estruturadas, dessa forma, sobre uma lógica higienista, de uma exclusão arraigada no sistema do capital. Em uma última análise, que permanece atual, de Luz (1994),

As condições de vida econômica, social, política e moral são selvagens, como o são em todas as sociedades sob o desencadear-se do industrialismo capitalista. Convém talvez perguntar se depois melhoram. Não parece. A cada novo patamar de acumulação, as mesmas condições se repetem; com as novidades apontadas pelo tempo e pela tecnologia, é verdade, mas o sofrimento desses segmentos tem sido o mesmo. (LUZ, 1994, p. 93)

E, de fato, não melhoram. Como trabalhamos anteriormente, o período da Ditadura Militar, por onde se ancora a análise de Luz (1994)⁷, foi consequência de uma série de determinações produzidas e produtoras de uma reedição do fenômeno de psiquiatrização de problemas sociais. Hoje observamos ainda uma nova reedição. As transformações econômico sociais da atualidade continuam a culminar em uma produção desenfreada de desigualdade, observada a partir de um enorme contingente de pessoas que não consegue se incluir no sistema pelo que seria “básico” ao capitalismo que é o trabalho. Pessoas que também não conseguem se incluir por serem negras, por exemplo, dada uma questão estrutural de um Estado que nasce sob racismo, ou mesmo pela garantia de moradia.

⁷ Cabe destacar que o texto original de Luz (1994) foi publicado em 1980.

A Nota técnica de saúde mental é tratada novamente à risca dessa lógica de política do higienismo quando diz que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) “também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns.” (BRASIL, 2019, p. 4) e que “(...) houve migração considerável de doentes mentais graves para a população prisional, sendo as cadeias o maior manicômio do Brasil na atualidade.” (BRASIL, 2019, p. 5), justificando que esse cenário é

(...) fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das cracolândias, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica” (p. 5) (Grifo nosso)

Da primeira de muitas possíveis análises desses trechos, primeiramente indagado: quem são as pessoas hoje privadas de liberdade no Brasil? Como é o sistema penitenciário brasileiro?

Segundo dados do Infopen (2016), 80% das pessoas estão em privação de liberdade, sendo que destas, metade não foi julgada ou condenada. 64% da população carcerária é negra, enquanto negros representam 53% da população brasileira como um todo. 75% da população prisional ainda não acessou o ensino médio, tendo concluído, no máximo, o ensino fundamental e a maior parte dos delitos são referentes a tráfico, roubo e furtos. Paralelo a isso, segundo análises do IBGE de 2018, pretos e pardos são a maior parcela da população cujo desemprego aumentou. A população prisional é então preta, pobre, sem escolarização e comete a maior parte dos crimes como estratégia de sobrevivência frente a miséria que se coloca em suas vidas. O que observamos se refere a fenômenos de criminalização da pobreza e racismo institucional (GOIZ, 2016). A institucionalização é operada por aspectos da lógica de desvio daqueles que foram asilados desde os primeiros Hospitais Psiquiátricos: pobreza e raça/cor.

A Nota atesta isso claramente ao comparar presídios com manicômios, comprovando seu higienismo. 40% das pessoas privadas de liberdade não foram

julgadas e estão encarceradas mesmo assim. Quando finalmente saírem do sistema prisional, provavelmente estarão adoecidas e, assim, mais uma vez, serão institucionalizadas. Estarão adoecidas não porque o sujeito que foi preso já era entendido enquanto louco e este louco é perigoso, mas porque o sistema prisional brasileiro é adoecedor. As condições de superlotação, das celas, ociosidade, má alimentação, configuram condições que causam sofrimento à população, sendo assim, a questão de saúde mental não está no sujeito que comete o crime e sim em todo um sistema de justiça e penitenciário que precisa ser repensado. “Na forma como está constituído, o sistema prisional, frequentemente, contribui para o aprofundamento das múltiplas exclusões vivenciadas pelos reclusos antes do encarceramento.” (CONSTANTINO, ASSIS e PINTO, 2016, p. 2097). Dessa forma, a questão não está na forma como a política anterior de saúde mental estava sendo conduzida e sim em uma sociedade e em um sistema que produz exclusão e adocece a muitos.

Indo adiante, sobre as populações em situação de rua, entendo que é colocada de maneira dúbia a questão das vagas para essa população nos SRTs. Estes já permitiam o ingresso de pessoas que compõem essa população e que estivessem em sofrimento psíquico grave, desde que fossem acompanhadas por um CAPS, de modo que essa possibilidade não é de toda nova. No entanto, nos resta questionar se essas premissas permanecem ou se são eliminadas.

Caso não se necessite mais de nenhuma dessas premissa - e provavelmente não se necessitará -, em mais uma situação veremos mais um artifício para excluir do espaço das ruas e das cidades aqueles que já são excluídos na medida em que não possuem um direito básico de existência, que é a moradia. Um estudo feito pela Fundação João Pinheiro (2007/2008), revela que 22 milhões de pessoas não têm casa para morar (BOULOS, 2012). A questão da moradia transcende as questões de saúde mental, é uma questão social, que pertence à cidade como um todo e não, à princípio, às instituições de saúde mental. Essa medida nos mostra que é preferível ao Estado aumentar as vagas em serviços de saúde mental do que investir em políticas nacionais de habitação, o que falsamente traria uma ilusão de que há menos pessoas em situações de rua, sem que se precise aumentar os gastos e sucateando os serviços de SRTs. Mais uma vez, persiste a ideia do manicômio; da instituição que entulha sujeitos desencaixados.

Além disso, as condições sociais que permeiam a vida dos sujeitos que são privados de liberdade ou em situação de rua se entrelaçam com a daqueles que são

usuários de crack e que movimentam as cenas de fluxo, chamadas de cracolândias. As drogas e substâncias psicoativas sempre foram usadas ao longo da história em diferentes culturas e sociedades, a percepção acerca delas é então um fenômeno social envolto em um contexto sociocultural, o que nos permite compreender que nem sempre determinadas substâncias foram enxergadas como causadora de problemas (ANDRADE, ALVES e BASSANI, 2018, p. 438). Atualmente alguns usos, como o crack, se relacionam com situações de vulnerabilidade social, principalmente para classes com baixo poder aquisitivo. “Considera-se que ampla parcela da sociedade [que faz uso de substâncias psicoativas] vive permanentemente ameaçada pela instabilidade de suas condições de vida e pela exclusão social.” (ALMEIDA et al., 2018, p. 746). O uso de crack é feito, em grande parte, por uma população específica, a mesma que é presa, ou que está em situação de rua.

Ele, de fato, traz sérios impactos e precisa ser cuidado como uma questão de saúde pública, no entanto, a presença do fator classe social ecoa nos sentidos atribuídos pela sociedade ao uso de cada uma das substâncias. É só pensarmos que o crack não é quimicamente distinto da cocaína, por exemplo, mas há diferença da população que consome cada uma dessas substâncias. Ou que as consequências do uso dependem das condições de vida do usuário e de suas possibilidades de realizar um consumo menos danoso, como ao utilizar certos tipos de cachimbo, que normalmente são menos acessíveis. Ou, ainda que um estudo longitudinal em São Paulo revelou que a maior parte das mortes relacionadas ao uso de crack é encontrada entre as camadas mais pobres e são mais relacionadas a fatores externos (e sociais), como assassinatos e doenças infecciosas, do que a overdose. (ALARCON, 2014)

Não é coincidência portanto, ou melhor, não é apenas por esse motivo que o crack é a droga mais condenada. Não é à toa também que a Nota anuncia a criação de um novo serviço, o CAPS AD IV,

para funcionar 24 horas nas regiões de cracolândias, com equipe completa, incluindo psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão. Tal modalidade de Serviço está programada para atender pacientes em situações de emergência psiquiátrica, encaminhá-los para abordagens terapêuticas em outros Serviços da Rede ou absorvê-los no próprio CAPS-AD. (p. 4)

Ainda,

Os CAPS AD IV são Pontos de Atenção Especializada, que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e que se destinam a proporcionar atenção integral e continuada às pessoas com quadro de dependência de substâncias

psicoativas (relacionadas aos consumos de álcool, crack e outras drogas). Devem funcionar 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive aos fins de semana e feriados. Visam o atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, sendo que, tratando-se destes dois últimos grupos populacionais, seu atendimento deverá adequar-se ao previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (p. 9)

E seus objetivos são

atender integralmente pessoas de todas as faixas etárias, com quadros graves decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (dependência de substâncias psicoativas); proporcionar serviços de atenção continuada, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando para isso com leitos de observação, além de estratégias de reabilitação psicossocial. (p. 10)

As descrições e objetivos desse serviço novo também são vagos. As propostas, a princípio, não parecem se diferenciar muito dos CAPS AD III, que presta atendimento 24 horas, ou mesmo das Unidades de Acolhimento (UA), que também funciona em regime de 24 horas e em ambiente residencial de caráter transitório. Das diferenças, ressalto que o cuidado pode agora ser conjunto entre todas as faixas etárias, algo que não era feito até então nas UAs⁸, já que existiam UAs para a população infanto-juvenil e para adultos. Isso revela uma falta de atenção às necessidades específicas de cada momento de vida e do momento de vida da infância e juventude, se em diversos espaços, como da educação formal ou em medidas socioeducativas de internação, é previsto pelo ECA que existam equipamentos diferentes para crianças e adolescentes, é contraditório que em um serviço que visa cuidar do sofrimento isso não se dê dessa maneira.

Além disso, os objetivos não salientam a transitoriedade do cuidado nesses serviços, dando a possibilidade de internações prolongadas e da produção de moradores desses espaços.

Ainda, a Nota altera as percepções sobre o uso de substâncias, entendendo a política de abstinência como única possível, excluindo então a política de redução de danos, e sendo contrária à legalização das drogas (p. 6), corroborando para um sistema quase que circular de exclusão.

Todos esses acréscimos às condições de moradia em SRTs e criação de um CAPS AD IV dizem respeito de questões sociais que, para o governo, só precisam ser

⁸ Informações em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf> Acesso em 16 de maio de 2019.

excluídas dos espaços comuns. Só precisam parar de transbordar para a luz do dia. Para encerrar esse eixo de discussão, deixo um trecho do documento do CFP, baseado na produção de Oliveira Silva (2009), para falar sobre a complexidade das questões que atravessam a população carcerária, em situação de rua e que faz uso de crack, para as quais são elaboradas análises e soluções simplistas, reducionistas, higienistas, racistas e classistas.

(...) Pode-se considerar que, nos casos denominados como “urgências psiquiátricas” e que demandam internações, ao lado dos seus componentes psíquicos, encontram-se envolvidos vultosos elementos de administração de situações sociais complexas que não são compatíveis com as simplificações analíticas e institucionais mormente encontradas na estruturação dos dispositivos clínicos tradicionalmente disponíveis. (CFP, 2013,p. 80)

A nova Nota Técnica, enfim, ignora que políticas públicas de saúde mental se propõem ao cuidado de pessoas; cidadãos e não apenas doenças, sintomas ou problemas sociais. Ao reduzi-las à apenas um aspecto biomédico, pouco se pode enxergar de suas potencialidades, quem são, quais seus desejos, construir projetos de vida para essas pessoas e potencializar autonomia. Para um modelo centrado na doença como este, pouco se resta a fazer a não ser fazer desaparecer o que se manifesta enquanto loucura ou então excluí-las com internações em instituições totais, que afinal, representam uma lógica higienista.

É preciso que continuemos apostando numa desinstitucionalização das práticas e pensamentos, que, segundo o documento do CFP,

(...) implica em abandonar o manicômio como causa, como sentido lógico que prescreve modos de vida limitados, anônimos e sem voz. E para isso não há manual ou código de conduta, mas há uma ética. A ética da liberdade. E há saber. Saber que quase nada se sabe e que o outro, o louco, pode e deve nos orientar quanto às possibilidades de saída para sua dor. (p. 100)

6. Considerações finais

A política de saúde mental a que se propõe o Governo de Jair Bolsonaro e que é estabelecida a partir da Nota Técnica Nº 11/2019, é notadamente vaga, contraditória, reducionista, asilar, higienista, classista e racista. Apresenta uma reedição das lógicas manicomiais que mataram, torturaram e descuidaram de tantas e tantos ao longo da história.

Os pontos os quais trabalhei a partir dos dizeres da nota apresentam grandes, tristes e preocupantes retrocessos. Ainda, infelizmente, creio que eu tenha deixado alguns para trás. Não gostaria, no entanto, de terminar este trabalho num tom melancólico e desesperançoso, embora estes sejam sentimentos que ecoam e ecoaram em mim ao longo de sua construção.

Deixo aqui então um trecho de um livro chamado “Primavera num espelho partido” (2018), do mesmo autor da epígrafe de Mario Benedetti,

Todo esse terremoto nos deixou mancos, incompletos, parcialmente vazios, insones. Nunca mais seremos o que éramos antes. Melhores ou piores, cada um saberá. Por dentro, e às vezes por fora, uma tormenta passou sobre nós, um vendaval, e essa calma de agora tem árvores caídas, telhados desmoronados, terraços sem antenas, escombros, muitos escombros. Temos que nos reconstruir, é claro: plantar novas árvores, mas talvez não haja nos hortos as mesmas mudas, as mesmas sementes; Erguer novas casas, fantástico, mas será melhor que o arquiteto se limite a reproduzir fielmente o projeto anterior ou será infinitamente melhor que repense o problema e desenhe um novo projeto, que contemple as necessidades atuais? Remover os escombros, dentro do possível, pois também haverá escombros que ninguém poderá remover do coração e da memória. (p. 210/211)

Este trecho me toca e escolho incluí-lo aqui porque acredito que, frente a esse aterrorizante e indignante momento da nossa história - que com certeza deixará importantes marcas, cicatrizes e destroços -, o que vai nos fortalecer na luta é a nossa potência criadora. Nossa potência para inovar, para pensar quais as possíveis novas mudas e sementes a serem plantadas, e para apostar num cuidado em liberdade, que olha para o sujeito como um todo, que sonha com uma sociedade que possa fazer caber a loucura e todas as singularidades que nesse mundo existem.

E, mais que isso, é essa potência criadora ancorada em um compromisso ético-político-social, que nos engrandece e que fará com que, durante o terremoto, tentemos segurar e salvar o que pudermos e, depois dele, que possamos recomeçar de outras maneiras, já conhecendo alguns caminhos e podendo trilhar outros - agora talvez um pouco mais sábios.

Penso que ainda não tínhamos passado por um momento de ataques tão graves a tudo o que foi construído nas políticas públicas de saúde mental desde os primeiros movimentos da Luta Antimanicomial e a implementação de uma rede substitutiva psicossocial e que, agora, nos resta, de alguma maneira, tatear os caminhos para a resistência.

As minhas fichas, após as reflexões deste trabalho, irão todas para uma radicalidade desse compromisso ético que nos guia. Em uma aposta de uma real desinstitucionalização e desconstrução de qualquer lógica que exclua seres humanos de sua cidadania. É preciso que lembremos que a construção desses serviços foi uma luta política, de militância de todas e todos: usuários, familiares, trabalhadores. Em tempos de resistência é ainda mais importante que a retomemos, caso a tenhamos perdido. Agora, temos já espaços construídos, alinhados com o que acreditamos, como os CAPS e a própria AB, que podem ser palco e caminho de diversos movimentos de resistência e apostas. É ali, no contato com o usuário, com suas famílias, em seu território, no olho no olho, com vínculo e afeto, dentro de espaços que foram construídos por muitas mãos e que visavam um cuidado justamente dessa maneira, que poderemos reconstruir e fortalecer projetos para uma sociedade antimanicomial.

No movimento espiral da história, se faz fundamental que reconheçamos que o momento histórico é outro, mas que a lógica que sustenta essa “nova” política de saúde mental é a mesma da de tantos séculos atrás e que, nessa mesma medida, os ideais que baseiam toda a nossa luta e aposta também. Todo esse trabalho se pautou na total e absoluta descrença do modelo manicomial e, por isso, a minha convicção se coloca com maior radicalidade em tudo o que possa representar a recusa e superação desse modelo.

No final lutamos por acreditarmos em um mundo sem todos os tipos de manicômios, que possa acolher todas as singularidades, por um mundo que não olhe para ninguém sob uma ótica reducionista e excludente. Lutamos, enfim, por um mundo democrático, um mundo que tome como imperativo a autonomia e cidadania dos sujeitos.

Nesse sentido de tentativa de retorno e radicalização dos afetos, ideais e compromissos que nos fortalecem, balizam, inspiram e movem, encerro esse trabalho com as vozes dos muitos que compõem essa luta, através de algumas imagens feitas por mim do Ato da Luta Antimanicomial de 2019, em São Paulo.



Imagem 1. “Doente é o Sistema”

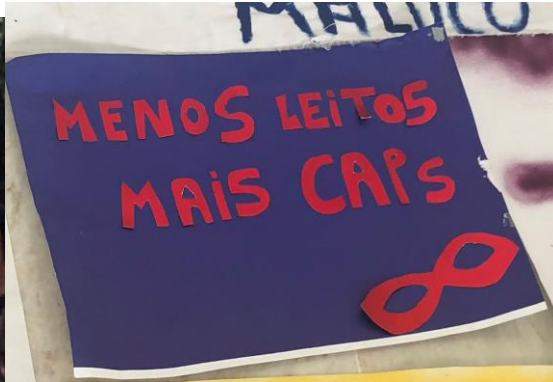


Imagem 2. “Menos leitos Mais CAPS”

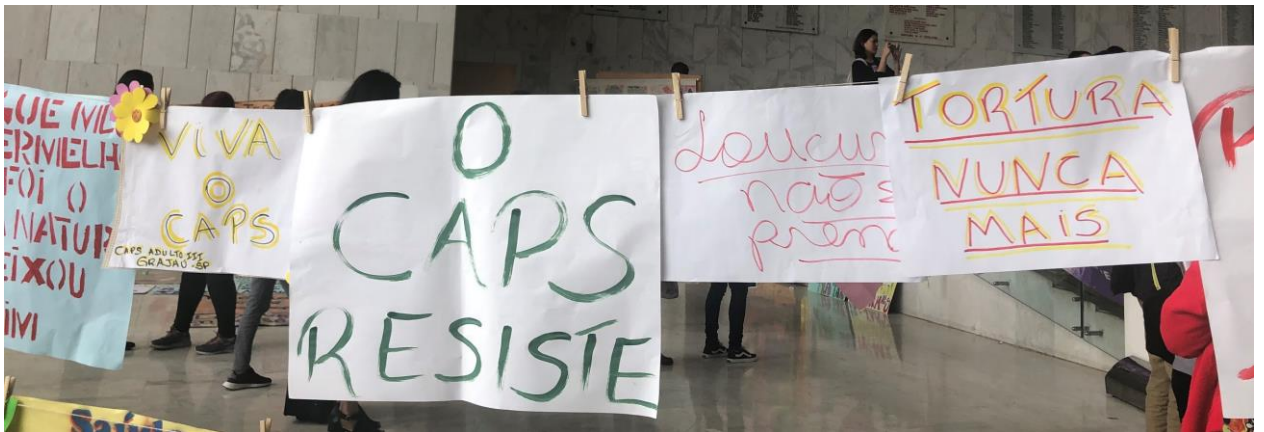


Imagem 3. “Viva o CAPS”; “O CAPS RESISTE”; “Loucura não se prende”; “Tortura nunca mais”



Imagem 4. “Se Manicômio desse certo nós não
estariamos aqui - CAPS

AD

III

Grajaú”

7. Referências Bibliográficas

ALARCON, S. O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. In: JORGE, Marco Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília Araújo e SILVA, Paulo Roberto Fagundes. (Orgs). **Política e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014. p. 201 - 228

ALMEIDA, A. C. S. Brasil colonial X Brasil subdesenvolvido: alguns traços em comum. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA ECONÔMICA, 11, 2015. Vitória. Disponível em http://www.abphe.org.br/arquivos/2015_aguida_cristina_santos_almeida_-brasil-colonial-x-brasil-subdesenvolvido-alguns-tracos-em-comum.pdf. Acesso em 29 de março de 2019.

ALMEIDA, Flávio Aparecido de, CEZAR, Adieliton Tavares. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. *Revista IGT na Rede*, v. 13, nº 24, 2016. p. 105 – 114. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs>. Acesso em 25 de maio de 2019.

ALMEIDA, Renata Barreto Fernandes de, *et al* . O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 22, n. 66, p. 745-756, Set. 2018 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300745&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 de mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0940>.

ANDRADE, Samkya Fernandes de Oliveira; ALVES, Railda Sabino Fernandes; BASSANI, Maíne Helen Pereira de Almeida. Representações Sociais sobre as Drogas: um Estudo com Adolescentes em Conflito com a Lei. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 38, n. 3, p. 437-449, Set. 2018 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000300437&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 de maio de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-37030000742017>.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 264p., 1996

AMARANTE, Paulo (coord.). **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Vol. 2: A constituição do paradigma psiquiátrico e as reformas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, pp. 45-65. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2003a. Disponível em <https://videossobresaudemental.files.wordpress.com/2013/05/a-clc3adnica-e-a-reforma-psiquic3a1trica.pdf>. Acesso em: 3 de junho de 2018.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 255p., 2013.

ATALLAH, N.A.; CASTRO A. A. Revisões sistemáticas da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. *Diagnóstico & Tratamento*. v.2, n.2, p.12-15, 1997.

BENEDETTI, Mario. Primavera num espelho partido. Rio de Janeiro: Alfaguara, 2018.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. 5. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 41-72. Disponível em < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/127606/mod_resource/content/1/BIRMAN%20e%20COSTA%20%281%29.pdf >. Acesso em: 27 de maio de 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm >. Acesso em: 20 de nov. 2018.

_____. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Lei No 10.216- de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 4, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007. Disponível em < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf > Acesso em 2 de junho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em 2 de junho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Nota técnica Nº11/2019 de 4 de fev. de 2019. Esclarece as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em < <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> >. Acesso em 25 de fev. de 2019.

BORGES, Giovana Mucari., ROSA, Elisa Zaneratto. **A transformação do papel e da gestão da medicação no cuidado em saúde mental: desafio para a ampliação de itinerários terapêuticos nos percursos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial**. 2018. 50p.. Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica. - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BOULOS, Guilherme. **Por que ocupamos?: uma introdução à luta dos sem-teto.** São Paulo: SCORTECCI, 2012. Disponível em <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=forums&srcid=MDYwNTAxODEzODgyNTc3Nzc2NzMBMDk3OTA5Mjg3MjgzMTY2MDYxOTIBOVFubWJRLUVQZjBKATAuMQEBdjl&authuser=0>> Acesso em: 26 de março de 2019.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Interinstitucional de Psicologia*, 6 (2), jul - dez, 2013,179-191. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>>. Acesso em 26 de maio de 2019

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia.** - Brasília: CFP, 2013.

CARVALHO, Maria Cecília de Araújo. Saúde Mental na Atenção Básica. In: JORGE, Marco Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília Araújo e SILVA, Paulo Roberto Fagundes. (Orgs). **Política e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014. p.59 - 74.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CONSTANTINO, Patricia; ASSIS, Simone Gonçalves de; PINTO, Liana Wernersbach. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 7, p. 2089-2100, Jul 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702089&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de Maio de 2019.

COSTA, Gabriela Flora, ROSA, Elisa Zaneratto. **A transformação do papel e da gestão da medicação no cuidado em saúde mental: desafio para a ampliação de itinerários terapêuticos nos percursos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.** 2018. 50p.. Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica. - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

COSTA, Laila Talita da Conceição; MELLO, Livia; NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves. Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as tendências da política de saúde. *Saude soc.*, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 1094-1104, out. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401094&lng=pt&nrm=iso> . acesso em 22 de março de 2019.

DAMOUS, Issa; ERLICH, Hilana. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 911-932, Dez. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000400911&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de maio de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400004>.

DESEMPREGO em São Paulo atinge 16,1%. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo 27 abr. 2019. Disponível em: <<https://www.seade.gov.br/desemprego-em-sao-paulo-atinge-161/>>. Acesso em 22 de abril de 2019.

DISTRITO FEDERAL, Câmara dos Deputados. Projeto de Lei PL Nº 3.657/ 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <
<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>>. Acesso em 3 de março de 2019.

ELIAS, Paulo Eduardo. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. *Saude soc.*, São Paulo , v. 2, n. 1, p. 59-73, 1993 . Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901993000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Nov. 2018.

ERDMANN, *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Florianópolis, p. 1- 8. jan.-fev. 2013. Disponível em <
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

FLEURY, S. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). *RAE*, São Paulo. v. 49, n.4, out./dez, 2009. p. 472-480. <
<http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a10.pdf>>. Acesso em 8 de novembro de 2018.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. Pobreza e desigualdade aumentaram nos últimos 4 anos no Brasil, revela estudo. 2018. Disponível em: <
<https://portal.fgv.br/noticias/pobreza-e-desigualdade-aumentaram-ultimos-4-anos-brasil-revela-estudo>>. Acesso em 14 de maio de 2019.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. Desigualdade de renda no Brasil bate recorde, aponta levantamento do FGV IBRE. 2019. Disponível em:
 <<https://portal.fgv.br/noticias/desigualdade-renda-brasil-bate-recorde-aponta-levantament>>. Acesso em 23 de maio de 2019.

FURTADO, Odair. O psiquismo e a subjetividade social. In: BOCK, Ana Bahia; GONÇALVES, M. Graça. M. e FURTADO, Odair (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia**. 6. São Paulo: Cortez, 2015.

GOIZ, J. M. Das teorias racialistas ao genocídio da juventude negra no Brasil contemporâneo: algumas reflexões sobre um país nada cordial. *Aedos*, Porto Alegre, v. 8, n. 19, p. 108-127, Dez. 2016. Disponível em <
<https://seer.ufrgs.br/aedos/article/view/68758/40557>> Acesso em 15 de maio de 2019.

GONÇALVES, M. G. M. e BOCK, A. M. B. A dimensão subjetiva dos fenômenos sociais. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M. (orgs.). *A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica*. São Paulo: Cortez, 2009.

GONÇALVES, Maria das Graças M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2010.

HOME PAGE, Ministério da Saúde. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em 31 de maio de 2019.

INFOPEN MULHERES, Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Departamento Penitenciário Nacional, Ministério da Justiça, 2016. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf> Acesso em 13 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios PNAD Contínua, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/81c9b2749a7b8e5b67f9a7361f839a3d.pdf>. Acesso em 13 de maio de 2019.

LUKÁCS, G. (1979). **Os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. São Paulo: Ciências Humanas. Disponível em <<https://marcosfabionuva.files.wordpress.com/2011/08/a-ontologia-do-ser-social-os-princc3adpios-ontolc3b3gicos-fundamentais-de-marx.pdf>>. Acesso em 8 de março de 2019.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, v.1, n.1. 1991. <<https://scielosp.org/pdf/physis/1991.v1n1/77-96>>. Acesso em 8 de novembro de 2018.

LUZ, Madel. A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: Amarante, Paulo (Org). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. 5. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 85 - 95.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; FONSECA, Angelica Ferreira e BORGES, Camila Furlanetti. O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil. In: JORGE, Marco Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília Araújo e SILVA, Paulo Roberto Fagundes. (Orgs). **Política e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2014. P. 19 - 39

MACHADO, Cristiani Vieira, LIMA, Luciana Dias de, e BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2017, v. 33, n. 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>>. Acesso em 29 Novembro 2018.

MARQUES, Marília Bernardes. Relações fundamentais entre C & T e Reforma Sanitária no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 424-440, Dez.. 1989 < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v5n4/07.pdf>> . Acesso em 8 de novembro de 2018.

MARTELLA, F.; ALMEIDA, K.; RIZZI, S. Uma experiência de cuidado integral. In: VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; TRENCH, Maria Cecilia Bonini; KAHHALE, Edna Peters e ALMEIDA, Isabella Silva (orgs.). **Saúde Mental, Reabilitação e Atenção Básica: Encontros entre Universidade e Serviços de Saúde**. 1ª Ed São Paulo: Artgraph, 2016. P. 147 - 155.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 43, pp. 967-980, 2012.

ONOCKO CAMPOS, Rosana T.; Passos, Eduardo; Palombini, Analice et AL. **GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em 26 de maio de 2019.

ORTEGAL, Leonardo. Relações raciais no Brasil: colonialidade, dependência e diáspora. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 133, p. 413-431, Dez. 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n133/0101-6628-sssoc-133-0413.pdf>>. Acesso em 15 de mar de 2019

OXFAM Brasil. **A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/a-distancia-que-nos-une>>. Acesso em 14 de maio de 2019

PETRONI, A. P. e SOUZA, V. L. T. As relações na escola e a construção da autonomia: um estudo da perspectiva da Psicologia. *Psicologia e Sociedade*, 2010, v.22,n 2, pp.355- 364. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/16.pdf>>. Acesso em 5 de Dezembro de 2018.

ROCHA, Mirella. O Mito Do Desenvolvimento Socioeconômico Do Brasil No Século Xxi: Análise A Partir Dos Planos Governamentais Da Era Lula. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 12, n.24, p. 325-351, jul./dez. 2012. Disponível em <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2934/3281>>. Acesso em 14 de maio de 2019.

ROSA, Elisa Zaneratto. **Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social**. 2016. 380 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. < disponível em: <https://sapiencia.pucsp.br/bitstream/handle/18816/2/Elisa%20Zaneratto%20Rosa.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2017 >

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

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

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] *Revista Eletrônica de Educação*. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil. *Saude soc.*, São Paulo , v. 27, n. 2, p. 556-572, Jun 2018 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200556&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170889>.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de maio de 2019.

SILVEIRA, LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem*. julho-agosto, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>. Acesso em: 11 de junho de 2018>

VASCONCELLOS, V. C. **A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. 2008. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Mestrado em Saúde Pública, 2008. < Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5440> >. Acesso em 5 de junho de 2018

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz: 2010.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, v.14, n.1, Belo Horizonte, 2008, p.131-150

II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Manifesto de Bauru. Bauru, 1987. < disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf> acesso em 29 de maio de 2018 >. Acesso em 25 de Out. de 2018.