

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCAR
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

JOYCE NONATO CHIOSSI

**O IMPACTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL NAS NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

SÃO CARLOS - SP
2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

JOYCE NONATO CHIOSSI

**O IMPACTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL NAS NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção de título de bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos.

Orientador: Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade

SÃO CARLOS -SP

2023

RESUMO

A luta antimanicomial é um movimento social e político que busca a transformação do modelo de atenção em saúde mental, superando a lógica manicomial, que consiste no isolamento e exclusão das pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos. Nessa perspectiva, estudar o impacto da luta antimanicomial nas novas políticas públicas de saúde mental se apresenta uma temática relevante para fomentar o debate que visa promover a igualdade, o bem-estar e a inclusão social das pessoas com transtornos mentais. A metodologia adotada consistiu na realização de uma revisão de literatura. Conclui-se que a Luta Antimanicomial no Brasil representa um movimento social e político de extrema relevância na procura pela garantia dos direitos humanos e da dignidade dos sujeitos que possuem transtornos mentais. Com relação às políticas públicas para a saúde mental, é preciso fortalecê-las e investir na formação de profissionais capacitados e fomentar a conscientização e a sensibilização da população em relação às questões relacionadas aos transtornos mentais.

Palavras-chave: luta antimanicomial, política de saúde mental, Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The anti-asylum movement is a social and political movement that aims to transform the mental health care model, overcoming the asylum logic, which involves the isolation and exclusion of individuals with mental disorders in psychiatric hospitals. In this perspective, studying the impact of the anti-asylum movement on new public mental health policies presents a relevant topic to foster a debate aimed at promoting equality, well-being, and social inclusion of individuals with mental disorders. The methodology adopted involved conducting a literature review. It is concluded that the Anti-Asylum Movement in Brazil represents a highly relevant social and political movement in the pursuit of guaranteeing human rights and the dignity of individuals with mental disorders. Regarding public mental health policies, it is necessary to strengthen them, invest in the training of qualified professionals, and promote awareness and sensitization of the population regarding issues related to mental disorders.

Keywords: anti-asylum movement, mental health policy, Psychosocial Care Center.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

CAPs: Centro de Atenção Psicossocial

RAPs: Rede de Atenção Psicossocial

SRT: Servios Residenciais Teraputicos

SUS: Sistema nico de Saúde

RENILA: Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 A HISTÓRIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL.....	10
2.1 A loucura na História.	10
2.2 A Reforma Psiquiátrica no Mundo.....	13
2.3 A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil.	16
2.3.1 <i>A saúde mental na Era Vargas.</i>	18
2.3.2 <i>A contribuição de Nise da Silveira.</i>	20
2.3.3 <i>Manicômios na Ditadura Militar.</i>	21
2.4 A Luta Antimanicomial no Brasil.	23
3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	28
3.1 Loucura e dispositivos legais.	28
3.2 O Centro de Atenção Psicossocial.	31
3.3 O retrocesso da Reforma Psiquiátrica.	39
4 A LUTA ANTIMANICOMIAL ENQUANTO MOVIMENTO SOCIAL.	46
4.1 Teorias tradicionais dos Movimentos Sociais.	46
4.2 Teorias contemporâneas dos Movimentos Sociais.	54
4.3 Movimentos sociais e saúde mental.	58
4.3.1 <i>Os movimentos contra reformistas.</i>	61
4.4 Avanços e limites dos movimentos sociais no cenário da Reforma Psiquiátrica.	62
4.5 Os Movimentos Sociais e o Centro de Atenção Psicossocial.....	66
5 CONCLUSÃO.....	70
REFERÊNCIAS.....	74

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma parte essencial do bem-estar geral e da qualidade de vida das pessoas. Nessa perspectiva, a luta antimanicomial é um movimento social e político que busca a transformação do modelo de atenção em saúde mental, superando a lógica manicomial, que consiste no isolamento e exclusão das pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos. A superação do modelo manicomial ocorre através das políticas públicas, nas quais o Estado busca garantir o acesso equitativo a serviços de saúde mental de qualidade para toda a população, promover a prevenção de transtornos mentais e o tratamento adequado para aqueles que necessitam. Sendo assim estudar o impacto da luta antimanicomial nas novas políticas públicas de saúde mental se apresenta uma temática relevante para fomentar o debate que visa promover a igualdade, o bem-estar e a inclusão social das pessoas com transtornos mentais. Além disso, contribui para a formulação de políticas mais eficazes, que atendam às necessidades da população e melhorem a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais.

A metodologia adotada consistiu em realizar uma revisão de literatura, buscando artigos, teses e dissertações em língua portuguesa e inglesa disponíveis online. Para isso, foram utilizadas as seguintes bases de dados: repositório da UFSCar, Google Acadêmico e Scielo. A busca foi conduzida utilizando as palavras-chave: "Centro de Atenção Psicossocial", "CAPS", "luta antimanicomial", "políticas públicas", "políticas de saúde mental" e "reforma psiquiátrica". Durante o processo de seleção, foram excluídos artigos que não estavam nas línguas portuguesa ou inglesa, assim como aqueles que não apresentavam o formato de artigo, tese ou dissertação.

O texto foi dividido em três capítulos. O primeiro capítulo explora a história da luta antimanicomial, iniciando com uma análise sobre a questão da loucura ao longo dos tempos. Para compreender melhor esse tema, discutimos as teorias de Durkheim e Foucault. Em seguida, examinamos a Reforma Psiquiátrica em âmbito mundial, oferecendo um panorama de como esse processo ocorreu em outros países. A partir desse contexto, direcionamos nossa atenção para a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil. No decorrer do capítulo, também abordamos como a saúde mental era tratada no Brasil durante a Era Vargas e a Ditadura Militar. Além disso, destacamos a atuação de figuras importantes como Nise da Silveira, e discutimos o funcionamento da indústria da loucura durante o período ditatorial. Por fim, concluímos o capítulo explicando o surgimento da luta antimanicomial no Brasil.

O segundo capítulo aborda as políticas públicas de saúde mental. Iniciamos o capítulo com uma breve análise da questão da loucura sob a perspectiva dos dispositivos legais. Nesse contexto, exploramos o histórico das leis relacionadas às pessoas com transtornos mentais no Brasil. Além disso, dedicamos uma seção aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apresentando informações sobre seu funcionamento e destacando sua importância na substituição do modelo asilar. Discutimos como os CAPS têm contribuído para a humanização do cuidado em saúde mental e para a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico. Concluímos o capítulo abordando o retrocesso observado na Reforma Psiquiátrica, além de destacar as mudanças realizadas na legislação nos últimos anos, que têm colocado em risco as conquistas obtidas pela Reforma Psiquiátrica e pela luta antimanicomial. Visto isso, essas alterações na legislação levantam preocupações quanto à preservação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e à manutenção de um sistema de saúde mental baseado em princípios de cuidado humanizado e desinstitucionalização.

No terceiro capítulo, exploramos a luta antimanicomial enquanto movimento social. Iniciamos com uma breve análise das teorias tradicionais e contemporâneas sobre os movimentos sociais, proporcionando uma base conceitual para compreendermos melhor esse fenômeno. Em seguida, direcionamos nossa atenção aos movimentos sociais relacionados à saúde mental, destacando seus posicionamentos em relação à luta antimanicomial e à existência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2 A HISTÓRIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL.

2.1 A loucura na História.

O debate a respeito da história da luta antimanicomial no Brasil tem como precedente a compreensão do que se entende por normal e patológico, assim como o entendimento da construção histórica do conceito de loucura. Essa discussão foi realizada por diversos autores importantes, entre eles Émilie Durkheim e Michel Foucault.

O sociólogo francês Émilie Durkheim na obra *As Regras do Método Sociológico*, publicada originalmente em 1895, discutiu sobre o que seria considerado normal e patológico na sociedade no capítulo intitulado *Regras relativas à distinção entre normal e patológico*. Para o autor, um fato social pode ser considerado normal a partir de três regras: em primeiro lugar é preciso levar em consideração um tipo social determinado, assim como uma etapa de desenvolvimento determinada, além disso o fato deve estar presente na média das sociedades dessa espécie na qual o grau de evolução se corresponde; em segundo lugar quando os efeitos do método antecedente podem ser verificados no caráter geral do fenômeno que se dá por conta das circunstâncias genéricas da vida coletiva no tipo social em questão e em terceiro lugar, a verificação é fundamental quando o fato social tem ligação com uma espécie social que ainda não consumou sua evolução integral. Dessa forma, uma vez que não fosse atingido esses critérios, o fenômeno seria considerado patológico. Além disso, ele acreditava que o dever do homem de Estado consistia no papel do médico que trabalharia no sentido de prevenir a emergência de patologias através de higiene adequada e, uma vez que a patologia surgisse, deveria buscar a cura (DURKHEIM, 2007). Visto isso, outros autores também discutiram sobre o normal e patológico, buscando entender a questão da loucura e de que forma esta concepção foi constituída historicamente.

No ano de 1961 foi publicado o livro *História da Loucura na Idade Clássica* de autoria do filósofo Michel Foucault. A obra pode ser considerada um livro de epistemologia, escrita com o intuito de discutir a forma pela qual se deu a transformação da loucura em doença mental, ou seja, como esta se tornou um objeto dos saberes da Psiquiatria e da Psicologia gerando as condições necessárias para o surgimento das positividades das ciências clínicas relativas ao mental. Com isso, o autor defende que o surgimento do mental enquanto objeto de intervenção e saber se deu por meio de um processo de internalização de dispositivos de caráter moral que evidencia um novo regime de articulações entre as esferas da Medicina e da moral. O filósofo possui uma perspectiva materialista, ele conta uma história material da razão a partir da história da loucura e da doença mental (FOUCAULT, 2019).

Michael Foucault defende que as leis psicológicas são o critério da clivagem entre normal e o patológico e que estas leis seriam referentes às situações historicamente determinadas, isto é, o que entendemos como doença mental seria o que diverge dos comportamentos e condutas entendidos como normais e socialmente aceitos (FOUCAULT, 2019).

Diante disso, o autor defende que há dois momentos históricos que podem ser considerados como marcos da história da loucura na idade clássica, a saber: a criação do Hospital Geral no ano de 1657 em Paris na qual havia ordens de internamento de loucos, libertinos e desempregados e a liberação por Pinel dos loucos que estavam acorrentados em Bicêtre. Este segundo marco possui importância central para Foucault uma vez que se trata de defender a humanização da loucura produzida por Pinel. O trabalho de Pinel impacta na modificação do tratamento que os considerados doentes mentais recebiam, esta passa a ter um caráter menos fisicamente punitivo e mais moralizador, que se

consolida como um poder psiquiátrico que está relacionado à lógica da culpabilidade, da punição, da reparação e da gratificação (FOUCAULT, 2019).

Visto isso, Michel Foucault continua suas discussões a respeito da temática da loucura na obra intitulada *O Nascimento da Clínica* que foi publicada em 1963. Nesta obra, o autor discute as condições que tornaram possíveis a experiência médica da maneira pela qual ela foi vivenciada na época moderna. Diante disso, a partir de uma análise do discurso da experiência médica, o autor extrai as circunstâncias da história da clínica (FOUCAULT, 2021).

Michel Foucault afirma que a medicina moderna surgiu por volta dos últimos anos do século XVIII, época na qual houve uma mutação essencial no saber médico no qual a clínica está ligada a uma nova forma de entender o perceptível e o enunciável, essa mudança se deve a fatores como: a nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal; a reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico; a definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos, a articulação da doença com o organismo. Dessa forma, o surgimento da clínica enquanto um evento de caráter histórico deve ser identificado com os sistemas dessas reorganizações (FOUCAULT, 2021). Nas palavras do autor, “A clínica [...] deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença” (FOUCAULT, 2021, p.xviii).

Até o final do século XVIII, a medicina se referia mais a saúde do que a normalidade, por outro lado a medicina do século XIX preocupa-se mais com a normalidade do que com a saúde. Isso traz ao olhar do médico um poder moralizador. Nas palavras do autor, “na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive” (FOUCAULT, 2021, p.37).

O que possibilitou o surgimento da clínica foi a introdução do indivíduo na linguagem do discurso científico que outrora não era permitido, essa inserção se deu a partir da morte. Dessa forma, “A velha lei aristotélica, que proibia o discurso científico sobre o indivíduo, desapareceu quando a morte encontrou na linguagem o lugar do conceito: o espaço ofereceu, então, ao olhar a forma diferenciada do indivíduo” (FOUCAULT, 2021, p. 189).

A partir da compreensão teórica do conceito de loucura, avançaremos para os movimentos ocorridos no Brasil e no mundo que questionaram a concepção de loucura vigente em seu tempo.

2.2 A Reforma Psiquiátrica no Mundo.

A Luta Antimanicomial no Brasil é um movimento social que pode ser compreendido como um desdobramento da Reforma Psiquiátrica nacional, que foi inspirada nos movimentos ocorridos no decorrer do século XX em diversos países do mundo com o objetivo de reformar o campo da psiquiatria.

No decorrer do século XX, surgiram muitos movimentos de caráter reformista no campo da saúde mental. Esses movimentos questionaram as instituições asilares, os objetivos, o âmbito de atuação, o objeto e o arsenal conceitual de intervenção. Visto isso, os principais movimentos foram os seguintes: a psicoterapia institucional francesa, as comunidades terapêuticas inglesas, a antipsiquiatria inglesa, a psiquiatria preventiva e comunitária americana e a psiquiatria democrática italiana (GABBAY, 2008).

Diante disso, a psicoterapia institucional francesa teve origem no trabalho de François Tosquelles, no Hospital de Saint-Alban, na França, foi uma tentativa de integrar a psiquiatria com a psicanálise, foi um forte movimento de inserção da psicanálise nas instituições psiquiátricas. Já as comunidades terapêuticas inglesas buscavam a introdução

da psicanálise ao espaço asilar, a defesa era de que a interpretação do analista tinha como objeto o inconsciente dos pacientes, dos profissionais e da própria instituição. Essa experiência encontra em Maxwell Jones o seu mais importante teórico e operador prático. Teoricamente, a comunidade terapêutica buscava se opor à estrutura asilar entendida como excludente e cronificadora; a comunidade se estruturaria segundo regras discutidas em assembléias, das quais participariam pacientes e funcionários, de modo igualitário, constituindo uma microssociedade democrática ideal, na prática, essa ideia fracassou (GABBAY, 2008)

Por outro lado, a antipsiquiatria inglesa foi um movimento que constestava radicalmente a ordem psiquiátrica, ao negar não somente a validade da psiquiatria como também a concepção de doença mental. Os antipsiquiatras defendiam que a cura seria um processo normal sem necessidade de qualquer intervenção terapêutica, o movimento teve como expoentes David Cooper e Laing e após uma rápida notoriedade, desapareceu sem deixar maiores vestígios. Já a psiquiatria preventiva comunitária americana surge como uma opção alternativa aos *manicômios* e como um olhar curativo em relação à doença. A ideia consistia em organizar um amplo programa de intervenção na comunidade buscando evitar que a doença ocorresse por meio do diagnóstico precoce dos eventos críticos e fatores de risco, havendo assim a instituição de ações preventivas. Dessa forma, o alvo da intervenção se ampliaria sendo que não somente o doente, como também a comunidade seria alvo. O movimento teve como principal expoente o psiquiatra Gerald Caplan cujo livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva* tornou-se o eixo orientador de todas as iniciativas do gênero (GABBAY, 2008).

A psiquiatria democrática italiana teve como protagonista Franco Basaglia. Ele nasceu em Veneza em 1924 e ingressou em 1943 na Faculdade de Medicina da Universidade de Pádua, onde conheceu estudantes antifascistas e se aliou a Resistência –

movimento de caráter militar e político contra o fascismo. No entanto, foi traído por um companheiro e foi preso por 6 meses (SERAPIONI, 2019).

Em 1949, Franco Basaglia se forma em medicina e se dedica ao estudo da psiquiatria e da filosofia, desenvolvendo uma extensa atividade intelectual envolvendo publicações científicas, trabalhos escritos e congressos. Naquela época, coexistiam duas vertentes na psiquiatria italiana, a saber: as clínicas universitárias onde se tratava os casos de interesse científico e os manicômios onde tratava-se os doentes mentais considerados perigosos. Vendo isso, Franco Basaglia entendia que havia um atraso na psiquiatria italiana, acreditava que as clínicas universitárias não haviam obtido sucesso em alterar o modelo assistencialista existente no país, pelo contrário, haviam fortalecido a tendência de caráter asilar e repressivo (SERAPIONI, 2019).

Na evolução do pensamento intelectual de Franco Basaglia, a filosofia existencialista, a fenomenologia crítica de Husserl e Heidegger, assim como as ideias de Sartre foram de muita relevância. Em 1961, ele ingressa como diretor no hospital psiquiátrico de Gorizia. Uma vez dentro do hospital, Basaglia ficou incomodado com as condições as quais os pacientes eram submetidos, acreditava que a situação era desumana e intolerável. Diante disso, ele inicia a organização de um grupo de colaboradores visando a reforma dos manicômios. Então, ele realiza reformas no hospital como a proibição do uso do eletrochoque, retirada das grades das janelas, abolição das camisas de força e das batas brancas, entre outros. Basaglia continuou o seu projeto de reformas ao criar comunidades terapêuticas que tratavam os pacientes de uma forma distinta da tradicional, este modelo de tratamento foi adotado por outras instituições, porém setores mais conservadores da sociedade eram contra essas mudanças (SERAPIONI, 2019).

Dessa forma, o movimento de Franco Basaglia tinha como objetivo a destruição completa do sistema de asilo, por meio de comunidades terapêuticas. No ano de 1972,

Basaglia deixa o hospital Gorizia, mas obtém êxito ao chamar a atenção da sociedade civil e da comunidade científica para a persistência de hospitais psiquiátricos, na Itália e em outros países. Então, Franco Basaglia passa um período nos Estados Unidos e, em 1971, se torna diretor do hospital psiquiátrico San Giovanni na província de Trieste, onde ele realiza uma série de reformas institucionais que foram um sucesso e atraíram atenção da sociedade civil, tornando -se um modelo de assistência à saúde recomendado pela Organização Mundial da Saúde, reconhecimento que perdurou vinte anos. Depois de muita luta de Franco Basaglia e outros profissionais que se uniram a causa, no dia 13 de maio de 1978, o Parlamento italiano aprovou a lei 180, Lei Basaglia, que decretou o encerramento definitivo dos hospitais psiquiátricos na Itália (SERAPIONI, 2019). Diante disso, a psiquiatria democrática italiana foi a que mais influenciou os movimentos reformistas na América Latina, o sucesso do movimento teve um impacto significativo no Brasil.

2.3 A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil.

A compreensão da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no Brasil só é possível mediante o conhecimento da trajetória histórica da loucura no país que se inicia com o surgimento do primeiro hospital psiquiátrico em solo brasileiro, perpassa a Era Vargas e a Ditadura Militar, período no qual a luta antimanicomial se inicia. Nesse contexto, surgem pessoas que tiveram contribuição bastante relevante para o fomento do debate, como a psiquiatra Nise da Silveira.

Até meados do século XIX não havia no contexto nacional nenhum local destinado aos chamados alienados mentais. Sendo assim, o surgimento da preocupação com a questão da loucura no Brasil ocorre com a vinda da família real portuguesa para o Rio de Janeiro, onde uma vez transformado em capital do império carecia de medidas que

visavam a ordenação do espaço urbano através da identificação e controle populacional. Com isso, em dezembro de 1852 inaugura-se a primeira instituição psiquiátrica em solo brasileiro, denominada Hospício Pedro II (GABBAY, 2008).

O Hospital foi projetado para atender o limite de trezentos pacientes, no entanto, três anos após sua inauguração ele contava como quase quatrocentos internos além de não oferecer nenhum tipo de tratamento, sua administração estava em mãos leigas. Diante disso, surgiram críticas em relação à superlotação e falta de tratamento médico no Hospital, sendo um dos expoentes o médico Teixeira Brandão que defendia a medicalização do Hospital e o controle médico da instituição, a ideia era tornar o Hospital um local de conhecimento da loucura e reestabelecimento do doente mental (GABBAY, 2008).

No entanto, foi somente com o surgimento da República que mudanças começaram a ocorrer. Em 1890, o Hospital Pedro II agora denominado de Hospício Nacional dos Alienados foi separado da Santa Casa e sua administração passou integralmente ao controle de um diretor médico. Dessa forma, surgiu a Assistência Médico – Legal aos alienados que foi uma primeira tentativa de política nessa área, tendo o médico Teixeira Brandão como o diretor do Hospital e da Assistência. Porém, apesar da luta desse médico, a função social do Hospital ainda era de um lugar de segregação, de pessoas pobres e marginalizadas e com ausência de suporte social (GABBAY, 2008).

Com o advento da República, surgiu um novo regime marcado pelo predomínio dos ideais do positivismo científico. Nesse contexto, o psiquiatra Juliano Moreira foi o introdutor da psiquiatria nacional na era científica, ele traz para o Brasil as contribuições da psiquiatria alemã ao introduzir o método de diagnóstico de Kraepelin pautado na ênfase da natureza orgânica da doença mental. Além de realizar uma reorganização da assistência psiquiátrica ao propor novas maneiras de intervenção como o open door, a

klinoterapia e o tratamento de regime heterofamiliar. A importância de Juliano Moreira consiste em não mais restringir o discurso à loucura e suas origens, mas sim ele amplia a esfera da intervenção - conforme a tendência da época - ao entender o doente mental como um ser social, e o saber psiquiátrico se torna em uma síntese do padrão moral dominante, no qual o desvio passa a ser enxergado como criminalidade, degeneração ou doença. Com isso, Juliano Moreira atua como diretor da Assistência até o início da Era Vargas quando é destituído do cargo (GABBAY, 2008). Durante a Era Vargas ocorreram importantes acontecimentos que contribuíram para o debate que, posteriormente, levaria ao surgimento da Luta Antimacomial no Brasil.

2.3.1 A saúde mental na Era Vargas.

A Era Vargas teve como antecedente a República Velha que foi marcada pela política dos governadores e pelo coronelismo. Os centros urbanos eram comandados pelas elites oligárquicas, em especial de São Paulo e Minas Gerais, enquanto no interior do país quem tinha o poder eram os coronéis, que eram os senhores de terra que controlavam a participação política dos que moravam no campo - a maior parte da população - através de fraudes e elevadas exigências para obter o direito de voto, a eleição de cargos políticos era manipulada para favorecer as elites oligárquicas. No entanto, eventos como a crise de 1929 que afetou a economia brasileira desencadeando desemprego em massa, além de revoltas realizadas por jovens tenentes do Exército, o surgimento de um proletariado urbano e a crescente insatisfação com os setores oligárquicos contribuíram para a emergência da Era Vargas que teve início em 1930 e término em 1945 (PAIXÃO, 2011).

A Era Vargas foi dividida em em três períodos. O primeiro foi a República Nova (1930-1937) que foi ramificada em dois subgrupos, a saber: o Governo Provisório (1930-1934) e o Governo Institucional (1934-1937). O segundo período foi o Estado Novo

(1937-1945), este último foi marcado por práticas autoritárias organizadas e institucionalizadas, assim como a criação de mecanismos de controle por parte do Estado, entre eles o Departamento de Imprensa e Propaganda que tinha como objetivo a censura dos meios de comunicação e o Tribunal de Segurança Nacional que visava a decisão sobre a prática de crimes políticos. Sendo assim, muitos dissidentes políticos de Getúlio Vargas foram julgados por esse tribunal (PAIXÃO, 2011).

Durante a Era Vargas houve um importante evento relacionado ao campo da saúde mental que consiste no Decreto Presidencial 24.559 do ano de 1934 baixado por Getúlio Vargas.

O decreto 24.559/1934 define “sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas” Neste momento ocorre o desaparecimento do termo alienado, reflexo de uma nova visão proposta pelo decreto de 1927 que estabelecia uma distinção entre psicopata – todo doente mental - e alienado - doente mental perigoso para si ou para a sociedade, sujeito então a restrições penais e civis (AZEVEDO, 2003, p. 12).

A resolução previa o recolhimento de pacientes a hospitais psiquiátricos “mediante simples atestado médico” que poderia ser solicitado por qualquer pessoa que tivesse interesse em internar alguém (ARBEX, 2019). Visto isso, o excerto do Decreto 24.559 afirma:

Art. 11. (...) b- a pedido do próprio paciente ou por solicitação do conjuge (sic), pai ou filho ou parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação (BRASIL, 1934).

O Estado Novo teve fim em 1945 e a promulgação da Constituição ocorreu em 1946, desde então houve um retorno às práticas democráticas na esfera política.

2.3.2 A contribuição de Nise da Silveira.

No contexto da Era Vargas, surge Nise da Silveira cujo trabalho com os doentes mentais teve papel fundamental no debate a respeito da transformação do olhar e do tratamento com relação à loucura.

Nise da Silveira foi uma psiquiatra alagoana que nasceu em Maceió em 1905, formando-se em medicina em 1926. No ano de 1933, ela teve uma passagem breve pelo Partido Comunista Brasileiro e posteriormente é aprovada em um concurso, tornando-se psiquiatra em um hospital onde residia, em 1936 uma enfermeira a denunciou por conta dos livros que ela possuía e que na época eram considerados subversivos. Por conta disso, Nise foi presa por um ano e oito meses, quando ela saiu da prisão não pode voltar ao trabalho, mas em 1944 ela foi anistiada e voltou para o hospital que agora ficava no bairro Engenho de Dentro. Neste período em que esteve fora, novas formas de tratamento surgiram como o eletrochoque, coma insulínico e a lobotomia, as quais Nise se recusava a utilizar e optou por ficar responsável pelas atividades ocupacionais. No ano de 1946, ela funda a Seção de Terapêutica Ocupacional no antigo Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, que hoje leva seu nome (MELO, 2001).

Nise da Silveira teve um impacto significativo na modificação da concepção e do tratamento da loucura. A psiquiatra alagoana possuía um olhar distinto em relação à loucura, defendia uma abordagem terapêutica que envolvesse portas abertas, setores de atividades expressivas e laborativas e um ambiente afetivo. Em 1952, ela criou o Museu de Imagens do Inconsciente, um Centro de Estudo e de Pesquisa que reúne obras produzidas nos ateliês de atividades expressivas; em 1955 ela forma o Grupo de Estudos C.G. Jung e, em 1956, ela cria a Casa das Palmeiras, uma clínica que tinha como objetivo o tratamento de egressos de instituições psiquiátricas, onde atividades expressivas eram realizadas livremente, em regime de externato. Seus estudos a respeito do das imagens do

inconsciente associado à criação de uma forma de tratamento bastante distinta das práticas voltadas à internação psiquiátrica modifica a forma como os doentes mentais eram vistos, como pessoas de que precisavam de “conserto”. Nise lida com os seus pacientes de indivíduo para indivíduo, entende as produções de natureza delirante como maneiras de expressar emoções, possibilita a manifestação de desejos, pensamentos e emoções por meio de diversas formas de atividades expressivas, desmonta os argumentos centrais da psiquiatria tradicional - redução da inteligência, demenciação e embotamento afetivo – ao mostrar que esses argumentos estão ligados à esteriótipos moralizantes, enxerga não somente os sintomas como também aquilo que se mantém saudável na pessoa e que a impulsionam a procurar sua consciência, estabelece ligações entre a ciência e a arte, inaugura uma instituição com as portas abertas. Faleceu em 30 de outubro de 1999 (MELO, 2001).

Historicamente, Nise da Silveira foi contemporânea do período que envolveu o Estado Novo e a Ditadura Militar. Este último período foi marcado por importantes eventos que culminaram no surgimento da Luta Antimanicomial brasileira.

2.3.3 Manicômios na Ditadura Militar.

A Ditadura Militar no Brasil (1964 – 1985) teve como antecedentes a eleição para presidente da república na qual Jânio Quadros foi vitorioso, no entanto, ele renunciou pouco tempo depois de assumir o cargo em agosto de 1961. Diante disso, seu vice João Goulart deveria assumir a presidência da república, mas os militares se opuseram. Com isso, o governador do Rio Grande do Sul Leonel Brizola organizou a Campanha da Legalidade que teve como efeito o surgimento de greves em todo o país exigindo que João Goulart pudesse assumir a presidência. A partir disso, a solução foi instituir o parlamentarismo no Brasil, dessa forma João Goulart assumiria a presidência, mas com

poderes limitados. Durante seu governo, movimentos de esquerda que defendiam as reformas de base, em especial a reforma agrária, ganharam força e João Goulart estava disposto a fazer essas reformas, o que levou os setores mais conservadores da sociedade civil a temerem a instauração de um regime comunista, conta disso eles apoiaram o golpe civil-militar ocorrido no Brasil (SANTOS, 2013).

O regime militar enfrentou a resistência de setores da sociedade civil como estudantes, intelectuais e artistas que denunciavam os abusos cometidos pelos militares e defendiam a democracia. Diante disso, os militares promulgaram ao todo cinco Atos Institucionais, sendo o mais rigoroso o AI-5 para reprimir seus dissidentes políticos, o destino dos dissidentes foram a prisão, banimento, exílio ou desaparecimento. Com isso, muitos viviam na clandestinidade ou foram morar fora do país (SANTOS, 2013).

Durante o regime militar, se estabeleceu uma indústria da loucura no país na qual os maus tratos aos doentes mentais, a internação compulsória de dissidentes políticos e a venda de cadáveres provenientes de hospitais psiquiátricos ocorriam com frequência, um exemplo disso foi os abusos cometidos pelo hospital Colônia.

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena em Minas Gerais, conhecido por Colônia, considerado o maior hospício do Brasil foi palco de 60 mil óbitos, cerca de 16 mortes por dia. Além disso, cerca de 70% dos pacientes não possuíam diagnóstico de doença mental, dentre eles encontravam-se: epiléticos, alcoolistas, pessoas que se rebelavam, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder, meninas grávidas, violentadas por seus patrões, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento, homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos, pessoas tímidas, crianças e dissidentes políticos. Na época, uma série de direitos humanos foram infringidos, os quais: os pacientes morriam de fome, frio, doenças, práticas como lobotomia e

eletrochoque eram recorrentes, superlotação - haviam 5 mil pacientes em um local projetado para 200 - crianças conviviam com adultos, não havia condições de higiene e bebês nascidos no Colônia eram retirados de suas mães (ARBEX, 2019).

Não obstante, os corpos de pacientes foram vendidos, assim como suas ossadas. Entre 1969 e 1980, cerca de 1823 corpos de pacientes do hospital Colônia foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país. A Universidade Federal de Minas Gerais adquiriu 543 corpos ao longo de dez anos, a Universidade Federal de Juiz de Fora comprou 67 cadáveres entre fevereiro de 1970 e maio de 1972, sendo as peças individuais vendidas por cerca de cinquenta cruzeiros cada um, enquanto que o lote era 2250 cruzeiros. Uma vez que houvesse excesso de cadáveres, os corpos eram decompostos em ácido para que as ossadas pudessem ser comercializadas. (ARBEX, 2019).

A partir do governo Geisel, inicia-se um movimento de volta ao regime democrático de forma “lenta, gradual e segura” e em 1979 houve a Lei da Anistia que permitiu que os dissidentes políticos que viviam fora do Brasil pudessem retornar do exílio. A volta ao regime democrático se deu por eleições indiretas no ano de 1985 com a vitória de Tancredo Neves como presidente da república, mas ele faleceu antes de assumir, o cargo foi ocupado pelo vice José Sarney (SANTOS, 2013).

Dessa forma, durante a Era Vargas e ao longo do regime militar foram cometidos diversos abusos na área da saúde mental, o que contribuiu para fomentar o debate sobre a necessidade de uma nova forma de interpretação e tratamento da loucura que culminaria na Luta Antimanicomial no Brasil.

2.4 A Luta Antimanicomial no Brasil.

Uma vez discutido o olhar e o tratamento que os doentes mentais recebiam no Brasil desde a vinda da família real até a ditadura militar, assim como o estabelecimento

de uma indústria da loucura, partiremos para a compreensão de como surgiu a Luta Antimanicomial no Brasil. A ideia de que a loucura devia ser enxergada e tratada de forma distinta já existia há muito tempo e algumas tentativas de mudança de paradigma foram implementadas como pudemos observar anteriormente, mas foi no regime militar que a ideia ganhou força.

Visto isso, a luta de inicia no ano de 1976 com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, assim como a criação do Movimento de Renovação Médica, os quais eram espaços de debate e produção de pensamento crítico na área da saúde. Neste meio, surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que se torna importante instrumento de denúncia e acusação ao governo militar, em especial a respeito do sistema nacional de assistência psiquiátrica que estava envolvido com práticas ligadas à tortura, fraude e corrupção. Diante disso, o movimento lutava por questões como a elevação salarial, diminuição do número de consultas por turno de trabalho, como também faziam a crítica ao caráter crônico dos manicômios e ao abuso da prática de eletrochoques. Além disso, reivindicavam melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços. Tal movimento dá origem, no ano de 1978, a uma greve de oito meses de duração que obtém relevante repercussão na imprensa (LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007).

Gradualmente, não somente os trabalhadores de saúde mental como também outros atores importantes se associaram à luta pela mudança das políticas e ações psiquiátricas. Muitos eventos relevantes ocorreram ao longo do tempo e fortaleceram a luta antimanicomial no Brasil entre eles estão o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 1978; a vinda ao Brasil de figuras importantes como Franco Basaglia, Felix Guatari, Robert Castel e Erving Goffman para o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro; a ocorrência do I Encontro Nacional do Movimento dos

Trabalhadores em Saúde Mental em 1979 em São Paulo e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Além disso, houve a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru ou Manifesto de Bauru (LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007).

O Manifesto de Bauru foi um evento particularmente importante pois contou com a participação de associações de usuários e familiares como o “Loucos pela Vida” de São Paulo e a Sociedade dos Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho do Rio de Janeiro. (LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007). O evento pode ser entendido como um marco de fundação referente ao movimento antimanicomial que demonstra a união entre os profissionais da saúde e a sociedade para enfrentar a questão da loucura bem como as formas de tratá-la. Após o Manifesto de Bauru, emerge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial a qual há uma publicização da discussão no sentido de romper com o paradigma tecnicista a respeito da loucura (LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007).

Dessa forma, o movimento indica uma revolução na teoria e na política do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental por meio de um processo de distanciamento do movimento no que diz respeito ao Estado e a aproximação com as entidades de usuários e familiares que foram inseridos nas discussões. Nesse contexto, surge o lema: por uma sociedade sem manicômios. A ideia era de indicar um movimento que estivesse voltado para o debate da questão da loucura no sentido de extrapolar o caráter assistencial. Criando assim, uma espécie de utopia na qual se faz a crítica da realidade do campo da saúde mental, em especial o tratamento destinado aqueles considerados loucos (LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007).

Outro evento relevante foi a Declaração de Caracas que foi proclamada em 1990 na Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina,

sua importância consiste no fato de que ela proporcionou a justificativa ideológica para as lutas reformistas na área da saúde mental em toda América Latina, suas recomendações fomentaram o debate sobre alternativas terapêuticas no cuidado ao doente mental (GABBAY, 2008).

Em 1993 foi realizado o I Encontro da Luta Antimanicomial em Salvador na Bahia, evento no qual há a elaboração de uma carta referente aos direitos de usuários e familiares dos serviços de saúde mental. O Relatório Final do I Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial defende que o movimento tem caráter social, plural, independente e autônomo. Além disso, defende que o movimento deve ter parceria com outros movimentos sociais existentes, assim como a necessidade de novos espaços de reflexões para que a sociedade também possa participar dessa luta. Ademais, acreditavam que a representação do movimento nos conselhos municipais e estaduais de saúde, assim como nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas maneiras de fortalecer esse movimento (LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007).

A luta antimanicomial contou com o apoio do sociólogo Paulo Delgado. Ele foi eleito deputado federal pela primeira vez em 1986 como o mais votado do PT em Minas Gerais e ficou conhecido como o “deputado dos doentes mentais”. Em 1989, ele propôs no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657 propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Até então prevalecia o Decreto Presidencial 24.559 baixado por Getúlio Vargas em 1934. Em 2001, após doze anos de tramitação e muitas manobras políticas, a Lei Federal 10.216 foi sancionada conhecida também como a Política Nacional de Saúde Mental, marcando o início da reforma psiquiátrica no Brasil. Quando a nova legislação foi implantada no país havia mais de 50 mil leitos em hospitais psiquiátricos (ARBEX, 2019).

Dessa forma, é importante diferenciar a Reforma Psiquiátrica da Luta Antimanicomial no Brasil. Enquanto a Reforma Psiquiátrica é uma política de estado que foi adotada no contexto nacional a partir da Lei 10216/2001 provocando uma transformação progressiva no modelo de tratamento e cuidado em saúde mental, a Luta Antimanicomial é um movimento social de caráter amplo e complexo composto por trabalhadores da saúde mental, usuários do sistema e seus familiares, bem como estudantes e personalidades que acreditam em uma forma distinta de olhar para a loucura. Dessa forma, a Luta Antimanicomial seria um entendimento mais radicalizado que busca a modificação dos espaços asilares e das práticas hegemônicas de exclusão. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica estaria inserida no interior desse movimento, como uma resposta do Estado a essa reivindicação.

Dessa forma, podemos afirmar que no Brasil a trajetória da psiquiatria pode ser compreendida como a história de um processo de medicalização da sociedade, no qual o aprisionamento dos considerados loucos assim como a submissão destes à disciplina asilar são parte da nova ordem urbana e do novo poder médico (GABBAY, 2008). Enquanto a Luta Antimanicomial surgiu na época do regime militar e contou com a participação inicial de profissionais de saúde que tinham como objetivo denunciar os abusos cometidos na época da ditadura e, posteriormente, os usuários e seus familiares foram inseridos no movimento.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

3.1 Loucura e dispositivos legais.

Do ponto de vista jurídico, houve algumas leis na história brasileira que versavam sobre as pessoas com doenças mentais. Desde dos anos 70, assistência às pessoas em sofrimento mental no Brasil passou por significativas mudanças, sendo três decretos bastante relevantes para entendermos como esse processo ocorreu. Visto isso, durante quase setenta anos, a normativa que regeu o atendimento aos sujeitos com doenças mentais foi o decreto 24.559/1934, que foi substituído pelo projeto de lei 3.657/1989, que foi substituído pela diretriz presente na lei 10.216/2001 (DO ESPIRITO SANTO, 2021).

Diante disso, o decreto 24.559/1934 versa a respeito da profilaxia mental, da assistência e da proteção ao indivíduo e aos bens dos “psicopatas”. Nessa época, houve o desaparecimento do termo alienado, o que reflete uma nova perspectiva proposta pelo decreto de 1927 que estabelecia uma diferenciação entre psicopata – que seria todo doente mental - e alienado – que seria o doente mental perigoso para si ou para a sociedade, estando sujeito às restrições de natureza tanto penal quanto civil (AZEVEDO, 2003). Além disso, o decreto de 1934 manifestou o auge do movimento de medicalização da sociedade no Brasil. Naquela época, acreditava-se que o futuro da nação brasileira era dependente da vitória sobre as doenças que afligiam a população; sendo assim, as noções de profilaxia e a higiene mental ganharam força naquele momento. Observou-se ainda a ideia de que o doente mental era desprovido de seus direitos civis (MAFTUM et al., 2010).

Ademais o Decreto de 1934 é o mais longo - com trinta e quatro artigos – e versa a respeito de uma diversidade de questões como por exemplo: o tratamento e a proteção legal dos psicopatas; a proteção de seus bens; a instituição do Conselho de Proteção aos Psicopatas; a obrigatoriedade de indivíduo habilitado na direção do estabelecimento;

assim como outros pontos a respeito dos quais passou-se a legislar. Nessa época, as categorias utilizadas para fazer referência ao público-alvo da lei eram as seguintes: psicopatas; doentes mentais; doentes; internandos; pacientes; enfermos; indivíduos suspeitos e menores anormais. Sobre este último, consiste no único termo voltado à infância e adolescência e dizia a respeito às crianças com deficiência; surdas; epiléticas; indisciplinadas; cegas; ou que possuíam déficit nos estudos e vários outros modos de ser, estar e experienciar a vida. No entanto, essa categoria geralmente envolvia as crianças e adolescentes pertencentes às classes mais pobres, que eram compreendidos na época enquanto um problema a ser sanado pelas políticas de Estado (SERRA, 2011).

O Decreto de 1934 foi substituído pelo Projeto de Lei 3.657/1989 que preconizou a extinção gradual dos manicômios e a substituição dos mesmos por outros recursos assistenciais (BRASIL, 1989). Ademais, ele regulamentou a internação psiquiátrica de natureza compulsória. Visto isso, o texto é bem curto, possuindo somente quatro artigos e uma justificção (DO ESPIRITO SANTO, 2021). Visto isso, uma parte da justificção do projeto 3.657/1989 menciona a Lei 180, que foi sancionada no ano de 1978, em solo italiano. A relação existente entre a desinstitucionalização brasileira e a experiência italiana é bastante significativa. Sobre isso,

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais. Seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos de existência da “Lei Basaglia”. A inexistência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção (BRASIL, 1989).

Ao longo dos doze anos nos quais o projeto de lei de 1989 esteve em vigor, houve sete estados brasileiros que aprovaram leis nele embasadas, os estados foram: Rio Grande

do Sul, Espírito Santo, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais, Paraná e Distrito Federal, esses estados sancionaram suas próprias leis antimanicomiais sancionadas entre os anos de 1992 e 1995 (BRITTO, 2004).

O projeto de lei de 1989 foi substituído em 2001 quando o então presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou a lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 conhecida como Política Nacional da Saúde Mental. Esta lei versa a respeito da proteção e direitos dos sujeitos que possuem transtornos mentais assim como redireciona o modelo assistencial voltado à saúde mental. De acordo com o documento,

Parágrafo único - São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas teve como intuito um modelo assistencial em Saúde Mental de natureza aberta e de base comunitária, cuja formulação teve como modelo muitas experiências internacionais de mudança – que visavam a superação do modelo hospitalocêntrico - que aconteceram na Europa e nos Estados Unidos na época posterior à Segunda Guerra Mundial (CARDOSO, 2014). Segundo a lei,

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais [...] O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (BRASIL, 2001).

A lei de n. 10.216, de 6 de abril de 2001 regulamentou as internações - que foram divididas entre compulsórias, voluntárias e involuntárias - além de definir a

obrigatoriedade de comunicar as internações realizadas de maneira involuntária ao Ministério Público. (BRITTO, 2004). Sobre as instituições que possuem características asilares, a lei diz

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (...). § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

Posteriormente, foi instituída a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Essa portaria instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para indivíduos que possuem sofrimento ou transtorno mental e pessoas com necessidades provocadas pela utilização de crack, álcool e outras drogas, na esfera do Sistema Único de Saúde. Sobre a Rede de Atenção Psicossocial temos,

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011)

A portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, no artigo 7 afirma que o ponto de atenção do RAPS na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

3.2 O Centro de Atenção Psicossocial.

A partir do ano de 2001 - com base nos ideais da Reforma Psiquiátrica - há a imposição legislativa que já leva em consideração o tratamento biopsicossocial das pessoas em sofrimento mental, garantindo assim : o cuidado integral dos usuários; sua

inserção social; o atendimento por equipe multiprofissional; além de atividades intersetoriais no território de atuação dos serviços desse novo modelo, que tem como objetivo o surgimento de uma rede de cuidados e que compreende que o território é um recurso relevante de inserção social. Diante disso, os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico surgiram pioneiramente no Brasil através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), eles foram criados inicialmente pela portaria GM 224/9. Visto isso, com os progressos realizados pela Política Nacional de Saúde Mental no Brasil - nos dias atuais - os CAPS integram os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estão vinculados com a Atenção Primária, tendo como intuito integrar sistemicamente os serviços e ações de saúde que possam prover a atenção integral aos sujeitos que necessitem e que são porta de entrada de qualquer cidadão brasileiro no Sistema Único de Saúde – Portaria 4279/MS de 2010 (LEANDRO, 2021).

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos CAPS, sendo serviços de saúde mental de caráter aberto e comunitário, com o intuito de atender a população de sua área de abrangência, efetuando tanto o acompanhamento clínico quanto a reinserção social dos usuários, sendo essencial no auxílio para a criação de uma organização de rede intersetorial, além da organização política e social. Isso ocorre por meio da Assistência Social, Secretaria da Educação, Habitação, Esporte, Cultura, Trabalho e Economia Solidária, Segurança Pública, Judiciário, Conselho Municipal de Saúde, assim como de outros conselhos participativos da sociedade civil - como associações de familiares, os movimentos sociais, assim como as parcerias com cidades próximas (LEANDRO, 2021).

A Rede de Atenção Psicossocial é formada por uma diversidade de serviços e equipamentos, tais como: os CAPS; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs); e os leitos de Atenção Integral – localizados tanto nos CAPS III quanto nos Hospitais Gerais. Além

disso, também há o programa de Volta para Casa – Lei n.10.708 de 2003 – que consiste em um auxílio - reabilitação psicossocial voltado para pessoas egressas de internações psiquiátricas longas (LEANDRO, 2021).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde de natureza aberta e comunitária do Sistema Único de Saúde (SUS). Os CAPS são um local tanto de referência quanto de tratamento para indivíduos que sofrem de doenças mentais tais como: psicoses, neuroses graves e outras patologias mentais as quais a severidade e a persistência justifiquem a permanência dessa pessoa em um local que seja dispositivo de cuidado de natureza intensiva. Sendo assim, o objetivo do CAPS é fornecer atendimento à população que habita em sua área de abrangência, oferecendo não somente o acompanhamento clínico como também auxiliando na reinserção social de seus usuários através do acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e também auxilia no fortalecimento dos vínculos com seus familiares e com a comunidade. Diante disso, é um serviço de saúde mental que foi criado para substituir o modelo anterior que consistia nas internações nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Para receber atendimento no Centro de Atencional Psicossocial, a pessoa pode buscar diretamente esse serviço ou ser encaminhada pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer outro serviço de saúde. O indivíduo pode ir sozinho ou acompanhado, devendo procurar de forma preferencial o CAPS que atende à região onde mora (BRASIL, 2004).

Quando o indivíduo chega ele deve ser acolhido e escutado em seu sofrimento. Esse acolhimento pode ocorrer de muitas maneiras em conformidade com a organização do serviço. O intuito nesse primeiro contato é entender a situação, de maneira mais ampla possível do sujeito e iniciar um relacinamento terapêutico e de confiança com os

profissionais que trabalham no CAPS. Além disso, o estabelecimento de um diagnóstico apesar de ser importante, não é o foco principal desse momento de primeiro contato com o usuário (BRASIL, 2004).

Depois disso, deve-se desenvolver em conjunto uma estratégia ou projeto terapêutico para cada pessoa. Caso ela recuse ou não possa ser beneficiada com o atendimento do CAPS, ela deve ser encaminhada para outro serviço de saúde que tenha mais conformidade com sua necessidade. Se uma pessoa não possui condições de acesso ao serviço, ela poderá ser atendida por um profissional do CAPS em domicílio (BRASIL, 2004). Visto isso, os objetivos do CAPS envolvem:

a prestação de atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental [...] (BRASIL, 2004, p.13).

Entre os objetivos do CAPS encontram-se o incentivo para que tanto os familiares quanto a comunidade sejam parceiros no tratamento dos usuários. Dessa forma, os familiares podem se envolver incentivando o sujeito em sofrimento mental a participar do tratamento oferecido, como também podem auxiliar nas atividades internas e comunitárias de integração social. Enquanto a comunidade pode participar através de doações, cessão de instalações, prestação de serviços e realização de algum evento por exemplo (BRASIL, 2004). Sendo assim, para que o trabalho do CAPS seja efetivo, é essencial que tanto familiares quanto a comunidade constituam uma rede de apoio para o serviço e seus usuários, sobre isso:

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes

de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, p.11).

É essencial que haja protagonismo dos usuários no CAPS. Dessa forma, os pacientes devem ser convidados a participar dos debates a respeito dos serviços terapêuticos da instituição. A equipe técnica deve facilitar para que os usuários se apropriem de seu projeto terapêutico, uma forma de isso acontecer é através do Terapeuta de referência que é uma pessoa essencial nesse processo e necessita refletir a respeito do vínculo que o usuário está estabelecendo com o CAPS e seus profissionais e incentivá-lo a se engajar de maneira ativa no tratamento ofertado e no desenvolvimento de vínculos sociais. Visto isso, os usuários do serviço também devem ser incentivados a participar das assembléias. As associações de usuários e/ou familiares em muitos casos emergem dessas assembléias que debatem a respeito as necessidades tanto do serviço quanto dos usuários. Além disso, os usuários devem ser incentivados a criar suas associações ou cooperativas, um local onde seja possível discutir seus problemas comuns e procurar soluções coletivas para questões sociais e de direitos fundamentais que vão além das possibilidades de atuação dos CAPS (BRASIL, 2004).

Visto isso, as organizações de usuários e/ou familiares têm desempenhado um papel fundamental na alteração do modelo assistencial nacional, seja por conta da participação ativa no debate a respeito dos serviços de saúde mental, seja na promoção de atividades que se destinam a promover a maior integração social, seja na geração de renda e emprego, assim como na garantia dos direitos sociais de usuários e familiares de indivíduo em sofrimento mental (BRASIL, 2004).

Visto isso, há diferentes tipos de CAPS, são eles o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CSPSad. O CAPS I e o CAPS II são locais onde há ocorre o atendimento diário de adultos que sofrem de patologias mentais de caráter severo e persistente, pacientes esse que estão inseridos na população de abrangência do CAPS em questão. No CAPS III há

o atendimento diário e noturno de adultos com patologias mentais de natureza severa e persistente, cujo funcionamento se estende durante os sete dias da semana (BRASIL, 2004).

O CAPSi é um serviço de atenção diária voltado para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos psicológicos severos. Essa categoria envolve crianças e adolescentes com autismo, psicoses, neuroses graves, entre outros. O trabalho é realizado em parceria com a rede de saúde, educação e assistência social associadas ao cuidado da população infanto-juvenil (BRASIL, 2004). De acordo com a literatura algumas ações auxiliam no tratamento e nas possibilidades de melhora dos pacientes e estão incorporadas no planejamento terapêutico dos CAPSi. Sobre isso:

O tratamento tem mais probabilidade de sucesso quando a criança ou adolescente é mantida em seu ambiente doméstico e familiar. As famílias devem fazer parte integrante do tratamento, quando possível, pois observa-se maior dificuldade de melhora quando se trata a criança ou adolescente isoladamente. O tratamento deve ter sempre estratégias e objetivos múltiplos, preocupando-se com a atenção integral a essas crianças e adolescentes, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia [...] As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar [...] Deve-se ter em mente que no tratamento dessas crianças e adolescentes, mesmo quando não é possível trabalhar com a hipótese de remissão total do problema, a obtenção de progressos no nível de desenvolvimento, em qualquer aspecto de sua vida mental, pode significar melhora importante nas condições de vida para eles e suas famílias. Atividades de inclusão social em geral e escolar em particular devem ser parte integrante dos projetos terapêuticos (BRASIL, 2004, p.23).

O CAPSad é destinado ao atendimento diário de pessoas que possuem transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, este CAPS em específico possui leitos de repouso somente para casos de tratamento de desintoxicação. Com isso, os CAPSad precisam fornecer atendimento diariamente a sujeitos que utilizam de forma prejudicial álcool e outras drogas, possibilitando o planejamento terapêutico no interior de uma ótica individualizada de progresso constante. Além disso, possibilita intervenções precoces, restringindo o estigma que é associado ao tratamento. Dessa

forma, o serviço está pautado nos serviços comunitários, contando com o suporte dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, assim como outras ações de atenção comunitária – como, por exemplo, a internação de caráter domiciliar, a introdução comunitária de serviços, em conformidade com as necessidades do público alvo do serviço. Os CAPSad desenvolvem diversas ações que envolvem desde o atendimento individualizado – de natureza medicamentosa, psicoterápica e de orientação - até atendimentos realizados em grupos ou oficinas terapêuticas e as visitas à domicílio. Além disso, devem ofertar condições para que haja o repouso e a desintoxicação ambulatorial de usuários que precisem desse tipo de atendimento sem que haja necessidade de atenção clínica hospitalar (BRASIL,2004). O CAPSad também atua de forma preventiva, sobre isso:

A prevenção teria como objetivo impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedir uma “escalada” do uso e minimizar as conseqüências de tal uso. A lógica que sustenta tal planejamento deve ser a da Redução de Danos, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as conseqüências globais de uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPSad (BRASIL, 2004, p.24).

Com isso, as estratégias de prevenção precisam envolver o uso em conjunto de algumas ações tais como: oferecer informações a respeito dos danos provocados pelo álcool e por outras drogas; propor alternativas de lazer e atividades livres de drogas; tornar mais fácil a identificação de conflitos pessoais e, em seguida, o acesso ao suporte para tais conflitos. Além disso, devem procurar acima de tudo auxiliar no fortalecimento dos laços afetivos, assim como no estreitamento de vínculos sociais e no fortalecimento da auto-estima dos sujeitos. Dessa forma, os CAPSad devem construir articulações que sejam consistentes com os Hospitais Gerais de seu território, para agirem como suporte ao tratamento (BRASIL,2004).

Nos dias atuais, tanto os CAPS, quanto os Núcleos de Atenção Psicossocial, os Centros de Referência em Saúde Mental e também outros tipos de serviços substitutivos que emergiram no Brasil, são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e são parte da rede do Sistema Único de Saúde, sobre isso:

[...] Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p.12).

O CAPS realiza atividade tais como: tratamento medicamentoso; atendimento a grupo de familiares; atendimento individualizado a famílias; orientação; atendimento psicoterápico; atividades comunitárias; atividade de suporte social; oficinas culturais; visitas domiciliares; desintoxicação ambulatorial e oficinas terapêuticas. Estas últimas podem ser: oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda ou oficinas de alfabetização e são parte importante do tratamento oferecido, sobre isso:

[...] são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004, p.20).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos também fazem parte dessa política, eles possuem como intuito: a diminuição progressiva dos leitos psiquiátricos e o aumento e fortalecimento da rede extrahospitalar, formada sob responsabilidade - em sua maioria - dos Centros de Atenção Psicossocial. Além disso, outras propostas envolvem: a inserção das ações de saúde mental na atenção básica; a atenção integral as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, assim como a elevação da cobertura do programa "De volta para casa" (LEANDRO, 2021).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são casas destinadas a responder às necessidades de moradia de sujeitos que deixaram os hospitais psiquiátricos ou que permaneceram por pelo menos dois anos ininterruptos de internados em hospital psiquiátrico. Apesar dos Serviços Residenciais Terapêuticos se configurarem sob a responsabilidade de um equipamento da saúde, estas casas devem ser capazes primeramente de assegurar o direito à moradia das pessoas que se encaixam nos critérios estabelecidos pelo programa, além de ajudar o morador em seu processo de reintegração na comunidade. De forma geral, as casas possuem funcionários que são designados para apoiar os moradores tanto nas atividades como nos dilemas e conflitos cotidianos do morar. Além disso, os usuários possuem o direito de circular no município como uma forma de busca da autonomia do sujeito (LEANDRO, 2021).

3.3 O retrocesso da Reforma Psiquiátrica.

Por último, cabe fazer um adendo para chamar a atenção sobre o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira que ocorreu nos últimos anos. Desde 2016, observou-se pela primeira vez um rápido processo de desmonte em relação aos avanços obtidos pela reforma psiquiátrica (DELGADO, 2019).

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados aproximadamente quinze documentos normativos - portarias, resoluções, decretos e editais - que compõem o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de Nova Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2019). Nessa nova política são incentivadas tanto a internação psiquiátrica quanto a separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser chamada de Política Nacional sobre Drogas, tendo esta uma significativa ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e em uma perspectiva de natureza tanto proibicionista quanto punitivista das problemáticas

provocadas pela utilização de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019). Sobre isso, a tabela 1 traz algumas informações importantes sobre o assunto.

Nome	Data	Tipo de normativa
Portaria Ministério da Saúde (MS) 1.482	25 de outubro de 2016	Portaria MS
Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	14 de dezembro de 2017	Resolução da CIT/MS
Portaria MS 3588	21 de dezembro de 2017	Portaria MS
Portaria Interministerial n. 2 – Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), MS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Ministério do Trabalho (MT)	21 de dezembro de 2017	Portaria Interministerial
Resolução CIT 35	25 de janeiro de 2018	Resolução CIT
Resolução CIT 36	25 de janeiro de 2018	Resolução CIT
Resolução n.1 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD)	9 de março de 2018	Resolução CONAD
Edital 1/18 – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD)/ Ministério da Justiça (MS, MT e MDS)	25 de abril de 2018	Edital SENAD
Portaria MS 544	7 de maio de 2018	Portaria MS
Portaria MS n. 2.434	15 de agosto de 2018	Portaria MS
Portaria MS n. 3.659	14 de novembro de 2018	Portaria MS
Portaria MS n. 3.718	22 de novembro de 2018	Portaria MS
Nota Técnica n. 11/2019-Coordenação Geral de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/MS	4 de fevereiro de 2019	Nota Técnica
Decreto presidencial n. 9.761	14 de abril de 2019	Decreto presidencial

Fonte: autores

Tabela 1. Documentos normativos com incidência sobre a Política de Saúde Mental, 2016-2019. Fonte: Tabela retirada de (CRUZ, 2020).

Acima podemos observar uma tabela com a lista dos 15 documentos normativos emitidos entre os anos de 2016-2019 cujo conteúdo – de alguma forma – impacta negativamente a Política Nacional de Saúde Mental. A partir disso, comentaremos sobre alguns deles.

No ano de 2016, o governo de Michel Temer instituiu uma medida provisória, que depois acabou se tornando a Emenda Constitucional 95/2016, que determinava o congelamento pelo período de 20 anos dos recursos voltados às distintas políticas de natureza social, entre as quais o Sistema Único de Saúde. Com isso, iniciou-se um período - agravado nos anos seguintes - de redução dramática do já insuficiente financiamento do sistema público de saúde (CRUZ, 2020). Sobre a Emenda Constitucional n. 95, promulgada em 15/12/2016,

Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiro [...]ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias. As despesas ficam limitadas ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo. (BRASIL, 2016, p.1).

Visto isso, é possível afirmar que o marco inicial da nova política foi a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que ocorreu em 14/12/2017. Essa resolução estabelece as novas diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, uma vez que a resolução reformula o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da Rede. O texto defende que leva em consideração a lei federal 10.216/2000. Porém, desde que a Reforma Psiquiátrica ocorreu, é a primeira vez na qual pauta-se - nas políticas de saúde mental - o hospital psiquiátrico como uma parte integrante do cuidado na rede. Além disso, a resolução aponta para um maior financiamento dos hospitais psiquiátricos (CRUZ, 2020).

Uma semana após a resolução 32 da CIT, foi publicada a portaria MS 3.588, de 21/12/2017, que institui o CAPSad IV (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV). Essa resolução eleva o tamanho das Residências Terapêuticas e das enfermarias de leitos de saúde mental nos hospitais gerais - além disso- eleva os recursos hospitalares (Brasil, 2017).

Em 7 de maio de 2018, o CAPSad IV foi inserido no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde pela portaria MS 544 (Brasil, 2018). Posteriormente, em agosto de 2018, a portaria MS n. 2.434 elevou o financiamento das internações psiquiátricas com duração de mais de 90 dias (Brasil, 2018), sendo que a longa permanência hospitalar foi amplamente questionada pela Reforma Psiquiátrica. Naquela época, existia um consenso de que as internações longas não tinham um papel terapêutico, devendo assim ser substituídas por outras maneiras de cuidado e moradia, como - por exemplo - o retorno aos familiares com o suporte do Centro de Atenção Psicossocial, Programa De Volta para Casa, ou mesmo o abrigamento com apoio da Rede de Atenção Psicossocial. Dessa forma, o financiamento com valor reduzido para estas internações – vigente naquela época - fazia com que as equipes buscassem outras maneiras de lidar com os casos, buscando outras saídas que não a institucionalização.

Em fevereiro de 2019, foi publicada a Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que gerou grande repercussão, uma vez que ela deixava explícito o objetivo de transformar o modelo assistencial vigente naquela época, apresentando-se como uma Nova Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2019).

No entanto, é importante esclarecer que as alterações realizadas na Política Nacional de Saúde Mental não foram realizadas por esta Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, mas sim pelas portarias, resoluções e editais que a embasam. Visto isso, cabe ressaltar que no período entre dezembro de 2017 até a publicação da nota, seus elementos normativos foram publicados sob a defesa de que estariam fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial, ainda que o conteúdo indicasse o oposto. Dessa forma, a Nota Técnica n. 11/2019 é um marco da alteração no discurso, na qual o governo - recém-empossado na época – reconhece que se trata de outro modelo. Além disso, o texto questiona diretamente a respeito da efetividade do modelo que vigorava até então e a

direção de uma política embasada no cuidado comunitário, defendendo a necessidade de elevação do número de leitos psiquiátricos, além de se opor à ideia de fechar hospitais. Ademais, defende ser democrático ao se pautar em debates feitos com mais de 70 entidades supostamente entendidas da realidade da saúde mental brasileira. Afirmção esta que pode ser contestada, uma vez que não esclarece quais foram as entidades consultadas ou o critério adotado para participação delas no debate. Sobre isso, cabe lembrar que, naquela época, as instâncias oficiais do controle social - como os conselhos profissionais da psicologia, da enfermagem, do serviço social; as entidades como a Abrasco e a Abrasme e pesquisadores do campo - foram excluídas de participar do debate e tiveram seus posicionamentos – na época, amplamente divulgados e/ou registrados em meios oficiais - desconsiderados (CRUZ, 2020).

Visto isso, um componente da nota que não tinha sido estabelecido nas normativas que a antecederam foi a apresentação da eletroconvulsoterapia como um exemplo de “disponibilização do melhor aparato terapêutico” (Brasil, 2019, p. 6). Isso ignora os registros históricos de que a eletroconvulsoterapia era utilizada com frequência enquanto instrumento de tortura e punição nas instituições manicomiais no período anterior à Reforma Psiquiátrica. Ainda que existam indicações técnicas para o uso da eletroconvulsoterapia, elas se referem a uma parte muito reduzida dos casos de transtorno mental grave e não são uma alternativa de tratamento em larga escala, como a nota técnica defendeu (CRUZ, 2020).

Além disso, cabe ressaltar a maneira como a nota técnica faz referência às crianças e adolescentes, dando enfoque desnecessário à internação psiquiátrica. De acordo com a A Nota Técnica,

não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade (sic) em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência” (Brasil, 2019, p. 24).

Em abril de 2019, o então presidente da república publicou o decreto 9.761, aprovando a nova Política Nacional Sobre Drogas. Ela colocou o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas nas esferas referentes às políticas de educação, assistência social, saúde, trabalho, esportes, habitação, cultura, trânsito e segurança pública, no que diz respeito à temática das drogas. Ela prevê apoio financeiro não somente ao trabalho das comunidades terapêuticas, mas sim àquelas entidades que ou as congreguem ou as representem, assim como o seu aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional (Brasil, 2019). Ela teve o potencial de aumentar o estigma ao propor campanhas defendendo que a pessoa que utiliza drogas auxiliaria no financiamento de grupos criminosos. Ademais, esta política lesou explicitamente a laicidade do Estado ao propor que a espiritualidade deve ser reconhecida no tratamento e prevenção. Além disso, pretendia introduzir um processo de avaliação permanente dos programas, projetos, ações e iniciativas de prevenção feitas pelos Governos a nível federal, estadual, distrital e municipal, fiscalizando assim qualquer ação que esteja ligada às temáticas do álcool e outras drogas, com possibilidade de bloquear ou conceder recursos de natureza financeira tanto para a continuidade quanto para a implementação das mesmas (CRUZ, 2020).

Uma vez que esta política foi um decreto presidencial, isso faz com que esta política tivesse uma institucionalidade maior do que as resoluções e portarias que a antecederam. Pretendia - se então o estabelecimento enquanto política de Estado, e não somente de governo. Colocando, dessa forma, a gestão dos recursos e administração destas ações sob os Ministérios da Cidadania e da Justiça e Segurança Pública, tendo assim, o potencial de interferir em pesquisas, formação, prevenção e cuidado relacionados ao uso de drogas (CRUZ, 2020). Sobre a política das drogas,

O retrocesso na política sobre drogas é o ponto mais sensível dessa catástrofe. O paradigma dos direitos humanos, tolerância, combate ao estigma e redução de danos, na política de drogas, tornou-se, desde 2003, o desafio constante e cotidiano para todos os trabalhadores do campo da Reforma Psiquiátrica. (...)

Esta aposta foi estrepitosamente derrotada, pela ideia quase delirante de confinamento de todos os “drogados”. O golpe de 2016 rompeu o equilíbrio instável entre as visões de controle/confinamento e de acolhimento/inclusão social no âmbito da política de drogas (...). É aqui, no front da política de drogas, nessa terra sem lei pelo excesso da lei, que temos o mais difícil enfrentamento na resistência ao desmonte da Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2019).

Ao longo deste capítulo foi discutida a trajetória histórica das leis que versavam sobre as pessoas que sofrem com doenças mentais no Brasil, assim como discutimos a Política Nacional de Saúde Mental e a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que instituiu os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são instituições com o objetivo acolher os sujeitos com transtornos mentais, assim como realizar o estímulo da integração tanto social quanto familiar, dar suporte nas iniciativas de procura de autonomia, fornecer atendimento tanto médico quanto psicológico. Assim, sua característica mais relevante consiste na procura por integrar os pacientes em sofrimento mental ao ambiente social e cultural concreto, ou seja, o espaço no qual o sujeito desenvolve sua vida cotidiana. Dessa forma, os CAPS são a estratégia principal do processo conhecido como Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004). No entanto, vimos que nos últimos anos, houve um processo de desmonte destas políticas, o que nos mostra que é preciso constante luta para aquisição e manutenção de direitos no Brasil.

4 A LUTA ANTIMANICOMIAL ENQUANTO MOVIMENTO SOCIAL

4.1 Teorias tradicionais dos Movimentos Sociais.

Para entender o Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil, é necessário compreender anteriormente a literatura dos movimentos sociais, as mudanças que as teorias sofreram com o passar dos anos, as especificidades da teoria nos Estados Unidos, na Europa, na América Latina e no Brasil, e de que forma a luta antimanicomial se insere nesse contexto.

Nos anos 60 emerge o debate sobre movimentos sociais no ambiente acadêmico ocidental, isso ocorreu devido ao fato de que, na época, os movimentos sociais ganharam visibilidade na sociedade civil enquanto fenômenos históricos concretos. Nesse sentido, surgem algumas teorias buscando explicar o fenômeno, entre elas: as teorias clássicas americanas sobre as ações coletivas, a teoria da Mobilização de Recursos, a teoria da Mobilização Política, as teorias Marxistas de análise dos movimentos, a teoria dos Novos Movimentos Sociais e, por último, o paradigma latino-americano (GOHN, 1997). Visto isso, abordaremos brevemente cada teoria.

Nas ciências sociais norte-americanas, a perspectiva clássica a respeito dos movimentos sociais esteve ligada ao desenvolvimento inicial da Sociologia nos Estados Unidos. Naquela época, os comportamentos de natureza coletiva eram compreendidos enquanto resultado dos conflitos sociais. Visto isso, a concepção de anomia social estava presente, bem como as justificativas tinham enfoque nas reações de caráter psicológico em relação aos receios e frustrações, assim como nos dispositivos de ruptura da ordem social vigente. Acreditava-se que estes elementos em conjunto com ideologias de natureza homogeneizadora eram condições para o surgimento dos movimentos sociais. Além disso, o sistema político era compreendido enquanto uma sociedade de caráter

aberto a todas as pessoas, com pluralidade e permeabilidade. Ademais, acreditava-se que os movimentos sociais não teriam habilidade para influenciar de fato o sistema político por possuírem características espontâneas e exclusivas. Diante disso, apenas os partidos políticos, assim como os grupos de interesse e alguns líderes teriam capacidade de influenciar o sistema político (GOHN, 1997).

A perspectiva clássica predominou esta área de estudos até os anos 70 seguindo a abordagem sócio-psicológica da escola de Chicago. Segundo seus teóricos, os conflitos sociais provocavam alterações de natureza psicológica e faziam com que o sujeito se comportasse de forma anormal (TONI, 2001). Sobre isso,

A abordagem sobre as ações e os comportamentos coletivos dominou a sociologia norte americana [...]. Ela tem sido denominada abordagem clássica. Podemos datar seu início nos estudos de Park e seus colegas da Escola de Chicago, nos trabalhos da escola do interacionismo simbólico de Simmel e Blumer. As doutrinas do interacionismo simbólico norte-americano viram os movimentos como problemas sociais, um fator de disfunção da ordem. Elas se preocupavam em entender o comportamento dos grupos sociais (GOHN, 1997, p. 328).

Visto isso, emergiram muitas variações das abordagens clássicas que compartilhavam premissas em comum, são elas: a crença de que a ação política seria ou convencional-institucional ou seria coletiva e não – institucional; a ação coletiva não-institucional não seria orientada pelas estruturas de natureza social existentes e emergiria para manejar eventos sem definição ou sem estrutura; estas situações aconteceriam ao longo de momentos de alteração estrutural na sociedade e também caso órgãos referentes ao controle social entrassem em colapso; os conflitos, o estresse, a frustração e o descontentamento enquanto produtos provocariam os sujeitos a se engajarem nas formas de ação coletiva não-institucional; a ação coletiva não-institucional orientaria-se por ciclos que poderiam mudar da ação de natureza espontânea das massas para a formação dos movimentos sociais; e a emergência dos movimentos sociais nesses ciclos aconteceria

através de formas rudimentares de comunicação, por exemplo, pelo contágio e rumores (TONI, 2001).

Sucintamente, a perspectiva clássica interpretava os movimentos sociais como um comportamento de natureza anormal que emerge em resposta a alterações estruturais na sociedade e em reação aos conflitos que deles derivam. Visto isso, há cinco modelos principais que tiveram como intuito explicar a ação coletiva, são eles: a teoria do comportamento coletivo; a sociedade de massas; a inconsistência de status; a privação relativa; e a curva -J (TONI, 2001).

A teoria do comportamento coletivo justificava os movimentos sociais enquanto uma reação às ambiguidades de caráter normativo causadas pelas alterações na sociedade. Os teóricos desta vertente não levavam em consideração nenhuma forma de alteração social em particular como sendo o motivo principal dos movimentos sociais, assim eles discutiam as mudanças de uma maneira mais geral. Sendo assim, tais alterações sociais teriam a capacidade de provocar a ruptura da ordem normativa de uma sociedade e a ruptura desta ordem elevaria tanto a ansiedade quanto a hostilidade, o que levaria os sujeitos a se engajarem nos movimentos sociais (TONI, 2001).

Visto isso, os autores da teoria da sociedade de massas compreendiam que o motivo central dos conflitos estruturais é a falta de uma estrutura de grupos intermediários através da qual os sujeitos conseguiriam realizar sua integralização na vida em sociedade e na vida política. Dessa forma, a ausência de estrutura faria com que os sujeitos ficassem isolados e se sentissem alienados e ansiosos. Esta perspectiva estava em conformidade com a ideia de anomia em Durkheim, o autor acreditava que a modernização levaria a eliminação da solidariedade comunitária e compelia os sujeitos a buscarem outros papéis e identidades através da adesão a novas coletividades (TARROW, 1998).

A teoria da inconsistência de status argumentava que a discrepância da posição de alguém em uma série de dimensões de status – tais como a educação e a renda – provocaria níveis de dissonância cognitiva, que levariam o sujeito a um desconforto, o que o levaria a se engajar em movimentos de ação coletiva (MCADAM, 1982). Enquanto as teorias de privação coletiva defendiam que a ação coletiva estava relacionada às expectativas frustradas de pessoas ou de grupos que estavam insatisfeitos com sua situação material ou seu status social em relação aos demais (TONI, 2001).

Por último, a teoria da curva-J - em uma tentativa de conciliar as ideias de Marx e Tocqueville - defende que as revoluções possuem maiores chances de ocorrer caso haja um período longo de crescimento tanto econômico quanto social que seja seguido por um período curto de reversão. Durante o período de prosperidade, os sujeitos criariam expectativas referentes à capacidade de suprir suas necessidades particulares e, dessa forma, no período em que houvesse uma crise, a ansiedade e a frustração geradas os levariam a se manifestarem. No entanto, os movimentos sociais que se difundiram tanto na Europa como nos Estados Unidos durante os anos 60, auxiliaram para que as teorias clássicas fossem questionadas. Uma das críticas mais fortes às teorias clássicas diz respeito ao fato de que elas negavam a presença de uma relação direta entre os problemas sociais e a ação política (TONI, 2001).

As mudanças de natureza política que aconteceram na sociedade norte-americana durante os anos 60 propiciaram a emergência da teoria da Mobilização de Recursos que surgiu como uma tentativa de analisar os movimentos sociais de sua época. Os teóricos desta vertente abordavam os movimentos sociais como grupos de interesses, sendo a característica principal desta teoria o recurso, ou seja, os recursos humanos, financeiros ou de infraestrutura. Acreditava-se que os movimentos surgiam quando se estruturavam oportunidades de natureza política para as ações coletivas, e também quando havia

disponibilidade de facilidades e de líderes, assim como sua estruturação do cotidiano estava relacionada à reserva de recursos, sendo os mais importantes os recursos de natureza econômica, de comunicação e de recursos humanos (GOHN, 1997). Sendo assim, essa teoria trata do estudo da relação existente entre o descontentamento constante no tempo e a elevação de recursos que possibilitam aos grupos se mobilizarem (MCADAM, 1982).

Visto isso, é possível observar oito tendências nesta teoria, são elas: a crença de que os movimentos sociais necessitam ser entendidos enquanto um modelo de ação coletiva de caráter conflituoso; ausência de uma diferença essencial entre a ação coletiva institucional e ação coletiva não-institucional; ambas as ações coletivas estão relacionadas aos conflitos de interesses que se formaram no interior das relações de poder institucionalizado; a ação coletiva estaria ligada à procura de natureza racional dos interesses coletivos; as metas e desentendimentos seriam resultado permanente das interações de poder e não seriam capazes de justificar a criação dos movimentos; a ação coletiva teria sua dependência atrelada às alterações tanto nos recursos quanto na organização e nas oportunidades; o sucesso seria evidenciado através do reconhecimento de um grupo como um ator político ou pela obtenção de benefícios de natureza material; e a mobilização estaria relacionada às organizações formais, às organizações burocráticas e às organizações com objetivos específicos e de grande escala (TONI, 2001).

A teoria da Mobilização Política – ou o modelo do processo político - introduziu novamente a psicologia social como uma ferramenta para entender os comportamentos de caráter coletivo dos grupos sociais (GOHN, 1997). Diante disso, os aspectos trabalhados por essa teoria foram “a reconceituação da figura do ator, as microrrelações sociais face a face, e a busca de especificação para os elementos gerados dentro de uma

cultura sociopolítica, com determinados significados.” (GOHN, 1997, p. 73). Além disso, houve o resgate dos valores, das ideologias e dos descontentamentos através de uma perspectiva que visava compreender a identidade coletiva dos grupos bem como sua interação com a cultura da qual faziam parte (GOHN, 1997). O modelo do processo político se concentrava nas relações estratégicas existentes entre os movimentos sociais e o ambiente onde operavam e salientava o contexto tanto político quanto social. Os teóricos desta vertente acreditavam que as novas tecnologias, assim como as novas maneiras de associação, seriam recursos que acabariam se tornando disponíveis aos grupos e às pessoas descontentes e esses recursos antecederiam a mobilização social, agindo como uma espécie de catalisadores do descontentamento dos sujeitos (TONI, 2001).

No contexto europeu, surgiu a Teoria Marxista e a teoria dos Novos Movimentos Sociais. A Teoria Marxista enfatizava o estudo dos processos históricos globais, as contradições existentes e a luta entre as distintas classes sociais, os teóricos dessa vertente associavam os movimentos sociais à questão da reforma ou revolução. Diante disso, os movimentos sociais eram analisados como reformistas, reacionários ou revolucionários, acreditava-se que o sujeito principal desses processos era a classe trabalhadora (GOHN, 1997).

Por outro lado, a Teoria dos Novos Movimentos Sociais - também conhecida como paradigmas orientados pela identidade - defendia explicações de natureza mais conjuntural, presentes na esfera política ou dos microprocessos da vida cotidiana, realizando recortes na realidade para poder observar a política dos novos atores sociais (GOHN, 1997). A este respeito,

Os NMS caracterizaram-se pelo estudo de movimentos sociais num approach mais construtivista, tomando como base movimentos diferentes dos estudados pelo paradigma clássico marxista. Eles se detiveram no estudo dos movimentos de estudantes, de mulheres, gays, lésbicas e em todo o universo das questões de gênero, das minorias raciais e culturais etc (GOHN, 1997, p.128).

Para os teóricos desta vertente, as associações e os grupos através dos quais as pessoas se organizavam não seriam apenas os meios para obterem uma mobilização que fosse em grande escala assim como obter seus ganhos políticos consequentes. Os estudiosos acreditavam que a organização em novos grupos seria um fim em si mesmo. Dessa forma, o desenvolvimento de uma identidade de grupo significaria a legitimação do mesmo na sociedade como um todo. Diante disso, a democratização estaria além da esfera estatal, devendo alcançar não somente o Estado com também o mercado e a sociedade (COHEN, 1985).

Nos anos 80, o diálogo entre os paradigmas norte-americano e a teoria dos Novos Movimentos Sociais gerou uma nova abordagem que passou a predominar na América - Latina. No contexto da América Latina, o que ocorreu inicialmente foi a internalização acrítica de teorias originadas em outros países a respeito dos movimentos sociais, uma vez que essas teorias tiveram origem em ambientes bastante distintos da realidade latino-americana e brasileira. Sobre isso,

A América do Norte, a Europa e a América Latina possuem contextos históricos específicos, e lutas e movimentos sociais correspondentes a eles. [...] Os pesquisadores de cada um destes blocos adotaram posturas metodológicas para realizar as análises de suas realidades nacionais, locais ou regionais. Na Europa e na América do Norte estas posturas geraram teorias próprias. Na América Latina as posturas metodológicas foram híbridas e geraram muitas informações, mas o conhecimento produzido foi orientado basicamente pelas teorias criadas em outros contextos, diferentes de suas realidades nacionais (GOHN, 1997, p.13).

O que desencadeou a nova fase de protestos de caráter social na América Latina foi a crise do Estado, isto é, o fracasso do Estado desenvolvimentista populista e do Estado oligárquico, assim como o abalo geral dos mecanismos de representação foram os elementos essenciais que desencadearam a crise. Com isso, o enfoque da pesquisa latino americana ao longo dos anos 80 e 90 foi na sociedade civil e não no Estado (TONI, 2001).

O paradigma latino-americano enfatizou o processo político das mobilizações e nas bases de natureza cultural que lhe fornecem sustentação, dessa forma, a estrutura das oportunidades pode ser considerada a categoria central desenvolvida. Sobre isso,

O paradigma latino-americano concentrou-se, em sua quase totalidade, nos estudos sobre os movimentos sociais libertários ou emancipatórios (índios, negros, mulheres, minorias em geral); nas lutas populares urbanas por bens e equipamentos coletivos, ou espaço para moradia urbana (nas associações de moradores e nas comunidades de base da Igreja), e nas lutas pela terra, na área rural. As teorias que orientaram a produção a respeito foram as dos paradigmas europeus, tendo predominância nos anos a vertente marxista e nos anos 80 a abordagem dos Novos Movimentos Sociais (GOHN, 1997, p. 15).

No contexto brasileiro, os movimentos sociais surgiram a partir da resistência à ditadura militar nos anos de 1970 sendo que sua construção coletiva ocorreu através de uma teia vinculada a outras organizações como os partidos políticos e sindicatos (DE SOUSA SANTOS & SANTOS, 2018). Visto isso, o avanço das políticas de natureza neoliberal foi um catalisador para a emergência de movimentos que se contrapunham à essa mentalidade. Visto isso, os movimentos envolviam diversos atores, entre eles: trabalhadores, mulheres, homossexuais, pessoas jovens e pessoas desempregadas por exemplo. As ações desses movimentos dos anos 70 foram fundamentais para a conquista de diversos direitos de natureza social (GOHN, 2011).

Posteriormente à internalização acrítica de teorias originadas em outros países a respeito dos movimentos sociais, o intercâmbio entre teóricos de nações distintas provocou mudanças nas teorias que foram se internacionalizando por conta da globalização da economia, assim como das tendências gerais dos processos sociais durante os anos 90. Visto isso, muitos analistas começaram a pesquisar os distintos contextos nacionais e utilizar análise comparativa para compreender as semelhanças e diferenças entre os processos. Diante disso, um desafio foi diferenciar o que seriam as tendências de natureza geral das tendências que seriam singularidades de cada contexto nacional e cultural (GOHN, 1997).

4.2 Teorias contemporâneas dos Movimentos Sociais.

A partir dos anos 2000, surge um novo cenário sociopolítico e econômico que altera as teorias aceitas até então, havendo um grande destaque das teorias fenomenológicas, reflexivas e estruturais. Dessa forma, as novas abordagens teóricas enfocaram a questão das identidades, as subjetividades de caráter coletivo, as redes de pertencimento e os laços de confiança. Além disso, houve uma preocupação com as redes sociais e digitais que provocaram a procura por compreender as relações entre o global e o local. Dessa forma, a função do pesquisador seria ao mesmo tempo cognitiva e política uma vez que ele deveria elaborar uma cartografia de processos sociais, sendo que os dados necessários para isso são construídos junto com o pesquisador, não sendo algo que se coleta pronto (GOHN, 2013). Sobre isso,

Neste novo século novíssimos sujeitos sociopolíticos e culturais entraram em cena, como os movimentos sociais globais, anti ou alterglobalização, movimentos transnacionais, entidades civis modernas, fóruns, conselhos e câmaras de participação. Várias lutas sociais se internacionalizam rapidamente, novos conflitos sociais eclodiram abrangendo temáticas que vão da biodiversidade e a questão biopoder, às lutas e demandas étnicas, assim como o retorno de lutas religiosas de diferentes seitas e crenças (NEGRI & COCCO, 2005).

Na América Latina, a partir dos anos 90, surge uma sociedade de natureza fragmentada e polimorfa. Diante disso, desenvolve-se ao longo dos anos 2000 um modelo de associativismo que tem como característica a inclinação tanto de grupos quanto de movimentos sociais organizados de se articularem em redes as quais surgem fóruns. Diante disso, os temas e problemas sociais que esses grupos e movimentos abarcam é bastante heterogêneo, envolvendo a cultura, a economia, relações tanto sociais quanto políticas, valores de natureza moral e religiosa, entre outros. Isso altera tanto a forma quanto a estrutura do associativismo da sociedade civil bem como sua relação com o Estado (GOHN, 2013).

Visto isso, as maneiras contemporâneas de associações civis que se organizam em rede são formadas - por exemplo - pelos movimentos sociais, as associações comunitárias, ônus, fóruns, conselhos câmaras e assembléias. Com isso, podemos dividir essas formas de associação em três blocos: os movimentos e ações de grupos identitários cuja reivindicação são direitos que podem ser de natureza social, política, cultura. Neste caso, são movimentos os quais fazem parte setores excluídos e pertencentes em sua maioria às camadas populares. Segundo, há os movimentos e organizações de luta que reivindicam melhores condições de vida e trabalho tanto no espaço urbano quanto no espaço rural, e que buscam obter acesso e condições para terra, moradia, alimentação e saúde por exemplo. Terceiro, há os movimentos globais ou globalizantes que atuam em redes de natureza sociopolítica e cultural através de fóruns, plenárias e colegiados por exemplo. Esses atores articulam e globalizam muitos movimentos sociais sejam eles locais, nacionais ou transnacionais (GOHN, 2013). Sobre isso,

[...] os motivos que permitem o avanço do que se convencionou chamar de movimentos sociais transnacionais organizados em redes estão associados às mudanças organizacionais, políticas e tecnológicas, o que pode ser observado pela perda da capacidade dos Estados nacionais em restringir e estruturar ação coletiva, pelo surgimento de uma rede de comunicações global e pelas oportunidades políticas nacionais que ampliam as questões ao nível das oportunidades transnacionais. Observa-se uma crescente globalização não só das agendas de muitos movimentos, mas também das formas de luta, notadamente a partir da incorporação das novas tecnologias da informação. Isto possibilita a formação de locais, nacionais e networks transnacionais (JACOBI, 2007, p. 316-317).

No que tange às redes de ação desses movimentos latino-americanos podemos dividi-los em três categorias: primeiramente os movimentos identitários que visam direitos sociais, políticos, econômicos e culturais. Desses movimentos fazem parte camadas sociais excluídas e populares, em sua maioria. Nesta categoria podemos incluir – por exemplo - as lutas das mulheres, dos indígenas, dos grupos geracionais, das pessoas com necessidade especial, lutas de pertencimento identitário coletivo. Em segundo, temos

os movimentos que visam melhores condições de vida e trabalho, tanto no meio urbano como no meio rural, que lutam por acesso e condições referentes à terra, à moradia, à alimentação, à educação, à saúde, etc. Em terceiro lugar, temos os movimentos globais ou globalizantes que agem em redes sociopolíticas e culturais através de fóruns por exemplo. Esses movimentos são responsáveis tanto pela articulação quanto pela globalização de muitos movimentos sociais de caráter local, nacional ou transnacional. No século XXI, observa-se o surgimento de novas formas de movimentos sociais, como os movimentos anti ou alterglobalização. Visto isso, muitas lutas sociais se internacionalizaram em pouco tempo, assim como novos conflitos surgiram abordando uma diversidade de temáticas como, por exemplo, o meio ambiente e as questões étnicas (GOHN, 2008).

Com relação ao associativismo civil presente na América Latina, observa-se para além das lutas, demandas e movimentos sociais, a existência de uma diversidade de ações e redes cidadãs que são movimentos sociais de fiscalização e controle das políticas públicas, esses movimentos atuam- por exemplo - em fóruns e conselhos, podem ser encontrados em especial na Colômbia e no Brasil (GOHN, 2008).

No que tange às abordagens teóricas dos movimentos sociais, entende-se que as teorias tem uma natureza ampla e diversa, havendo assim várias teorias neste campo. Com isso, cada paradigma interpretativo é composto de várias teorias. Visto isso, alguns eixos analíticos são: as teorias construídas a partir de eixos culturais; teorias cujo enfoque é a justiça social; teorias focadas na resistência dos movimentos sociais e as teorias que focam na institucionalização das ações coletivas (GOHN, 2008). A seguir, abordaremos brevemente cada um dos eixos temáticos.

As teorias em torno dos eixos culturais fazem referência ao processo de desenvolvimento de identidades – que podem ser tanto atribuídas quanto adquiridas – nas

quais distintos tipos de pertencimento são essenciais. Pertencimento esse que pode ser relativo - por exemplo - a um território específico, a um grupo étnico, uma religião, uma faixa etária, etc. Dessa forma, estabelece-se vínculos, e os indivíduos participantes desses movimentos desenvolvem tanto sentidos quanto significados para suas ações através da própria ação de natureza coletiva (GOHN, 2008).

Por outro lado, as teorias que salientam a justiça social enfatizam as temáticas relativas ao reconhecimento – das diferenças e desigualdades por exemplo – e as questões que envolvem a redistribuição de bens ou direitos como uma maneira de compensar desigualdades historicamente acumuladas. Visto isso, as teorias críticas que tiveram como predecessoras a Escola de Frankfurt, fornecem embasamento a essas abordagens (GOHN, 2008).

Há também as teorias que destacam a habilidade dos movimentos sociais de resistir. Visto isso, há a elaboração a respeito da temática da autonomia, ou seja, de maneiras de lutar visando a construção de um novo mundo e das novas interações sociais que não estejam com enfoque no mercado. Nessa abordagem, há uma forte crítica à ressignificação das lutas de natureza emancipatória e cidadã. Ressignificação essa promovida pelas políticas públicas que visam somente a integração social, que promove processo participativos, no entanto, deixa inconcluso com resultados satisfatórios a apenas um dos lados, que seria o lado que possui o controle sobre as ações realizadas. Dessa forma, há cidadanias tuteladas que são geradas nos processos de modernização conservadora. Com isso, o que ocorre é a troca de identidades políticas - que foram forjadas ao longo de longas jornadas de luta - por identidades construídas em gabinetes burocratizados (GOHN, 2008).

Por último, há as teorias que enfocam os processos de institucionalização das ações coletivas. Essas teorias atentam-se aos vínculos e redes de socialização

interpessoal, além de se preocupar com o desempenho de indivíduos nas instituições, organizações, associações, etc. Essas teorias são embasadas nas teorias de privação social que foram desenvolvidas pelos interacionistas simbólicos (GOHN, 2008).

No caso do Brasil, o que se observa são os movimentos sociais atuando no sentido de reivindicar direitos: civis, políticos, socioeconômicos, culturais, ambientais, por qualidade de vida, pela segurança pessoal, pela segurança coletiva e pela paz, além das reivindicações tradicionais, esses movimentos lutam pela criação de novos direitos. Com relação aos direitos civis, há uma luta pelo cumprimento de direitos humanos fundamentais como o registro civil e outros documentos do cidadão, liberdades civis e direito de ir e vir. Em relação aos direitos políticos, a luta é por participação direta dos movimentos sociais na criação de políticas públicas e sociais e maior participação da sociedade civil na criação dessas políticas. Com relação aos direitos socioeconômicos há reivindicação por acesso a terra, a produção, alimentação, saúde, trabalho e renda mínima. Em relação aos direitos culturais é a área na qual temos a maior demanda pela incorporação de novos direitos que diz respeito - por exemplo - ao reconhecimento sobre a origem e diversidade do povo brasileiro. Com relação aos direitos ambientais e do patrimônio cultural e histórico temos demandas como preservação das florestas, da biodiversidade, assim como demanda por direitos que protejam a produção material e cultural dos povos indígenas, entre outros (GOHN & BRINGEL, 2012).

4.3 Movimentos sociais e saúde mental.

A temática dos movimentos sociais está inclusa nos debates a respeito da Reforma Psiquiátrica tanto ao mencionar a Luta Antimanicomial quanto pelos conflitos presentes na esfera política quando há indícios de possível retrocesso no campo da saúde mental. O movimento de denúncia da mentalidade manicomial bem como a defesa da Reforma

Psiquiátrica é uma constante nas atuações dos movimentos sociais que estão envolvidos com a Reforma Psiquiátrica desde o início (DE SOUSA SANTOS & SANTOS, 2018).

Sobre isso,

Durante o período do Regime Autoritarista (1964-1984), a saúde pública no país recebeu poucos investimentos, sendo prioridade do governo, as instituições hospitalares. Na década de 70, iniciou a organização de movimentos sociais, como o Movimento da Reforma Sanitária-MRS, o qual questionava a situação de saúde no país e as Políticas de Saúde adotadas, voltadas para o modelo hospitalocêntrico (PEREIRA et al., 2009, p.765).

Os movimentos sociais na Reforma Psiquiátrica apresentam uma natureza complexa e múltipla que emergem enquanto uma possibilidade tanto de participação quanto de engajamento configurando uma esfera democrática de negociação e expressando os embates existentes. Além disso, esses movimentos também colocam em pauta na agenda política os interesses dos grupos considerados excluídos e marginalizados, ademais, há a visibilidade para as demandas de natureza social na esfera política o que promove a construção de sujeitos (AMARANTE & DIAZ, 2012). Houve uma união entre o movimento da Reforma Psiquiátrica com os movimentos sociais dos anos 90 e tal evento em adição à articulação com outros segmentos da sociedade, tais como: a sociedade civil, universidades e corporações da área por exemplo, foram fundamentais para consolidar a reorientação da saúde mental nacional (PITTA, 2011).

Dentre os movimentos que fazem parte da temática da loucura temos: os movimentos sociais e atores da Reforma Psiquiátrica, O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e A Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. O primeiro diz respeito a Reforma Psiquiátrica que teve origem em solo italiano e teve como expoente Franco Basaglia, este movimento teve forte repercussão no Brasil (DE SOUSA SANTOS & SANTOS, 2018). Enquanto que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental surge no ano de 1978 sendo essencial

no processo de reorientação da política de assistência aos doentes mentais. O movimento que contava com sindicalistas, associações de familiares e profissionais, trabalhadores e indivíduos com histórico de internações psiquiátricas de longa permanência provocou o início de uma reorientação política a respeito dos serviços assistenciais. Embora tenham desempenhado um trabalho essencial no desencadeamento da Reforma Psiquiátrica, o alcance do movimento se tornou limitado por causa da própria composição e dos espaços em que estavam locados seus participantes (AMARANTE, 2012).

Visto isso, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial refere-se a um movimento social organizado que surgiu na sociedade civil com a demanda de ampliação em nível nacional da proposta de uma nova maneira de abordagem e convívio dos doentes mentais no espaço social, tendo o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental ocorrido no ano de 1987 como seu marco oficial. O lema “Por uma sociedade sem manicômios”, levantado no congresso de Bauru, tornou-se o grande intuito da luta, legitimando tanto os movimentos como os espaços coletivos visando a superação do modelo hospitalocêntrico. Desde que foi criado, o movimento sofreu muitas alterações, em um primeiro momento, houve a ampliação do movimento com a implantação dos serviços substitutivos que incluíam a participação tanto de usuários como de familiares nos núcleos e organização do movimento. Com isso, no início dos anos 2000, ocorreu o processo de institucionalização do movimento no qual ocorreu uma maior participação nas esferas de controle social e na qualificação de sua representação. Dessa forma, a história de luta engajada e o compromisso com a desinstitucionalização fizeram desse movimento um grande ator da sociedade civil no processo de mudança no campo da saúde mental (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007). Sobre isso,

A luta do Movimento de Luta Antimanicomial teve e tem ainda a intenção de processar a desconstrução do modelo manicomial brasileiro, asilar e privatizante, não apenas questionando-o como aparato terapêutico, mas afrontando o discurso que médico-psiquiátrico que lhe dá sustentação (GOULART, 2015, p. 205)

Em um primeiro momento, a identidade da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial esteve atrelada a um movimento de gestores e profissionais da saúde que tinham como objetivo promover avanços na política pública. Visto isso, eles faziam parte do Movimento da Luta Antimanicomial, porém houve ruptura devido a conflito de ideias. Então, houve a criação do documento intitulado Fundação da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial que foi um manifesto pela luta antimanicomial que enviado ao Conselho Nacional de Saúde no ano de 2003. A partir disso, se instituiu a Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial que se organizou a partir do desenvolvimento de núcleos regionais desvinculados de qualquer instituição, partido ou governo, com poder de intervenção na esfera das políticas públicas de saúde mental de seu município, mantendo interlocuções em nível federal, estadual e municipal e, fortalecendo uma estruturação em uma rede articulada para garantia dos direitos dos doentes mentais (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

4.3.1 Os movimentos contra reformistas.

Assim como há movimentos sociais a favor da Luta Antimanicomial também há movimentos contrários. Existem movimentos contra reformistas formados por organizações médicas e pela Federação Brasileira de Hospitais que defendem que a rede de serviços de saúde mental criada para substituir os hospitais psiquiátricos tem provocado outra maneira de exclusão que é tão negativa quanto o modelo anterior. Com isso, esses movimentos conseguiram o apoio de algumas associações de familiares de pessoas com doença mental que questionam a capacidade tanto de gestão quanto de eficácia da política de saúde mental no processo que visa incluir o sujeito em sofrimento

mental, salientando tanto o processo de marginalização como o processo de abandono do doente mental nas ruas, viadutos e espaços públicos (DE SOUSA SANTOS & SANTOS, 2018).

Além disso, emergiram movimentos cujos ideais eram contrários aos ideais da luta antimanicomial visando disputar recursos e espaços no mercado da saúde mental. Embora haja reversão dos investimentos, o modelo hospitalocêntrico ainda persiste, demonstrando os interesses dominantes do setor privado. Um exemplo disso são as comunidades terapêuticas que nascem com uma tendência de caráter repressivo, moralista e sem planos claros de assistência para disputar a verba destinada aos projetos públicos de atenção (GOULART, 2015).

Diante disso, a perspectiva patologizadora e criminalizadora da loucura compõe o arcabouço ideológico daqueles que acreditam que a internação do doente mental é o único recurso possível para manter a ordem social. Dessa forma, a pessoa em sofrimento mental é compreendida como uma ameaça, sendo imposto sobre ela a construção de rótulos segregativos como periculosidade, incapacidade, invalidez e inimputabilidade (Luchmann e Rodrigues, 2006). Além disso, um outro argumento está ligado à responsabilização e a sobrecarga dos familiares no tratamento dos transtornos mentais. De acordo com essa perspectiva, a não internação refletiria uma recusa do Estado em auxiliar essas famílias, como uma maneira de desassistência e privação de direitos (DE SOUSA SANTOS & SANTOS, 2018).

4.4 Avanços e limites dos movimentos sociais no cenário da Reforma Psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica no contexto nacional sofreu influência do modelo da Psiquiatria Democrática Italiana que no ano de 1978, através da Lei Baságlia, propôs o

desaparecimento dos hospitais psiquiátricos e o surgimento de serviços que pudessem substituir esses hospitais. Todo esse processo se desenvolveu no período da redemocratização e foi catalisado pelo envolvimento dos movimentos sociais do século XX. Diante disso, observa-se que o período de abertura e de profundas alterações políticas possibilitaram uma série de avanços na esfera da saúde mental, por meio do envolvimento dos movimentos sociais (DE SOUSA SANTOS & SANTOS, 2018).

Nessa perspectiva, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental proporcionou uma visibilidade para a precariedade da assistência psiquiátrica vigente naquela época. O movimento proporcionou notoriedade para o descaso referente à saúde pública e a utilização indevida dos recursos referentes à previdência social, isso ocorreu por meio de documentários, reportagens e manifestações os quais o movimento esteve envolvido. Diante disso, este movimento foi se fortalecendo e abrindo espaços de discussão na sociedade civil especialmente na região sudeste (GOULART, 2015).

Visto isso, foi então necessário ampliar a fiscalização dos gastos de natureza pública, assim como realizar a reorientação de técnicas e práticas da psiquiatria. Essas ações só foram viáveis a partir da pressão exercida pelos movimentos sociais que deram suporte às reivindicações na esfera da saúde mental. Nessa época, surge o movimento sanitarista formado por psiquiatras, psicólogos e médicos que tinham o apoio de militantes partidários, algumas lideranças religiosas e também leigos que se interessavam pela temática, a ideia era reformar os hospitais públicos para obter melhores condições de tratamento. No entanto, o movimento não teve alcance suficiente para abordar a questão da exclusão social. Apesar disso, uma vitória importante para a Reforma Psiquiátrica nacional foi o fechamento do “Colônia” em Barbacena, considerado o maior manicômio brasileiro. Visto isso, o que tornou possível a reestruturação do tratamento tornando-o mais humanizado e em conformidade com a luta dos movimentos sociais foi

a inversão dos investimentos públicos de hospitais psiquiátricos para os serviços de base comunitária ocorridos no ano de 2005 (GOULART, 2015).

Com isso, faz-se necessário uma integração do cuidado do indivíduo em sofrimento mental, tornando responsabilidade de toda a sociedade que necessita estabelecer uma relação nova com a loucura. Diante disso, a luta dos movimentos sociais ligados à esfera da saúde mental como a luta antimanicomial proporcionaram progressos referentes ao exercício da cidadania de pessoas em sofrimento mental, que vem ocupando espaços de fala e liberdade de expressão. Porém, é preciso mais que um movimento de desinstitucionalização, a ideia é manter os meios de reinserção social por meio de atividades cotidianas que englobem toda a conjuntura social, o que se mostra um desafio (PEREIRA et al., 2009).

Ademais, uma outra questão levantada pela literatura é o processo de fortalecimento dos serviços substitutivos que acontecem de maneira descontinuada e progressiva por conta da ausência de um financiamento específico para a rede de atenção psicossocial, ademais há a dificuldade na fiscalização referente à redução de leitos assim como o funcionamento de hospitais psiquiátricos, embora haja diretrizes de regulamentação que foram estabelecidas pelo Ministério Público. Nesse caso, os movimentos sociais são dispositivos relevantes para realizar a reivindicação dos investimentos públicos para que haja a efetivação das políticas públicas (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010; GOULART, 2015; PEREIRA et al., 2009).

A partir disso, entende-se que são várias as teorias de movimentos sociais existentes, cada qual com sua compreensão particular sobre quem eles são e que forma de manifestação social se referem. Diante disso, não há um consenso teórico a respeito dos movimentos sociais, há muitas teorias sobre o assunto cada qual com seu olhar

específico sobre a definição de movimento social e os tipos existentes, assim como possuem formas distintas de explicar sua existência.

Portanto, a temática dos movimentos sociais é uma área clássica de estudo da sociologia e da política, tendo lugar de destaque nas ciências sociais. Não se trata apenas de um momento da produção sociológica, como pensam alguns, confundindo a própria existência concreta do fenômeno e suas manifestações empíricas, seus ciclos de fluxos e refluxos, com a produção acadêmica sobre aqueles ciclos (GOHN, 1997, p. 329).

Com relação aos movimentos que coexistem na temática da loucura, observamos que não há uma tendência hegemônica no interior dos movimentos sociais referentes à saúde mental, esses movimentos ainda buscam sua consolidação uma vez que existem pontos de conflito e disputas internas e externas que expõem tanto sua fragilidade quanto sua contradição. Com isso, é possível concluir que eles coexistem exatamente pelas contrariedades e antagonismos. Diante disso, os movimentos sociais buscam integrar na agenda política as pautas as quais querem ser incluídos. Por conta da diversidade de atores, há pontos de tensão referentes aos interesses dos participantes dentro dos movimentos sociais (DE SOUSA SANTOS & SANTOS, 2018).

A Reforma Psiquiátrica teve que lidar com muita resistência e ainda tem um longo caminho pela frente. Um exemplo disso é que a lei que regulamenta a assistência à pessoa em sofrimento mental tramitou por doze anos no Congresso Nacional, isso mostra que política e os movimentos sociais não caminham na mesma velocidade, e que apesar de haver uma legislação específica no campo da saúde mental, ela ainda não é suficiente para a operação de uma lógica antimanicomial. Porém, as políticas de saúde mental são uma tentativa de superação do modelo hospitalocêntrico de assistência (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006).

4.5 Os Movimentos Sociais e o Centro de Atenção Psicossocial.

Atualmente, no Brasil, temos muitos movimentos sociais no campo da saúde mental formados por profissionais da saúde, pessoas com transtornos mentais e seus familiares, assim como simpatizantes da causa que juntos têm unido forças para – por exemplo – emitirem cartas abertas e documentos nos quais têm como objetivo divulgar para a sociedade civil sua oposição aos retrocessos que ocorreram nos últimos anos no que diz respeito a legislação na esfera da saúde mental brasileira. Um exemplo disso foi a escrita do Posicionamento da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) sobre a proposta de regulamentação das Comunidades Terapêuticas emitido em Brasília em 12 de maio de 2014. Sobre isso, o documento afirma

Nós, da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), temos acompanhado indignados, nos últimos anos, as investidas maciças do projeto neoliberal que promove sorrateiramente a diminuição do Estado brasileiro com a privatização de diversos setores da sociedade, de modo especial o da saúde. O ostensivo financiamento público das comunidades terapêuticas (CTs) e sua inserção na Política sobre Drogas é um exemplo disso, e tem se apresentado como suposta solução para a questão do uso e abuso de drogas no país em detrimento do necessário e urgente investimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). [...] As CTs atuam em contrário às disposições da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), assumem uma perspectiva pautada em viés religioso, de desrespeito à diversidade e ao reconhecimento da cidadania em suas dimensões mais fundamentais, a exemplo das questões relacionadas à orientação sexual e identidades de gênero, bem como à liberdade religiosa da pluralidade da população atendida. A RENILA se posiciona contra o financiamento público das comunidades terapêuticas e sua inclusão na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto na IV Conferência Nacional de Saúde Mental e na XIV Conferência Nacional de Saúde, assim como a realização de qualquer convênio com demais órgãos públicos, por entender que o Estado já dispõe de dispositivos e de estratégias regulamentadas e devidamente previstas para a abordagem e o cuidado a essas pessoas, carecendo apenas da vontade política e do comprometimento com a ampliação e efetiva implementação desses serviços e ações (RENILA, 2014).

O posicionamento emitido pelo RENILA se colocou contra as comunidades terapêuticas e a favor dos tratamentos oferecidos pela Rede de Atenção Psicossocial – do qual faz parte os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) - e contou com a assinatura de outros movimentos sociais de várias regiões do país que também lutam na esfera da saúde

mental , a saber: AMEA – Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental (BA); Associação Chico Inácio (AM); Associação de Usuários e Familiares de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Alagoas – ASSUMA (AL); Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de João Monlevade (MG); Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (MG); Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Estado de Goiás (GO); Associação Franco Rotelli (SP); Associação Loucos por Você – Ipatinga (MG), Ecosol – Rede de Saúde Mental e Economia Solidária (SP); Flamas – Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (SP); Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (CE); Fórum Gaúcho de Saúde Mental (RS); Fórum Goiano de Saúde Mental (GO); Fórum Mineiro de Saúde Mental (MG); Grupo de Trabalho Eduardo Araújo (BA); Movimento Pró-Saúde Mental (DF); Núcleo Antimanicomial do Pará (PA); Núcleo da Luta Antimanicomial da Paraíba (PB); Núcleo de Estudos Pela Superação dos Manicômios (BA); Núcleo de Luta Antimanicomial Nise da Silveira/Joinville (SC); Núcleo Estadual de Saúde Mental (AL); Núcleo Libertando Subjetividades (PE) e Suricato – Associação de Trabalho e Produção Solidária (MG). Isso nos mostra que muitos movimentos sociais no Brasil - na esfera da saúde mental - trabalham articulados e se posicionam de maneira geral a favor dos tratamentos ofertados pelo SUS e contra o financiamento privado e contra a lógica manicomial (RENILA, 2014).

Um outro exemplo foi quando o Conselho Federal de Psicologia manifestou apoio à Política Antimanicomial do Poder Judiciário em 25 de maio de 2023, trazendo em sua argumentação a importância do RAPS - que possui ligação íntima com os Centros de Atenção Psicossocial. Sobre isso,

o CFP posiciona-se pelo fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sob a compreensão de que se tratam de variações ainda piores dos Hospitais Psiquiátricos, locais de graves violações dos Direitos Humanos como o confinamento, a medicalização, o isolamento, como amplamente demonstrados em diversas inspeções realizadas pelo CFP em parceria com

Ministério Público Federal e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Entende também a imperiosa necessidade de fortalecimento dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com investimentos públicos e reorganização dos dispositivos normativos que deem retaguarda ao atendimento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. [...] Romper com a cultura manicomial e com todas as formas de opressão social, para construir possibilidades de convívio com as diferenças é essencial em uma sociedade democrática que preza pelos Direitos Humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2023, p.5).

No entanto, os movimentos sociais no Brasil possuem posicionamentos diversos a respeito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Enquanto alguns movimentos sociais possuem um posicionamento favorável aos CAPS e reconhecem sua importância na promoção da inclusão social e no cuidado dos sujeitos com transtornos mentais – entendem o CAPS enquanto um espaço que visa alternativas à internação psiquiátrica, além de promover a participação ativa dos usuários no processo de tratamento e oferta de apoio social e comunitário - outros movimentos criticam os CAPS e a política de saúde mental no Brasil de diferentes maneiras. Visto isso, algumas críticas se concentram na falta de recursos adequados para os CAPS, incluindo a escassez de profissionais qualificados, a falta de estrutura física adequada e a insuficiência de investimentos financeiros. Além disso, há críticas ao modelo de atendimento dos CAPS, alegando que eles - muitas vezes - não conseguem suprir todas as necessidades dos usuários e não oferecem tratamentos mais intensivos quando necessário (DE SOUSA SANTOS & SANTOS, 2018).

Além disso, alguns movimentos sociais também levantam questões relacionadas aos direitos humanos e à desinstitucionalização. Eles argumentam que os CAPS ainda não conseguiram superar completamente o modelo tradicional de saúde mental, baseado na internação psiquiátrica, e que é preciso avançar para garantir a efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. De forma geral, as opiniões dos movimentos sociais em relação aos CAPS no Brasil podem variar, mas na maioria das vezes envolvem

discussões sobre a qualidade do atendimento, a disponibilidade de recursos e a necessidade de avançar em direção a um modelo mais inclusivo e respeitoso dos direitos humanos (DE SOUSA SANTOS & SANTOS, 2018).

Ao longo deste capítulo vimos a historicidade das teorias sobre os movimentos sociais e a forma como cada uma delas interpretou esses movimentos a partir da realidade de sua época. Com o passar dos anos, novas teorias surgiram buscando preencher as lacunas que as teorias anteriores não foram capazes de responder. Nesse percurso, discutimos como exemplo de movimento social a luta antimanicomial e a forma pela qual suas origens e formação contou com a participação de muitos outros movimentos, alguns que inclusive oferecem resistência ao movimento. Ademais, discutimos que não é unânime o posicionamento dos movimentos sociais a respeito dos CAPS. Diante disso, é observa-se que a luta para aquisição e manutenção de direitos para pessoas com transtornos mentais no Brasil ainda é uma constante.

5 CONCLUSÃO

Por fim, para concluirmos esta discussão faremos um breve resumo das discussões suscitadas. O debate se inicia com a discussão sobre os conceitos de normalidade e patologia em Émilie Durkheim e sobre a análise da evolução histórica do conceito de loucura em Michael Foucault. Isso para esclarecer a discussão teórica por trás da Luta Antimanicomial no Brasil que é um movimento social que se originou da Reforma Psiquiátrica nacional, sendo influenciado pelos movimentos ocorridos ao longo do século XX em vários países, com o propósito de reformar a área da psiquiatria.

Em seguida, efetua-se a distinção entre a Reforma Psiquiátrica - que é uma política de Estado que foi implementada nacionalmente a partir da Lei 10.216/2001, promovendo uma transformação progressiva no modelo de tratamento e cuidado em saúde mental - e a Luta Antimanicomial que é um movimento social abrangente e complexo, composto por profissionais da saúde mental, usuários do sistema, seus familiares, estudantes e defensores de uma abordagem diferente em relação à loucura. Dessa forma, a Luta Antimanicomial representa uma visão mais radicalizada, buscando a modificação dos espaços asilares e das práticas predominantes de exclusão. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica estaria inserida dentro desse movimento, sendo uma resposta do Estado a essa reivindicação por transformações.

Dessa forma, inicia-se então a discussão sobre a trajetória da loucura no Brasil começando com o estabelecimento do primeiro hospital psiquiátrico em solo nacional e atravessando períodos importantes, como a Era Vargas e a Ditadura Militar, durante os quais o movimento antimanicomial teve seu início. Nesse contexto, surgiram indivíduos que desempenharam um papel significativo no impulsionamento do debate, como a renomada psiquiatra Nise da Silveira. Já no período do regime militar, foi estabelecida

uma situação na qual ocorria uma espécie de indústria da loucura no país. Essa indústria envolvia maus-tratos a pacientes mentais, internações compulsórias de dissidentes políticos e até mesmo a venda de cadáveres provenientes de hospitais psiquiátricos. Um exemplo emblemático desses abusos foi observado no hospital Colônia.

Nesse contexto de regime militar, a luta antimanicomial se inicia contando inicialmente com a participação de profissionais de saúde que buscavam denunciar os abusos ocorridos nesse período histórico. Posteriormente, os usuários do sistema de saúde mental e seus familiares foram incluídos no movimento. No entanto, do ponto de vista jurídico, ao longo da história brasileira, várias leis foram promulgadas para tratar das pessoas com doenças mentais antes da época ditatorial. A assistência a indivíduos em sofrimento mental passou por mudanças significativas desde os anos 70, sendo três decretos especialmente relevantes para compreender esse processo. Durante quase sete décadas, a legislação que regulava o atendimento a pessoas com doenças mentais era o Decreto 24.559/1934. Esse decreto foi substituído pelo Projeto de Lei 3.657/1989, que, por sua vez, foi substituído pelas diretrizes estabelecidas na Lei 10.216/2001.

Atualmente, o que está em vigor são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial que é um serviço comunitário de saúde, de natureza aberta, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os CAPS desempenham um papel fundamental como referência e tratamento para indivíduos que sofrem de doenças mentais graves, como psicoses, neuroses graves e outras patologias que exigem cuidados intensivos de longo prazo. Seu objetivo principal é fornecer atendimento à população em sua área de abrangência, oferecendo não apenas acompanhamento clínico, mas também apoio à reinserção social dos usuários, promovendo o acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e fortalecendo os laços com a família e a comunidade. O CAPS

foi criado como um serviço de saúde mental que substituiu o antigo modelo de internação em hospitais psiquiátricos.

No entanto, é importante destacar o desmonte da política nacional de saúde mental no Brasil nos últimos anos. A partir de 2016, houve um rápido processo de retrocesso em relação aos avanços conquistados pela reforma psiquiátrica. Durante o período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram emitidos cerca de quinze documentos normativos, incluindo portarias, resoluções, decretos e editais, que compõem o que ficou conhecido como a Nova Política Nacional de Saúde Mental. Isso nos mostra que a luta antimanicomial ainda não está concluída. Há desafios a serem enfrentados, como a persistência de práticas manicomiais em alguns locais, a falta de investimentos adequados na rede de cuidados em saúde mental e a estigmatização e exclusão social enfrentadas pelas pessoas com transtornos mentais. Sendo assim, a luta antimanicomial no Brasil é um processo em constante evolução, que demanda a participação ativa da sociedade, dos profissionais de saúde e das pessoas diretamente afetadas.

Ao longo do texto, realizou-se uma discussão sobre a literatura clássica e moderna dos movimentos sociais. Vimos que nos anos 60, o debate sobre movimentos sociais ganhou destaque no ambiente acadêmico ocidental devido à visibilidade que esses movimentos adquiriram na sociedade civil como fenômenos históricos concretos. Esse contexto deu origem a várias teorias que buscavam explicar esse fenômeno. Já no início dos anos 2000, um novo cenário sociopolítico e econômico surge, o que leva a uma revisão das teorias previamente aceitas, e surgimento de teorias mais contemporâneas. As novas abordagens teóricas concentram-se na questão das identidades, nas subjetividades de caráter coletivo, nas redes de pertencimento e nos laços de confiança. Além disso, surge uma preocupação com as redes sociais e digitais, o que leva a uma busca por compreender as relações entre o global e o local.

Com relação ao posicionamento dos movimentos sociais a respeito das políticas atuais de saúde mental, assim como existem movimentos a favor da Luta Antimanicomial e dos CAPS, também há movimentos que se opõem a essas políticas. Alguns desses movimentos contrários são formados por organizações médicas e pela Federação Brasileira de Hospitais.

Por fim, podemos concluir que a Luta Antimanicomial no Brasil representa um movimento social e político de extrema relevância na procura pela garantia dos direitos humanos e da dignidade dos sujeitos que possuem transtornos mentais. Com relação às políticas públicas para a saúde mental, é preciso fortalecê-las e investir na formação de profissionais capacitados e fomentar a conscientização e a sensibilização da população em relação às questões relacionadas aos transtornos mentais. Dessa forma, somente com o comprometimento de todos os envolvidos e a superação dos preconceitos e estigmas é que poderemos avançar na construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e acolhedora para as pessoas que vivem com transtornos mentais. A luta antimanicomial é um caminho essencial nessa direção, buscando a transformação dos paradigmas e a construção de uma nova realidade em saúde mental no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kamila Siqueira de; DIENSTEIN, Magda; SEVERO, Ana Kalliny. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 577-589, jul./set. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000009>.

AMARANTE, Paulo; DIAZ, Fernando Sobhie. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 83-95, jan./jun.2012.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Editora Intrínseca, 2019.

AZEVEDO, Juliana Rocha de. Dos Alienados aos Psicopatas: o processo de institucionalização da loucura no Rio Grande do Norte (1857-1957). Trabalho de conclusão de curso (História) – Núcleo de estudos históricos. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2003, 56 p

AZEVEDO, Juliana Rocha de. Dos Alienados aos Psicopatas: o processo de institucionalização da loucura no Rio Grande do Norte (1857-1957). Trabalho de conclusão de curso (História) – Núcleo de estudos históricos. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2003, 56 p.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei Nº 3.657 de 1989. Dispõe Sobre a Extinção Progressiva dos Manicômios e sua Substituição por Outros Recursos Assistenciais e Regulamenta a Internação Psiquiátrica Compulsória.

BRASIL. Decreto 24.559 de 03 de julho de 1934. Dispõe Sobre a Profilaxia Mental, a Assistência e Proteção à Pessoa e Aos Bens dos Psicopatas, a Fiscalização dos Serviços Psiquiátricos e Dá Outras Providências. Diário Oficial da União, 1934.

BRASIL. Lei Nº 10.216, de 6 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: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2019, de Nota Técnica nº 114 de fevereiro de 2019f.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016a. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

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

BRITTO, Renata Corrêa. A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação (Mestrado em ciências na área de Saúde Pública) – Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004, 214 p.

CARDOSO, Antonio José Costa et al. Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. ág. 57-63, 2014.

COHEN, J. L. “Strategy or Identity: New Theoretical Paradigms and Contemporary Social Movements”. **Social Research**, 52: 663-716, 1985.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, 2020.

DA GLÓRIA GOHN, Maria; BRINGEL, Breno M. **Movimentos sociais na era global**. Editora Vozes Limitada, 2012.

DE SOUSA SANTOS, João Henrique; SANTOS, Maíra Carolina Alves. INTERSEÇÃO ENTRE MOVIMENTOS SOCIAIS E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO CENÁRIO BRASILEIRO. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 6, p. 419-433, 2018.

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

DO ESPIRITO SANTO, Bárbara Rodrigues. INVESTIGANDO CATEGORIAS: A LOUCURA EM DISPOSITIVOS LEGAIS BRASILEIROS. **Revista Mosaico-Revista de História**, v. 14, n. 2, p. 262-272, 2021.

DURKHEIM, Émile. As regras do método sociológico. **São Paulo: Martins Fontes**, 2007.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. São Paulo: **Perspectiva**, 2019. 551p.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. Tradução de **Roberto Machado**. 6. ed. **Rio de Janeiro: Forense Universitária**, 2021.

GABBAY, Rochelle. Oficina palavrear: dos rastros da palavra à emergência do sujeito. **Psicologia Clínica**, v. 20, n. 2, p. 226, 2008.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na América Latina. **Caderno CRH**, v. 21, p. 439-455, 2008.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 47, p. 333-361, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. **Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. Edições Loyola, 1997.

GOULART, Maria Stella Brandão. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, Edição Especial, dez. p. 194-213, 2015.

LEANDRO, Maycon Leandro. **TRAJETÓRIA DA CIDADANIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL / Maycon Leandro da Conceição**. -- São Carlos: UFSCar, 2021. 112 p. Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2021.

LOBOSQUE AM. Experiências da loucura. **Rio de Janeiro: Garamond**; 2001.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

MAFTUM, Mariluci Alves et al. "Tratamento em Saúde Mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934". **Rev. Eletr. Enf.** Vol. 1, n.12, 2010, p. 170-176.

MCADAM, D. **Political Process and the Development of Black Insurgency, 1930-1970**. Chicago, University of Chicago Press, 1982.

MELO, Walter. Nise da Silveira. **EDITOR RESPONSÁVEL**, p. 139, 2001.

NEGRI, A. & COCCO, G. (2005). **Global – Biopoder e luta em uma América Latina globalizada**. São Paulo: Record.

PAIXÃO, Cristiano. Direito, política, autoritarismo e democracia no Brasil: da Revolução de 30 à promulgação da Constituição da República de 1988. Araucaria. **Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades**, v. 13, n. 26, p. 146-169, 2011.

PEREIRA, Denise Bermudez et al. Cidadania em saúde mental e a participação popular. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 764-768, out/dez. 2009. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16397/10876>.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

SANTOS, DESIRREE DOS REIS. Ditadura militar e democracia no Brasil: história, imagem e testemunho. **Rio de Janeiro: Ponteio**, 2013.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez. 2019, p.1169- 1187.

SERRA, Lia Novaes. Infância Perdida: a concepção de “menores anormais” da obra de Pacheco Silva. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia. São Paulo, Universidade de São Paulo. 2011, 149p.

TARROW, S. **Power in Movement: Social Movements, Collective Action and Politics**. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

TONI, F. Novos rumos e possibilidades para os estudos dos movimentos sociais. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, [S. l.], n. 52, p. 79–104, 2001. Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/239>.