

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

MAYCON LEANDRO DA CONCEIÇÃO

**ENTRE MANICÔMIOS E O CUIDADO EM LIBERDADE: AS
ESTRÁTEGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NOS
MUNICÍPIOS DE CAMPINAS-SP E SÃO PAULO-SP**

SÃO CARLOS

2025

MAYCON LEANDRO DA CONCEIÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE ESTUDOS EM CIÊNCIAS HUMANAS (CECH)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

Maycon Leandro da Conceição

**Entre manicômios e o cuidado em liberdade: as estratégias de
desinstitucionalização nos municípios de Campinas-SP e São Paulo- SP**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Pós-Graduação em Ciência Política (PPGPol), ao Centro de Estudos em Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de doutor em Ciência Política. Orientador: Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade.

São Carlos - SP

2025

Conceição, Maycon Leandro

Entre manicômios e o cuidado em liberdade: as estratégias de desinstitucionalização nos municípios de Campinas- SP e São Paulo- SP / Maycon Leandro da Conceição – 2025.

Tese de Doutorado – Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos.

Orientador: Thales Haddad Novaes de Andrade.

Banca Examinadora: Gabriel Ávila Casalecchi, Júlio César Donadone, Marcos Castro Carvalho, Sônia Regina da Cal Seixas (UNICAMP)

Bibliografia

- 1.Desinstitucionalização. 2.Políticas Públicas de Saúde Mental.
- 3.Reforma Psiquiátrica. 4.Movimento da Luta Antimanicomial.
- 5.Resistência Antimanicomial. I. Conceição, Maycon Leandro. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIN)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180



Comissão Julgadora

Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade (UFSCar)

Prof. Dr. Gabriel Ávila Casalecchi (UFSCar)

Prof. Dr. Júlio César Donadone (UFSCar)

Profa. Dra. Sônia Regina da Cal Seixas (UNICAMP)

Prof. Dr. Marcos Castro Carvalho (UFRGS)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

*Dedico esta tese as todas as vidas
ceifadas pelas violências das instituições
psiquiátricas no Brasil.*

*A todos os trabalhadores e usuários que
seguem na luta antimanicomial.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade por ter aceitado me orientar e pelas oportunidades de enriquecimento da minha formação desde a graduação. Além dos agradecimentos, expresso minha enorme admiração e respeito. Ao longo dos anos de orientação, ele me mostrou que é possível tornar o ambiente acadêmico menos sufocante e construir uma relação menos hierarquizada.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES (Código de Financiamento 001) pelo suporte aos programas de pós-graduação no Brasil, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos (PPGPol/UFSCar).

Agradeço ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) e à Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) pelo aceite da pesquisa. Especialmente, agradeço todos os profissionais de saúde, usuários dos serviços públicos, familiares e gestores pelos encontros.

Agradeço à Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política (PPGPol/UFSCar) e aos colegas e docentes, em especial à Prof. Dr. Gabriel Ávila Casalecchi, pelos aprendizados nas disciplinas de metodologia no mestrado e doutorado.

Agradeço ao Prof. Dr. Júlio César Donadone e ao Prof. Dr. Marcos Castro Carvalho pela contribuição do trabalho, pelas recomendações desde à qualificação e pelo aceite para participar da defesa. Agradeço a Profa. Dra. Sônia Regina da Cal Seixas pela participação da minha banca de mestrado e doutorado.

Agradeço aos colegas da Revista Agenda Política pela confiança e pela parceria nesse desafiante trabalho editorial, em especial a Laura, Cristiano, Leone, André Buna e Tailon.

Por fim, agradeço aos meus pais “Carlinhos” e “Preta”, minha irmã “Sha”, minha vó “Iga” e a minha grande amiga e irmã Milla. Agradeço aos meus amigos Stefano, Bruno, Samuel, Zé, Bia, Rafa, Gi, Renan e aos amigos do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política como Bruna, José Augusto, André e Nathália.

“No céu
Me disseram que Deus mora no céu
No céu na terra em toda parte
Mas não sei se ele está em mim
Ou se ele não está
Eu sei que estou passando mal de boca
Passando muita fome comendo mal
E passando mal de boca
Me alimentando mal comendo mal
Passando muita fome
Sofrendo da cabeça
Sofrendo como doente mental
E no presídio de mulheres
Cumprindo a prisão perpétua
Correndo um processo
Sendo processada”

Stella Patrocínio

RESUMO: Esta tese tem como objetivo analisar a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com ênfase nas experiências das estratégias de desinstitucionalização de pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos, Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) e atualmente das Comunidades Terapêuticas. Partimos da reflexão de como as políticas públicas de saúde mental são vivenciadas no cotidiano dos serviços, a partir das experiências de trabalhadores e usuários em processo de desinstitucionalização. Para fazê-lo, realizei um estudo etnográfico, com entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e observação participante nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nos municípios de Campinas -SP e São Paulo -SP. Conclui-se que há desigualdades no acesso e na garantia de direitos; conflitos relacionados à inclusão social de egressos dos manicômios judiciários; mudanças político-institucionais que apontam para um movimento de manicomialização, acirrados pelas Comunidades Terapêuticas; além da precarização do trabalho sob a hegemonia neoliberal e os desafios para a superação das práticas manicomiais nos serviços extra-hospitalares.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Políticas Públicas de Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Movimento da Luta Antimanicomial; Resistência Antimanicomial.

ABSTRACT: This thesis aims to analyze the Mental Health, Alcohol and Other Drugs Policy, with an emphasis on the experiences of deinstitutionalization strategies for people discharged from psychiatric hospitals, Psychiatric Custody and Treatment Facilities (ECTPs) such as Psychiatric Custody and Treatment Hospitals (HCTPs) or Psychiatric Treatment Wards (ATPs) and currently from Therapeutic Communities. We start from the reflection on how public mental health policies are experienced in the daily life of services, based on the experiences of workers and users in the process of deinstitutionalization. To this end, I conducted an ethnographic study, with semi-structured interviews with workers and participant observation in the services that make up the Psychosocial Care Network (RAPS), in the cities of Campinas -SP and São Paulo -SP. It is concluded that there are inequalities in access and in the guarantee of rights; conflicts related to the social inclusion of inmates leaving psychiatric hospitals; political-institutional changes that point to a movement towards psychiatric hospitalization, fueled by Therapeutic Communities; in addition to the precariousness of work under neoliberal hegemony and the challenges of overcoming psychiatric practices in extra-hospital services.

KEYWORDS: Deinstitutionalization; Mental Health Public Policies; Psychiatric Reform; Anti-Asylum Struggle Movement; Anti-asylum resistance.

RESUMEN: Esta tesis tiene como objetivo analizar la Política de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas, con énfasis en las experiencias de estrategias de desinstitucionalización de personas egresadas de hospitales psiquiátricos, Instituciones de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico (ECTPs) como Hospitales de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico (HCTPs) o Salas de Tratamiento Psiquiátrico (ATPs) y actualmente de Comunidades Terapéuticas. Partimos de la reflexión sobre cómo se vivencian las políticas públicas de salud mental en el cotidiano de los servicios, a partir de las vivencias de trabajadores y usuarios en proceso de desinstitucionalización. Para ello, realicé un estudio etnográfico, con entrevistas semiestructuradas a trabajadores y observación participante en los servicios que componen la Red de Atención Psicosocial (RAPS), en las ciudades de Campinas -SP y São Paulo -SP. Se concluye que existen desigualdades en el acceso y en la garantía de derechos; conflictos relacionados con la inclusión social de los internos egresados de hospitales psiquiátricos; cambios político-institucionales que apuntan a un movimiento hacia la hospitalización psiquiátrica, impulsado por las Comunidades Terapéuticas; además de la precariedad del trabajo bajo la hegemonía neoliberal y los desafíos de la superación de las prácticas psiquiátricas en servicios extrahospitalarios.

PALABRAS CLAVE: Desinstitucionalización; Políticas Públicas de Salud Mental; Reforma Psiquiátrica; Movimiento Antiasilo; Resistencia Antiasilo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	–	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACS	–	Acompanhante Comunitário de Saúde
ASF	-	Associação Saúde da Família
AT	-	Acompanhamento Terapêutico
BPC	-	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	-	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CECCO	-	Centros de Convivência e Cooperativa
CFP	-	Conselho Federal de Psicologia
CID	-	Classificação Internacional de Doenças
CFM	–	Conselho Federal de Medicina
CFP	-	Conselho Federal de Psicologia
COFEN	–	Conselho Federal de Enfermagem
CONAD	–	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
CnR	-	Consultório na Rua
CT	-	Comunidades Terapêuticas
DSM	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECT	-	Eletroconvulsoterapia
ECTPs	-	Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
HC	-	Hospital de Clínicas
HCTP	-	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBHM	-	Liga Brasileira de Higiene Mental
MNLA	-	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MPAS	-	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	-	Ministério da Saúde
MTSM	–	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMSM	-	Prefeitura Municipal de São Paulo
PNASH	-	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNSM-	Política Nacional de Saúde Mental
PTS-	Projeto Terapêutico Singular
PVC-	Programa de Volta para Casa
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OSS-	Organização Social de Saúde
RPB-	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RT-	Residência Terapêutica
SMS/SP-	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
SPDM-	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SPAs-	Substâncias psicoativas
SRT-	Serviços Residenciais Terapêuticos
SSCF-	Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
SUS-	Sistema Único de Saúde
TCLE-	Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento
TEPT-	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
TR-	Técnica de Referência
UBS-	Unidade Básica de Saúde
UAA-	Unidades de Acolhimento Adulto
UAIJ-	Unidade de Acolhimento Infante Juvenil
UFSCar-	Universidade Federal de São Carlos

Sumário

Prólogo	15
Introdução.....	17
Percurso teórico-metodológico da pesquisa	37
Organização da tese.....	55
Parte I. Entre institucionalização e desinstitucionalização: os caminhos da loucura no Brasil	57
1.1 Dores manicomiais: o processo de institucionalização no Brasil.....	58
1.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira e Movimento Antimanicomial: entrecruzamentos com a desinstitucionalização	70
Parte 2. Desconstruindo as grades manicomiais: direitos, saberes e territórios	85
2.1 Direitos Humanos e Saúde Mental: mudanças dos paradigmas da loucura	86
2.2 Profissionais de saúde: entre práticas de cuidado e campos de saberes	98
2.3 Para além dos muros da Rede de Atenção Psicossocial: como lidar com loucura nos territórios.....	108
Parte 3. Avanços e desafios das políticas públicas de saúde mental	120
3.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira: apontamentos atuais da desinstitucionalização no Brasil	121
3.2 Rede de Atenção Psicossocial nos municípios de Campinas e São Paulo	134
3.3 Nó da Reforma Psiquiátrica: os manicômios judiciais e as Comunidades Terapêuticas .	146
Considerações finais.....	157
Referências.....	167
Anexos	194
Anexo 1. Autorização do CEP da UFSCar	194
Anexo 2. Autorização da SMS/SP	196
Anexo 3. Roteiro de entrevistas	199

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. “Pai, todos estamos fazendo nossos corres!”

Figura 2. Itinerários possíveis na Rede de Atenção Psicossocial no Brasil

Figura 3. A Rede de Atenção Psicossocial em Campinas- SP

Figura 4. Coordenadorias Regionais de Saúde em São Paulo – SP

Figura 5. Compilação de imagens dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Entrevistas com os profissionais de saúde mental

Quadro 2. Legislação no âmbito da desinstitucionalização

Quadro 3. Redução dos hospitais psiquiátricos no Brasil (2012-2024)

Quadro 4. A Rede de Atenção Psicossocial no Brasil em 2024

Quadro 5. Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde por Estados (2024)

Quadro 6. Caracterização das Organizações Sociais de Saúde em Campinas e São Paulo em 2024

Quadro 7. Dados da Atenção Psicossocial em São Paulo e Campinas (2024)

Prólogo

A questão da liberdade

“Lutamos há tanto tempo.
Choramos há tanto tempo.
Lamentamos há tanto tempo.
Lastimamos há tanto tempo.
Morremos há tanto tempo.
Devemos ser livres, devemos ser livres”

A luta por liberdade, expressa na epígrafe acima, é uma canção libertária entoada pelos movimentos negros dos Estados Unidos nos séculos XVII e XVIII e resgatada nas mobilizações dos direitos civis no século XX. O trecho foi extraído do livro “A liberdade é uma luta constante”, da filósofa, militante e ativista norte-americana Angela Davis. A questão central da obra aborda a seguinte inquietação: será que “somos realmente livres?” (2018, p. 65). Para tentar responder tal questão, a autora sinaliza que, embora tenha ocorrido o fim da escravidão e enfretamento da segregação racial, considerados importantes marcos dos direitos políticos e civis no século XX, entretanto, a luta pela liberdade é uma mobilização diária. Atualmente, as disputas pela liberdade estão enraizada em ações emancipatórias contrárias ao encarceramento dos negros, xenofobia e as vulnerabilidades sociais e articuladas com as lutas demandam ações antiproibicionistas, feministas e anticoloniais (Davis, 2018; Oliveira; Passos *et al.*, 2019).

A presente tese tem como objetivo analisar os avanços e os desafios da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com enfoque nas estratégias de desinstitucionalização que preveem o cuidado em liberdade, em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Essas estratégias envolvem políticas públicas voltadas à redução dos hospitais psiquiátricos, à ruptura com o modelo hegemônico dos campos “*psis*” (psiquiatria, psicologia e psicanálise) e à ampliação da cidadania para as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves (de intensidade acentuada de sintomas) e/ou persistentes (em razão da duração prolongada do sofrimento psíquico).

Ao longo das décadas desde a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), foram construídos serviços extra-hospitalares de lógica intersetorial (territorialidade) e na transversalidade dos saberes, consequência da atuação do movimento antimanicomial que luta “Por uma sociedade sem manicômios”¹. Nas últimas

¹ O Manifesto de Bauru foi fruto do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987, com objetivo de denunciar as violências dos hospitais psiquiátricos, portanto, é considerado a primeira carta

décadas, há consenso de mudanças ocorridas nas políticas públicas de saúde mental, ocasionadas especialmente pelas lutas dos movimentos sociais pela democratização da saúde e garantia do direito universal à saúde, previsto de forma integral, universal, equitativa, descentralizada e com a participação social (Paim, 2008). Por conseguinte, o campo das políticas públicas é considerado como uma área multidisciplinar, com estudos em diversas vertentes, que abrangem desde a elaboração de agendas, formulação de políticas, tomada de decisão, implementação e avaliação (Arretche, 2001; Lotta, 2015). Esta tese resulta de inquietações sobre como as políticas públicas de saúde mental são vivenciadas no cotidiano em interface com as trajetórias pessoais dos trabalhadores e usuários dos serviços públicos nos municípios de Campinas (SP) e São Paulo (SP).

Entendo ser necessário realizar um deslocamento em relação aos modelos tradicionais de pesquisa em políticas públicas, frequentemente centrados em análises das coalizões decisórias, instituições e atores governamentais, que não têm sido capazes de diagnosticar a multiplicidade de vivências e interesses dos atores inseridos nas instituições públicas (Lotta, 2015). De acordo com Yasmine Siblot (2006), ao estudar os serviços públicos, é fundamental compreender as relações entre o Estado e as práticas cotidianas. Assim, ao investigar o cotidiano dos serviços, compreendemos os arranjos políticos, a sociabilidade dos atores inseridos nas instituições e suas percepções sobre as políticas públicas e sociais. Ao delimitar o problema de pesquisa sobre a desinstitucionalização de egressos de instituições asilares, analisei o cuidado em liberdade nos territórios e a política pública de saúde mental na vida cotidiana.

Na temática da saúde mental, analiso as transformações das instituições psiquiátricas voltadas para a desinstitucionalização frente às violências, negligências e relações de poder e suas repercussões na saúde. Em relação às resistências antimanicomiais, parto da ideia de Bruno Latour (2016), em uma entrevista nos provoca com a seguinte questão: “Onde está o poder? E, quando o tivermos encontrado, o que fazer com ele?”. Para o autor, o poder atual se exerce de forma naturalizada, como se fossem leis da natureza, engendrado na percepção de que nada pode ser feito. No entanto, se as técnicas de poder foram aprimoradas nas sociedades tecnológicas, torna-se necessário encontrarmos novos caminhos de lutas e de contrapoder (Latour, 2016)².

de reivindicação de direitos para as pessoas em sofrimento psíquico. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>>.

² Entrevista disponível em: < <https://blogdolabemus.com/2020/08/27/onde-esta-o-poder-e-quando-o-tivermos-encontrado-o-que-fazer-com-ele-por-bruno-latour/>>.

Introdução

Figura 1. “Pai, todos estamos fazendo nossos corres!”



Fonte: Acervo particular do autor (2024).

Em uma conversa informal com um técnico de enfermagem no Serviço Residencial Terapêutico, ele me disse: “Pai, todos estamos fazendo nossos corres! Acho que muitas pessoas em São Paulo só sobrevivem - moramos, dormimos, alimentamos mal e só tentamos voltar vivos para casa. Li recentemente o livro *A Sociedade do Cansaço*”³, durante a pós-graduação, concordo com o autor: estamos sobrecarregados, adoecidos e sem perspectiva de futuro no país. Aqui, é importante ressaltar o vínculo construído com o trabalhador ao longo da pesquisa de campo. No início das minhas visitas às moradias, ele se mostrava mais distante e, em certas ocasiões, chegou a questionar se minha presença era uma demanda da Prefeitura de São Paulo, mesmo após eu ter apresentado detalhadamente a pesquisa em reuniões com a equipe e obtido autorização da supervisora do Serviço Residencial Terapêutico (SRT). O estranhamento por parte dos profissionais de saúde persistiu ao longo dos dois anos de coleta de dados, mas, de modo geral, consegui criar vínculos significativos com grande parte dos moradores e trabalhadores.

Retornando ao discurso: “Pai, todos estamos fazendo nossos corres!” demonstra afetividade com o profissional. No decorrer dos meses, em diversos momentos, ele me chamava de “pai”. O vocábulo “pai” é uma gíria paulistana semelhante ao “mano” que faz parte do cotidiano dos paulistanos. Todavia, a gíria “pai”, afetivamente é mais comum nas periferias da cidade. Em diversos momentos, ele me apresentava *podcasts* de temas variados, falava dos familiares, da dificuldade de conciliar o trabalho com a pós-graduação e de seu trabalho voluntário com as pessoas em situação de rua. Relatou que, no centro de São Paulo, há atuação de diversas *ONGs* para entrega de refeições às pessoas em situação de rua, mas existe certa invisibilidade de ações na periferia da cidade. Recordo-me de um encontro com o profissional, ele disse: “Você precisa conhecer as quebradas da cidade, a periferia não precisa mais colar na região central para fazer rolês, a periferia cresceu muito e temos mais opções de lazer, mercado de trabalho e atividades culturais”.

No meu último dia em uma residência terapêutica, fui recebido com uma torta de frango. Durante as visitas semanais, pude aprender as singularidades de cada morador e

³ O livro “A sociedade do cansaço” do filósofo Byung-Chul Han, publicado em 2019, propõe diálogos com a “biopolítica” do Foucault (2008), “Modernidade tardia” (Giddens, 1991) e “Modernidade líquida” (Bauman, 2003). O autor afirma que as novas técnicas de poder do século XXI, promoveu uma ascensão de diagnósticos psicoterapêuticos e psicofármacos como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA), Síndrome de Burnout e quadros de depressão e ansiedade.

profissional de saúde atravessados por meio das trajetórias de suas histórias de vida, gostos, desejos, sonhos, projetos futuros e experiências com as políticas de saúde de Bem-Estar Social. Minha peculiaridade é não gostar de doces e nem de açúcar, mesmo tendo consciência de que os consumo via alimentos ultraprocessados. No final da tarde em diversos SRTs, sempre aparecia alguém com uma garrafa térmica na mão e dizia: “É o café sem açúcar do pesquisador”, e nas confraternizações alguém carinhosamente lembrava de comprar algo salgado para mim. Ser chamado constantemente de “pesquisador”, foi algo que sempre me causava incomodo e estranhamento. Busco desconstruir a relação tradicional entre “pesquisador” e “objeto de estudo”, pois ao propor a escuta das trajetórias das pessoas, considero esses momentos como encontros e sempre chamei todos pelos nomes. Retornando ao açúcar, isso era motivo de brincadeiras com os usuários e trabalhadores. Uma moradora do SRT já afirmou: “Não gostar de doces e samba, bom sujeito não é”. Respondi rindo: “todo mundo é um pouco estranho no mundo”. Outro morador já questionou: “Que loucura não gostar de doces, você é bem esquisito!”. A questão dos doces é uma questão de conflitos cotidianos em todos os serviços visitados, pois devido aos anos de medicações psicotrópicas ininterruptas, algumas pessoas desenvolveram diabetes *mellitus*.

Para realizar esta pesquisa de doutoramento, considereei cada visita aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e entrevistas com os gestores, trabalhadores, familiares e usuários como encontros singulares na troca de saberes, memórias e construção de vínculos. Durante anos de coleta na RAPS e na escrita da tese, busquei ressignificar o processo de doutoramento, frequentemente visto pelos colegas universitários como percurso solitário e fonte de sofrimento e adoecimento psicossocial. Considerei as visitas aos serviços como ato de escuta, afetos e emoções, e cada encontro como um ato político e prática de cuidado. Os serviços de saúde mental formam uma cartografia onde pessoas cuidam e são cuidadas, em mobilização coletiva que busca criar espaços livres de relações de poder, hierarquias e controle social, configurando-se como um encontro de sujeitos que produzem saberes locais e redes de apoio múltiplas, responsáveis pela qualidade e a integralidade das práticas de cuidado (Merhy, 2002; 2013a, 2013b).

A cada visita ao CAPS ou Serviço Residencial Terapêutico (SRT), as pessoas sempre me atualizavam sobre os acontecimentos da semana: os desligamentos de trabalhadores (a rotatividade é bem frequente), as brigas envolvendo os moradores, os itinerários da semana e os relatos de quem estava em crise aguda. Quando um morador do SRT está em crise, ele é encaminhado para o CAPS, onde permanece em observação

nos leitos destinados para 24 horas, geralmente para o ajuste medicamentoso. Em relação às crises dos usuários, há sempre tensão entre os trabalhadores do SRT e do CAPS. Constantemente, ouvia das cuidadoras das moradias residenciais: “Tal pessoa está desorganizada, instável e agitada”; “Acho que vai entrar em crise” ou “Vamos mandar para o CAPS, pois está dando muito trabalho no SRT”. Em contrapartida, ouvia dos profissionais do CAPS: “Nem é uma crise e já mandam para cá” e “Precisamos sustentar as crises dos usuários em suas casas”. Além disso, durante as visitas semanais aos serviços, as pessoas me mostravam suas compras diárias como revistas, comidas, roupas, produtos de higiene e, até mesmo, um frasco com um dente, resultado de uma extração odontológica.

Com o tempo, percebi que a demanda odontológica é algo bastante comum entre os usuários. Escutei relatos pessoais de pessoas egressas do complexo hospitalocêntrico do Hospital Psiquiátrico do Juquery, em Franco da Rocha (SP), que tiveram a arcada dentária extraída para evitar futuras inflamações. Tais violências manicomiais deixaram sequelas na vida cotidiana: além das idas frequentes às clínicas odontológicas, alguns moradores dormem com seus objetos pessoais por medo de roubos; outros pedem autorização aos cuidadores para realizar todas as atividades nas moradias. O controle social também se manifesta por meio dos horários estipulados pelos cuidadores para todas as rotinas, como as refeições, o banho e o fumar. Em muitas moradias, o acesso à cozinha é constantemente um espaço restrito aos moradores, até visitei uma SRT em que a cozinha foi transformada no escritório dos cuidadores.

Não me esquecerei de acompanhar uma moradora pelos comércios locais, como saídas para tomar um refrigerante ou café nos finais da tarde. Vera só saía de casa levando consigo muitas roupas e produtos de higiene em diversas bolsas, mochilas e sacolas. No início, sempre falava que seria um passeio rápido e tentava negociar sair com poucas coisas, tinha medo de assaltos durante o nosso trajeto pelo bairro. A violência urbana é algo bem marcante em todos os serviços de saúde mental no município de São Paulo; vários trabalhadores já relataram terem sido assaltados nos arredores das moradias. Ainda em relação aos passeios moradora do SRT, em alguns momentos me via carregando as suas bolsas e sacolas pela rua. Ela sempre me olhava e dizia: “Homens precisam ser cavalheiros”.

Vera é uma mulher branca, aparenta ter 45 anos, nasceu no sul do país e em um momento contou que teve um relacionamento: “mas que o homem não era bom com ela”. Esteve internada por longos anos em um hospital psiquiátrico na capital paulista, é

vaidosa e gosta de organização. Segundo alguns trabalhadores, ela já vivenciou diversas situações de violências em situação de vulnerabilidade nas ruas. Uma cuidadora mencionou que “ela deve ter passado por coisas bem pesadas e que ocasionou uma dificuldade de convívio com os outros moradores, principalmente casos envolvendo racismo e desconfiança em relação a homens”.

No que se refere às trajetórias dos trabalhadores dos serviços de saúde mental, no percorrer de uma entrevista com uma gestora do Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo, perguntei sobre o interesse em trabalhar com saúde mental e a resposta foi imediata: “Não escolhi a profissão, a área da saúde que me escolheu”. A profissional trouxe uma memória passada de cuidado com um familiar e de que contribuiu para a decisão profissional. Sobre isso: “Na minha infância e adolescência acompanhei diversas internações do meu pai, eu sempre me questionava qual era aquele sofrimento que *não passava exclusivamente pelo corpo clínico e sim pela ordem psíquica*, em diversos momentos ele precisou ficar internado. Por isso, desde a minha juventude compreendi na prática o que era um cuidado em saúde mental, mesmo que não era um olhar profissional, eu já sabia que o cuidado é *acolher a dor, as angústias e alegrias*” (E-12, gestora do CAPSad, grifos meus).

Em outra entrevista, uma técnica de enfermagem argumentou: “Arrisco dizer que todas as mulheres, independentemente da classe social ou da cor, em algum momento da vida, irão vivenciar a experiência de cuidar de alguém. No meu caso, que sou uma mulher periférica, não tive muitas opções de escolhas na vida. Fiquei viúva muito nova, me vi sem nenhuma renda e precisava sustentar os meus filhos”. Em outro momento da entrevista, menciona o trabalho realizado no CAPS: “No serviço sou responsável pelo primeiro acolhimento com os pacientes, eles se sentem confortáveis de falar coisas que certamente não irão conversar com o médico, consulta com o psiquiatra é bem rápida e voltada apenas aos sintomas e ajuste de medicalizações [...] Dediquei minha vida inteira para cuidar de pessoas. Como técnica de enfermagem, *é doloroso perceber que não temos suporte de acolhimento para o adoecimento dos trabalhadores* e nem de escuta, raramente a equipe com nível superior vai considerar as percepções de um técnico de enfermagem e o médico se interessa mais pelo formulário clínico. Em trinta e cinco anos como servidora pública, sempre vi colegas sobrecarregados e adoecidos, mas que continuam trabalhando” ((E-4, técnica de enfermagem, grifos meus). No final da entrevista, a trabalhadora trouxe um diagnóstico sobre a profissão: “Me sinto realizada profissionalmente, trabalho com algo que realmente amo e, graças ao meu trabalho, criei

sozinha os meus filhos e todos realizaram universidade. Infelizmente, essa não é a realidade da maioria dos jovens do meu bairro" (E-4, técnica de enfermagem).

Enquanto realizava a pesquisa de campo e a escrita da tese, questionava-me sobre meu interesse na área da saúde. Na minha memória, percebo que sempre fui atravessado pela área da saúde, assim como muitos trabalhadores, sendo também consequência da minha forma de estar no mundo e do meu posicionamento político, militância e relações intersubjetivas. Desde a juventude, fui a pessoa com quem amigos e familiares gostavam de compartilhar suas trajetórias de vida, aflições e segredos. Aprendi a ver o mundo a partir do prisma de uma família composta por negros e de migrantes nordestinos tanto na capital paulista e no interior de São Paulo. Meu avô nunca se sentiu pertencente à cidade que ajudou a construir por meio da construção civil.

O conceito de pertencimento, aproximo-me das reflexões de Norbert Elias (1994), que propõe que a vida cotidiana dos indivíduos é uma relação entre o Estado, as instituições e experiências com determinada política pública, sendo representada por sistemas que destinam recursos materiais e simbólicos que influenciam nas construções de sociabilidade mediante as relações dos indivíduos com os territórios. Mais especificamente, nas obras “O processo civilizador” (1993, 2011), Norbert Elias compreende que o desenvolvimento sociocultural e político da sociedade ocidental é construído historicamente, o que ocasiona desdobramentos de sociabilidade, identidades coesão social das sociedades, enfatizando que acontecem por meio das relações de encontros com os outros indivíduos, através dos quais vamos construindo a nossa identidade enquanto grupos coletivos e o sentimento a uma determinada cartografia (local).

Ao realizar a pesquisa de campo, compreendi que muitos profissionais e usuários não se sentem pertencentes às grandes cidades como São Paulo e Campinas, em muitos casos são oriundos de outras cidades e estados. No que diz respeito ao processo de desinstitucionalização dos usuários, a reforma psiquiátrica prevê que deve ocorrer nas cidades onde eles possuam vínculos familiares ou locais de nascimento. Em algumas moradias visitadas em ambas as cidades, encontrei moradores que, antes de chegarem aos SRTs, tiveram experiências em instituições asilares distantes de seus municípios de origem. Em diversos momentos, alguns usuários relataram que não gostavam dos bairros em São Paulo, considerando a cidade violenta e barulhenta. Além disso, conversei com pessoas que sentem carregam memórias afetuosas do período em que estiveram internadas nos hospitais, saudades dos amigos e até mesmo dos funcionários, do contato

com a terra e criação de animais, considerando que muitos hospitais foram construídos longe dos centros urbanos, como a Colônia de Barbacena (MG) e o Hospital Psiquiátrico de Juquery, localizado a 38 km da capital paulista.

Ainda relacionado ao meu interesse pelo campo da saúde mental, encontrei uma reflexão da intelectual Gloria Evangelina Anzaldúa (2000), que propõe o seguinte questionamento: “Não existe separação entre vida e escrita, estávamos corretas em usar nossa linguagem marcada pela classe e pela etnia!” (Anzaldúa, 2000, p.229). Na minha infância e juventude, como morador do centro da cidade, aprendi a olhar e vivenciar a cidade como um homem negro de pele clara, inserido em diversos trajetos socioculturais, de lazer e mobilizações políticas. Na adolescência, lembro-me de esperar os amigos na estação de metrô Consolação, que entrecruza a Avenida Paulista. De um lado está o bairro dos Jardins; do outro, a Rua Augusta. Sinto-me mais pertencente ao Baixo Augusta. Descíamos de skate até a Praça do Rotary e a Praça Roosevelt, ambas localizadas na região central da cidade. Transitava com o meu skate entre carros e ônibus e, ocasionalmente, ouvia xingamentos de motoristas — “Você quer morrer?” — ou escutava muitas buzinas. Realmente, eu era mais ousado e não media os riscos de me entrecruzar no meio do trânsito, mas acredito que os motoristas que transitam na Rua Augusta estão acostumados com as pessoas andando de skates, patinetes e patins.

No Alto da Rua Augusta, há a presença de bares sempre lotados, frequentados principalmente por jovens brancos de classe média próximos à Avenida Paulista. À medida que adentramos mais em direção ao centro da cidade, surge uma maior pluralidade de corpos e de espaços culturais. É fato que sempre existiram violências urbanas na região, mas também há um forte sentimento de pertencimento das pessoas consideradas à margem da cidade. Uma particularidade do bairro da Consolação é a presença da comunidade LGBTQIAPN+, migrantes e jovens, incluindo também diversos centros voltados aos movimentos artísticos-culturais e de lazer, como bares, baladas, teatros, cinemas e “casas noturnas” voltadas à prostituição. À noite e nos finais de semana, a rua vira um formigueiro humano, com pessoas transitando para todos os lados e em busca de um entretenimento. Até hoje, trânsito pelo centro da cidade que, apesar de suas contradições e focos de violência urbana, é uma região de fácil acesso para toda a cidade e, especialmente, segura quanto às questões de gênero e sexualidade.

Por conseguinte, diversos estudos voltados para a etnografia urbana, como os realizados por José Guilherme Magnani, mostram a etnografia como uma importante ferramenta de análise crítica acerca das formas de sociabilidade nas cidades, permitindo

compreender o direito à cidade, as escolhas das mobilizações urbanas, vivências cotidianas e sentimentos de pertencimento a um determinado território. Na obra “Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade de São Paulo”, publicada em 1984, o autor relata que a Praça Roosevelt é “frequentada por jovens skatistas (gays, cinéfilos ou grafiteiros) que não se entende adequadamente por noções clássicas (laços de parentesco e relações de vizinhança), exigem abordagens originais que captem a dinâmica dos múltiplos pertencimentos, trajetos e circuitos sob observação” (Magnani, 2023, p. 11).

Na região central da cidade, é possível transitar de bairros elitizados, como Higienópolis ou Vila Buarque, onde residem indivíduos que tiveram oportunidades educacionais, de saúde e moradia, e em poucos minutos de transporte público chegar à região da Sé, onde há muitas pessoas em situação de rua. Ademais, reconheço meus “privilégios” por ter conseguido estudar. Fui o primeiro neto dos meus avós a ingressar em uma universidade pública e na pós-graduação. Quando entrei na graduação, ainda não existia o Programa Federal de Ações Afirmativas (PFAA), mas, ao longo da minha trajetória acadêmica, vi a universidade pública se democratizar em relação às questões de raça e classe. Participei da Comissão das Ações Afirmativas na pós-graduação do PPGPol. Mesmo sendo um dos últimos programas de pós-graduação da UFSCar a implementar tais políticas, acredito que foi uma luta coletiva e certamente um espaço de disputas políticas e de poder.

Ao ingressar no curso de Bacharelado em Ciências Sociais pela UFSCar, trouxe comigo as vivências anteriormente mencionadas de viver em uma grande metrópole. No início, me assustei com a vida no interior. Alguns colegas não tinham utilizado nem transporte público até a graduação, e me incomodava o fato de as pessoas se reconhecerem pelos sobrenomes e os colégios onde realizaram o ensino fundamental e médio. Com o transcorrer do tempo, fui me acostumando e passei a apreciar a “qualidade de vida” em morar em um município do interior do estado de São Paulo. No entanto, infelizmente, não conheci muitos outros bairros, circulando apenas por espaços frequentados por universitários.

Foi durante a graduação que me interessei pela abordagem das políticas públicas, mas sentia falta de pesquisas de campo na área da Ciência Política. Era muito jovem e não conseguia interligar a teoria com a prática, nem compreender a importância do estudo das políticas públicas em interface com as experiências cotidianas das instituições, dos atores sociais e o processo de saúde e adoecimento. Após o término da graduação, ingressei no Aprimoramento em Ciências Sociais em Saúde pela Faculdade de Ciências

Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), iniciei de fato meu percurso com pesquisas na temática da saúde. Foi um período enriquecedor através de leituras da área da saúde coletiva, mas foi bastante desafiador desvincular-me de um saber mais voltado para a biomedicina. Em vários momentos, sentia-me um *outsider* tanto na especialização e até mesmo no programa de pós-graduação em Ciência Política. Atuei como monitor no Programa de Estágio Docente (PED), nas disciplinas "Saúde e Sociedade", voltada aos graduandos do segundo ano de medicina da FCM/Unicamp. A disciplina tinha como objetivo inserir os alunos na temática das Ciências Sociais e proporcionar seu primeiro contato com a Unidade Básica de Saúde (UBS), por meio de visitas guiadas pelos docentes.

Recordo-me que, em uma dessas visitas, durante o trajeto até a UBS, a docente pegou o microfone do ônibus e começou a apresentar o bairro. Nunca me esqueci da frase dela: “O bairro nasceu de uma ocupação e moram pessoas pobres”. Considero problemática a imersão dos discentes pela perspectiva estigmatizante, pois a periferia não se resume a precariedades, há potencialidades de vivências, produções de subjetividades e micropolíticas. Ao realizar uma etnografia política, oriento-me por Magnani (2002), através de um “olhar de perto e de dentro”, que nos permite compreender: “as manchas, áreas contíguas do espaço urbano dotadas de equipamentos que marcam seus limites e viabilizam” (2002, p.22).

No transcorrer do aprimoramento na Unicamp, participei de dois projetos de extensão. Um deles, intitulado “Projetos que mudam vidas: experiência de formação junto a alunos de uma escola da cidade de Campinas-SP”, abordava temáticas de promoção da saúde em interface com a educação. O outro projeto consistia em visitas semanais ao ambulatório de oncologia clínica do Hospital de Clínicas da Unicamp (HC/Unicamp). No HC, acompanhava o dia em que atuava a equipe de cuidados paliativos que, na ocasião, não era uma equipe multiprofissional, mas centrada na categoria da medicina. Foi nesse contexto que compreendi o significado de ser um cientista social imerso em uma cartografia exclusivamente voltada ao campo da saúde. Realizava entrevistas com os usuários do ambulatório, dedicando-me a analisar as práticas de cuidado voltadas aos cuidados paliativos, entrecruzadas com as políticas públicas, as vivências diárias e percepções dos usuários acerca do saúde-adoecimento. Foi um trabalho de grande valia a minha trajetória profissional e pessoal, no qual compreendi que, nos cuidados paliativos, as pessoas se deparam com a possibilidade da morte, o que representa múltiplas ressignificações do corpo, saúde e doença (Sarti, 2010).

No percorrer do curso de especialização, passava horas dentro do Hospital das Clínicas. Gostava de escrever o diário de campo na capela do HC-Unicamp, localizada ao lado do ambulatório de oncologia. Sentia que era um ambiente calmo para escrever, considerando que morava numa república de estudantes. Lembro que padre me via no ambulatório e depois escrevendo na capela, e comentava que ela “não era lugar para trabalhar, mas sim para orações”. A religiosidade está presente em todas as instituições de saúde, mas sempre marcada pelo catolicismo, pelos evangélicos e pelo espiritismo. Ao longo de quase uma década realizando pesquisa nos serviços de saúde, raramente se fala de religiões de matriz africana.

Em relação aos usuários no ambulatório, aproximei-me de Joana, uma mulher negra que aparentava ter cerca de 50 anos e foi uma interlocutora-chave para a pesquisa de especialização. Os encontros com Joana aconteciam sempre na sala de espera, entre consultas e quimioterapia. Ela me contava sobre novelas, seu caso clínico, espiritualidade, a relação com o companheiro e com os filhos. Dizia frequentemente que tinha vontade de conhecer pelo menos um neto. Em outros momentos, quando passava alguém acamado na maca hospitalar, questionava-se: “Tenho muito medo de ficar uma moribunda e sofrer tanto”. Joana sempre associava a assistência do HC não ao Sistema Único de Saúde, mas quase como uma “instituição privada” ou instituição filantrópica, algo rotineiro com os usuários atendidos nos Serviços de Saúde Dr. Cândido Ferreira em Campinas, é uma Organização Social de Saúde quase centenária na cidade. Portanto, muitos usuários que entrevistei não consideram que é um serviço público do SUS, mas sim um cuidado realizado por “instituição de caridade”.

Ao longo dos meses que realizam a pesquisa no ambulatório oncológico, Joana foi ficando cada vez mais debilitada; sua fala tornava-se mais branda - no início cumprimentávamos com um abraço, depois um aperto de mão e com o avanço da doença, somente com “bom dia” e trocas de olhares. Certa manhã, ela não estava na sala de espera, como sempre costumava ficar. Fui até a sala das assistentes sociais e me informaram que ela havia falecido. O caso de Joana é importante mencionar na tese, pois foi meu contato de pesquisa para compreender como as políticas públicas são percebidas e problematizadas no cotidiano. Os serviços de saúde, mesmo com suas limitações estruturais, como no caso da RAPS, transcendem as relações hierárquicas, a saúde não é somente um caso clínico e dados epidemiológicos. Nos serviços de saúde mental, os trabalhadores geralmente buscam realizar um cuidado diário mais afetuoso com os usuários.

O caso de Joana e das pessoas inseridas nos serviços de saúde mental, parto dos pressupostos das produções de subjetividades do “cuidado de si e com os outros” (Foucault, 2020). Busco também me aproximar das reflexões dos fenômenos sócio-histórico da filósofa Hannah Arendt. Na obra “A Condição Humana”, publicada em 1958. A autora considera que a única certeza de nossa condição humana enquanto sujeitos políticos, e o que nos distingue de todos os outros seres, refere-se à nossa singularidade e à consciência de que somos mortais. Para a autora: “A mortalidade dos homens reside no fato de que a vida individual, com história vital identificável desde o nascimento até a morte, advém da vida biológica. A tarefa e a grandeza potencial dos mortais residem em sua capacidade de produzir coisas – obras, feitos e palavras” (Arendt, 2020, p. 23).

Ao longo de diversos trechos deste trabalho, menciono a concepção de subjetividades como uma construção humana mediante aspectos culturais, sociais, sociológicos e econômicos. A noção de subjetividade apresentada nesta tese fundamenta-se nos estudos de Michel Foucault (1992), referindo-se às práticas de relações de poder e saberes que evidenciam a continuidade ou descontinuidade dos aspectos sócio-históricos. A subjetividade constitui um modo de vida no qual cada sujeito constrói-se como indivíduo e relaciona-se com outros na sociedade, por meio de saberes e formações discursivas entrecruzados com o corpo individual. Assim, representa uma forma-sujeito de estar no mundo, organizando-se mediante processos de subjetivação. A subjetivação, como dispositivo, constitui uma rede produtiva que permeia o corpo social – que podem reprimir e controlar - embora sua existência só seja possível em sujeitos livres que produzem resistências e condições de possibilidade de liberdade (Foucault, 1992, p.137).

Isto posto, a escolha da temática entre políticas públicas de saúde mental e subjetividades, foi tema da minha dissertação de mestrado, quando realizei um estudo de caso no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em Campinas, visando compreender os direitos sociais. A pesquisa contribuiu para o debate sobre garantias de direitos, analisando como a cidadania era percebida e problematizada nas vivências dos trabalhadores. Contudo, em razão da pandemia de COVID-19 não pude ter contato com os usuários e nem suas vivências nos serviços públicos. As questões que me cercavam desde o mestrado tiveram continuidade no doutorado entre 2021 e 2025. Desenvolvi esta tese e realizei pesquisa de campo em um contexto sociopolítico conturbado - durante dois anos do doutorado, não obtive autorização da maioria dos gestores do CAPS e SRT para realizar visitas semanais aos serviços, em virtude das medidas restritivas contra a

propagação do vírus Sars-CoV-2⁴. No ano de 2022 concentrei mais nas entrevistas semiestruturadas com os profissionais e somente no ano de 2023 que tive contato com usuários nas moradias e CAPS.

As incertezas vividas no país, o agravamento das desigualdades sociais e as eleições presidenciais conturbadas em 2022 somaram-se a questões pessoais. Ouvi de colegas e docentes que o percurso na pós-graduação é frequentemente solitário, angustiante e enlouquecedor, mas encontrei na pesquisa de campo minha rede de apoio. Com a aproximação do término do doutorado, as incertezas aumentaram. Recordo os questionamentos de Clifford Geertz na conferência realizada na “*American Council of Learned Societies*”, na Filadélfia, em 1999, quando enfatizou: "A questão é saber se uma vida e uma carreira dessas são possíveis hoje, na 'Era dos Assistentes', quando os estudantes de pós-graduação se definem como pré-desempregados" (Geertz, 2001, p. 21).

Articulados ao processo de doutoramento, participei da 33ª Reunião Brasileira de Antropologia em 2024, onde apresentei meu trabalho no Grupo de Trabalho de Saúde Mental, coordenado pelas professoras Sônia Weidner Maluf e Ana Paula Müller, referências na área da saúde mental. No GT, percebi que outros também enfrentavam indecisões e sobrecarga. Uma frase dita por uma pesquisadora e trabalhadora do CAPS me marcou: “Parece clichê, fui pesquisar saúde mental e adoeci”.

Retomando a pesquisa de doutorado, após meses de apreciação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) - período marcado por diversas trocas de *e-mails* com as instituições participantes, coparticipantes e gestores dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial - iniciei o trabalho de campo em 2022 até o ano de 2024. Na cidade de Campinas-SP, ao submeter o projeto de doutorado ao CEP da Escola Cândido, expressei o desejo de realizar o estudo em CAPS e SRT diferentes dos visitados no mestrado. No entanto, obtive autorização para o mesmo CAPS da pesquisa anterior. Consequentemente, encontrei resistência da gestão para realizar visitas semanais às moradias, além de notar pouco interesse da equipe em conceder entrevistas. Apenas os trabalhadores que já haviam participado do meu mestrado demonstraram interesse. Em conversa com a gestora, recebi um áudio no *WhatsApp*, de que “os cuidadores das moradias não estavam acostumados com pesquisadores e não se sentiam à vontade com a pesquisa”.

⁴ Contudo que os primeiros casos de Covid-19 tenham sido registrados na China ao final de 2019, foi em 11 de março de 2020 que a OMS declarou a pandemia, o que significa dizer que o vírus havia se espalhado por diferentes continentes e apresentava transmissão comunitária sustentada.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos constituem um obstáculo enfrentado por pesquisadores das Ciências Sociais. Profissionais que não são da área da saúde têm maior dificuldade para obter autorização para acompanhar os usuários nos serviços. Além da dificuldade da falta de cooperação por parte dos gestores dos serviços em Campinas, destaca-se a estrutura física da RAPS na cidade. No CAPS onde realizei a pesquisa, há uma segurança na entrada controla o acesso mediante aprovação de um trabalhador. As pessoas em acolhimento nos leitos têm restrições: permanecem na varanda do CAPS e nos espaços coletivos ao redor da piscina, com demais acessos restritos. Em São Paulo, os CAPS visitados operam como serviços de “porta aberta” no sentido prático, portanto, os usuários circulam por todo o espaço, com salas destrancadas.

Na capital paulista, submeti primeiramente o projeto à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sendo necessário apenas definir a região da pesquisa. O CEP da SMS/SP estabelece contato com os gestores, que definem os serviços. Recebi autorização para realizar a pesquisa nos seguintes Centros de Atenção Psicossocial: dois CAPSad e um CAPS tipo III, além de quatro Serviços Residenciais Terapêuticos na região Oeste da cidade. Após aprovação via Plataforma Brasil, entrei em contato com todos os gestores dos CAPS e supervisores dos SRTs. A condução do estudo transcorreu sem dificuldades, exceto em um dos CAPS, onde a gestora permitiu somente entrevistas com os trabalhadores. Ela justificou que, pela aposentadoria de alguns profissionais e ausência de médico no serviço, os usuários estavam sobrecarregados, tornando inadequada a presença de pesquisador. Esta decisão possivelmente visava preservar o perfil dos usuários, considerando tratar-se de bairro de classe média. Durante uma entrevista com uma trabalhadora do mesmo CAPS, ela relatou: “Quase 70% dos atendimentos realizados são homens, alguns em situação de rua, mas temos também moradores locais e executivos, muitos com sobrenomes bem bacanas” (E-4, técnica de saúde). Nos próximos parágrafos, apresento minha imersão na pesquisa de campo.

Em uma manhã de julho, peguei um ônibus em Campinas para a cidade de São Paulo, sendo minha primeira viagem em transporte público desde o início da pandemia. Durante quase todas as viagens, costumava dormir no trajeto e despertava na marginal do Tietê, quando o ônibus reduzia a velocidade por causa do trânsito. Algumas faixas da marginal estavam interditadas para a construção da Linha 6-Laranja, que conectará o bairro Brasilândia, conhecido por suas escolas de samba, à região central. Uma grande metrópole revela suas contradições de modernização e desenvolvimentismo. O metrô reduz o tempo dos trajetos dos cidadãos, porém nem todos os trabalhadores podem utilizá-

lo. Em conversa com profissionais terceirizadas da limpeza, ouvi reclamações sobre o vale-transporte: as empresas custeiam apenas uma condução de ida e volta, sem possibilidade de integração entre ônibus e metrô. Os conflitos sobre a localização da estação também geram preocupação, pois causam valorização imobiliária na região e podem resultar na demolição de residências e comércios que resultam em descaracterização de diversos bairros.

Ao chegar no Terminal Rodoviários do Tietê, dirijo-me à plataforma da linha azul do metrô, a mais antiga e com maior fluxo de pessoas, que interliga as regiões norte e sul do município. Enquanto aguardava o metrô, o meu primeiro sentimento foi uma sensação de que “estava na minha terra”. Era uma manhã típica de São Paulo: frio, céu nublado e garoa que persistiu o dia todo. Em contrapartida, questionava-me: viver numa grande metrópole como São Paulo seria um fator de sofrimento psíquico? Muitos moradores da periferia enfrentam longos deslocamentos até o trabalho. Naquela manhã não era diferente - antes das 7 horas, a plataforma já estava lotada. A maioria ali havia acordado antes das 5 horas para cumprir sua jornada ao trabalho ou escola. Como diz a letra do cantor e compositor Emicida e Mc Tha: “A merendeira desce; o ônibus sai; Dona Maria se foi, só depois é que o sol nasce [...] Leva o documento, sã; Na São Paulo das manhãs que tem lá seus Vietnã”⁵.

O vagão chega lotado e com os “corpos cansados”. Entro entre os corpos sonolentos e tento achar onde me segurar, mas todos os corrimãos estão ocupados. Observo passageiros sentados, agarrados às bolsas e mochilas, seguindo o trajeto enquanto dormem. O metrô parte com a velocidade reduzida e para pôr alguns segundos no bairro da Armênia, bairro que guarda minhas memórias pessoais. Cursei o ensino médio na região, e uma das características em torno da estação é o intenso fluxo de pessoas que embarcam nos ônibus para Guarulhos (grande São Paulo) e a presença de moradores em situação de rua. Pela janela, vejo uma estrutura com várias barracas - uma operação dos centros de acolhimento na região contra a pandemia - que me faz pensar num cenário de guerra.

Durante o trajeto, ouço diversas orientações sobre o combate à pandemia, tais como: “uso obrigatório de máscaras nas dependências do Metrô e da Companhia Paulista de Trens Metropolitanos (CPTM), uso de álcool em gel e distanciamento social”, quase todas as pessoas estavam usando máscaras, mas era impossível manter o distanciamento,

⁵ Música “A ordem natural das coisas” do Emicida e MC Tha, publicado em 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=1IXTGu4cYmc>>.

eu seguir metade do trajeto aglutinado no meio das pessoas. Foi no decorrer das primeiras viagens de Campinas para SP que contrair pela primeira vez o vírus da COVID-19. Ao chegar na plataforma Luz, antes mesmo da porta se abrir sinto que sou empurrado pelos corpos apressados. Meus pais sempre falaram, na estação da luz você precisa andar rápido e tomar cuidado com a sua mochila, o medo da violência urbana é algo bem presente na minha vida, sempre ando com dois celulares (do ladrão e o meu pessoal) e uso de doleira. Tento apressar os meus passos no meio da multidão de pessoas, entre escadas rolantes e corredores, escuto um grito constante: “Vamos gente, acelera o rolê aí! Eu preciso ir trabalhar!”. Acho interessante como uma cidade influencia nos comportamentos, todas as pessoas estão sempre correndo, eu também me vejo correndo sempre e até quando não tenho um compromisso importante.

Precisei fazer uma baldeação na Luz para a linha amarela, que dá acesso aos bairros da zona oeste. No vagão, o perfil das pessoas muda na amarela, tinha vários universitários com moletons da USP-Butantã e pessoas em trajés sociais predominam no vagão. Na Faria Lima, cruzo a rua e, ao esperar o ônibus, vejo uma pichação na praça: 'Bolsonaro matou a minha filha'. Procuro olhar os grafites e pichações como expressões de reivindicações e intervenções urbanas. No ano de 2022, o país ainda enfrentava vítimas da pandemia de Covid-19, uma polarização sociopolítica devida o ano de eleições presidenciais, um governo que negligenciou o enfrentamento da pandemia e ainda pretendia ganhar as eleições. Sendo assim, a área da Ciência Política que aborda as diversas “crises”, incluindo as crises democráticas, vivenciava um Brasil mais empobrecido, acirrado por uma crise pandêmica e um pandemônio político, decorrentes de quatro anos ininterruptos de um governo de direita e com discursos fascistas.

Quando estava na Avenida Brigadeiro Faria Lima, ainda em trânsito para o meu destino que seria um CAPS da região, fui observando pela janela do ônibus os prédios residenciais modernos, os escritórios financeiros, consulados, concessionárias de carros importados, o Shopping Iguatemi e o Esporte Clube Pinheiros. Desço em algum cruzamento da avenida e percebo que poderia me atrasar, começo a caminhar cada vez mais rápido na rua e vou observando algumas trabalhadoras domésticas uniformizadas, levando os cachorros para passear e seguranças da região todos de ternos e gravatas. Ao longo de pesquisa na região pude perceber as mudanças das roupas das pessoas que trabalham em empresas financeiras, raramente vai encontrar executivo de terno e gravata.

Uma característica do bairro onde está localizado o CAPS Tipo III (Adulto e 24 horas), foi o primeiro serviço da cidade a funcionar 24 horas. Além do mais, em diversos

quarteirões, há sete serviços públicos, como UBS, CAPS, centro cultural da diversidade, biblioteca e creche e duas escolas. O Estado é presente em todos os territórios, mas em uma região oeste com vários bairros elitizados, encontra-se com a presença de diversos serviços de assistência. Por outro lado, em bairros periféricos, sabemos das violências do Estado e ausência de uma ampla rede de serviços, sobretudo, os conflitos com a polícia quando referíamos aos espaços de lazer. Na região que realizei a pesquisa, vários trabalhadores da saúde relataram que os serviços de saúde e educação são acessados pelos trabalhadores da região e não necessariamente pelos moradores, quando eles acessam o CAPS é para a realização do cartão do SUS e vacinação da COVID-19.

Apresento minha pesquisa à gestora, que gentilmente autoriza minha entrada em campo e informa que estaria impossibilitada de auxiliar nos próximos meses devido ao cumprimento de aviso prévio. Durante os meses seguintes, percebi que a rotatividade de profissionais nos serviços geridos pelas Organizações Sociais de Saúde é frequente. Na mesma manhã, participei de uma Assembleia e fui apresentado aos usuários e profissionais, estes últimos chamados de “colaboradores” pela gestora. A Assembleia acontece toda semana com o propósito de criar um espaço de diálogo coletivo para resolver conflitos e organizar a agenda de atividades, incluindo o retorno dos passeios coletivos, das oficinas terapêuticas e o planejamento de uma viagem à praia prevista para 2024.

A questão principal da Assembleia era: “O que somos enquanto Caps? Qual o nosso papel? E que gestão queremos?”. Ao longo da reunião, algumas pessoas reclamam da ausência de mais atividades fora dos serviços de saúde, como idas aos centros culturais e organização de viagens. A alimentação também estava na pauta, surgindo algumas reclamações: “o café precisa melhorar, parece um chá”, “só comemos frango no almoço e janta, não aguento mais comer frango”. A alimentação também é uma demanda nas moradias residenciais, as trabalhadoras fazem compra em atacados e com um teto de gasto. Conversei com uma supervisora do SRT, as moradias precisam oferecer 5 refeições diárias e que o gasto individual mensal em torno de mil. Ela relatou que os nutricionistas elaboram alguns cardápios, mas que era bem difícil de seguir as orientações dos profissionais, na prática comprovam proteínas de acordo com as promoções dos mercados. Os moradores que são responsáveis pela compra de alimentos e produtos de higiene das casas, mediante o Benefício da Prestação Continuada (um salário-mínimo) e Programa de Volta para Casa (valor de 755 reais) - último reajuste em 2024.

Após o término da Assembleia, saio para conhecer o CAPS, é um prédio térreo grande, provavelmente já foi um serviço público anteriormente da sua inauguração como CAPS em 2009, pela gestão do prefeito Gilberto Kassab. Apresenta uma área externa no meio do prédio e com as salas de atendimentos, oficinas e administrativas nas ladeiras. Ao passear pelos corredores minha primeira lembrança foi do panóptico da obra “Vigiar em Punir”, se você fica no meio do jardim você consegue observar toda a movimentação dos serviços. O prédio visivelmente parou no tempo por falta de manutenção, um contraste com os prédios modernos ao redor, por exemplo do CAPS é possível olhar o escritório da *Google* na região, um ponto turístico no território. Trata-se de uma área de resistência à especulação imobiliária, os trabalhadores e usuários em diversos momentos comentaram que realizam atos políticos nas ruas do bairro para a manutenção dos serviços na região. Por fim, entre corredores e jardins, fui observando vários desenhos, quadros e grafites nas paredes e, principalmente, um painel grande na entrada do serviço, onde se lia: “Luta Antimanicomial no Brasil: Quais Labirintos te Libertam?”. Acredito que seja uma alusão à mitologia grega do labirinto do Minotauro⁶.

Dos muitos modos possíveis de iniciar este trabalho, optei por demonstrar meu interesse pela temática da saúde mental e pelas vivências urbanas. Na pesquisa de campo, embora sem prever seus rumos, estabeleci um eixo norteador: como as políticas públicas de saúde, considerando a legislação para desinstitucionalização, que propõe serviços comunitários externos ao hospital em substituição às instituições asilares. As cidades constituem lugares de encontros, sociabilidade, trajetos e pertencimento. Contudo, os espaços urbanos atuais, porém, abrigam conflitos, desigualdades e violências que se manifestam em sofrimento psíquico e social (Amarante; Torre, 2018; Lefebvre, 2001; Magnani, 2023).

Para ilustrar a importância das políticas públicas de saúde mental no Brasil, dados do Ministério da Previdência Social revelam que 472 mil pessoas solicitaram afastamento do trabalho por adoecimento psíquico em 2024, devido a Síndrome de Burnout,

⁶ A ilha de Creta ficava na civilização minoica, que dominava o mar Egeu. Quando o rei Egeu mandou matar o filho do rei Minos, Androgeu, o oráculo de Delfos ordenou que ele se redimisse do crime. A cada sete anos Egeu teria que enviar dos melhores jovens da cidade e sete das belas virgens, escolhidos por sorteio, para a capital do rei Minos, Cnossos, para servir de alimento ao Minotauro, monstro que vivia no Labirinto. Na época em que Atenas sorteou o terceiro lote para o sacrifício, o filho do rei Egeu, Teseu, atingia a maioridade. Determinado a matar o Minotauro. Quando Teseu chegou a Cnossos, Ariadne, filha do rei Minos, se apaixonou por Teseu. Ela pediu ajuda de Dédalo para auxiliar Teseu na sua missão. A fim de assegurar que Teseu encontrasse o caminho de volta do labirinto, Dédalo deu a ela um novelo de lã a ser preso na entrada do labirinto e que, então, seria desenrolado conforme Teseu nele adentrasse. Após a luta, Teseu matou o touro e fez seu caminho são e salvo (Wikinson, 2018, p.77).

depressão, crises de pânico e outros transtornos mentais. Em 2023, foram 283 mil benefícios pelo mesmo motivo. Houve, ainda, um aumento de 68% nos pedidos de afastamento do trabalho na última década⁷. Em consonância com este debate, o relatório da Rede Nossa São Paulo (2024), que monitora as desigualdades sociais na capital paulista, revelou um contraste entre os 96 distritos de saúde. No bairro Alto de Pinheiros (Zona Oeste), a expectativa de vida alcança 82 anos, sem registro de mortalidade infantil. Percorrendo trilhões de metrô e corredores de ônibus, no Parque Anhanguera, bairro no extremo norte da mesma região oeste, administrado pela Subprefeitura de Perus/Anhanguera, a expectativa de vida cai para 58 anos, mortalidade infantil de 15%. O pior índice de mortalidade infantil, contudo, encontra-se na região central da Sé: 20%.

Portanto, em uma mesma cidade, transitamos da riqueza à extrema pobreza em questão de minutos ou horas. O dado mais alarmante revela que moradores de regiões periféricas vulneráveis vivem, em média, 24 anos menos que os residentes de classe média alta. A periferia abrange diversos bairros e de classes sociais. Não necessariamente um bairro periférico é formado por pessoas em situação de vulnerabilidade social, tendo em vista que muitos bairros considerados periféricos nas metrópoles se deslocaram das áreas centrais, predominando condomínios elitizados.

* * * *

Minha proposta de trabalho, parto do pressuposto das estratégias de desinstitucionalização⁸, através de um olhar sobre as trajetórias pessoais, as mudanças institucionais e os desafios das práticas de cuidado. Destaco que a reforma psiquiátrica brasileira teve como inspiração a Reforma Democrática Italiana. Franco Basaglia, seu idealizador, defendia o saber científico da psiquiatria e reconhecia a importância do Estado para as políticas públicas. Na verdade, o autor acreditava que apenas pelo viés de uma ação do Estado para implementação de uma política pública seria possível institucionalizar o cuidado humanizado e construir serviços públicos na comunidade (Basaglia, 2020).

⁷ Disponível em: <<https://g1.globo.com/trabalho-e-carreira/noticia/2025/03/10/crise-de-saude-mental-brasil-tem-maior-numero-de-afastamentos-por-ansiedade-e-depressao-em-10-anos.ghtml>>.

⁸ A estratégias de desinstitucionalização representa um processo sociopolítico complexo, que visa uma assistência psiquiátrica em quatro eixos: técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural voltados para o cuidado em saúde mental (Amarante, 2007). Esse processo é viabilizado pelo protagonismo das pessoas denominadas com transtorno mental, consideradas lutas coletivas para as transformações das instituições psiquiátricas e das relações de poder entre usuários e trabalhadores de saúde, produzindo estruturas de atenção à saúde e relações que substituam inteiramente a internação em hospitais psiquiátricos (Rotelli, 2001).

Franco Basaglia questionava o paradigma psiquiátrico tradicional, fundamentado numa racionalidade positiva que enfatizava a concepção da doença mental. O autor propôs romper com a assistência psiquiátrica tradicional, considerando como segregacionista e violenta, portanto, o autor sugere colocar a doença mental entre parênteses. Em sua perspectiva: "definição das síndromes em que o doente, arrancado de sua realidade e apartado do contexto social em que vive, vê-se etiquetado, 'constrangido' a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica" (Basaglia, 2005, p. 35).

Pensando em diferentes formas de compreender as políticas públicas de saúde mental que atravessam as vidas dos atores sociais que estão inseridos nos serviços públicos de saúde, realizei entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e observação participante com os usuários dos serviços públicos nos Centros de Atenção Psicossocial e nos Serviços Residenciais Terapêuticos, incluindo levantamento bibliográfico das legislações sobre políticas públicas de saúde mental. Destaco quatro marcos normativos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: (1) Constituição Federal, promulgada em 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado; (2) Lei n. 8080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e reafirma o texto constitucional, fundamentando-se na integralidade e equidade; (3) Lei n. 10216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; e (4) Portaria n. 336/2002, que institui o CAPS. Dessa forma, tanto a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990 - que iniciou a operacionalização do SUS e a aprovação da Lei nº 10.216/2001 representam conquistas dos movimentos sociais, principalmente da reforma sanitária e do movimento antimanicomial.

Ao abordar a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, é importante considerar sua natureza integrada, pois diversos usuários transitam entre os serviços. Os atendimentos nos CAPS tipo I, II e III (adulto), CAPS Álcool e Drogas e SRTs destinam-se às pessoas com transtorno mental e/ou sofrimento psíquico relacionado ao uso de substâncias psicoativas. O atendimento varia conforme o Projeto Terapêutico Singular. Nos SRTs, durante a observação participante, notei que os moradores usuários de drogas recebem maior supervisão dos cuidadores. Embora se adote a perspectiva da redução de danos, o uso de substâncias psicoativas e bebidas alcoólicas não é permitido nas moradias.

Ao refletir acerca das políticas públicas de saúde mental, considero as relações entre o Estado e cidadãos foram responsáveis pela institucionalização da reforma psiquiátrica. As regras e modelos que orientam as tomadas de decisão, elaboração, implementação e avaliação constituem os ciclos da política pública (Souza, 2006; Lotta; Pires, 2020). Todavia, Yasmin Siblot (2006) argumenta que os modelos tradicionais de políticas públicas, baseados na relação unidirecional entre o Estado e os atores políticos, não captam o cotidiano dos indivíduos diretamente influenciados pelas normativas das políticas públicas e sociais. Proponho um estudo de caso para caracterizar os serviços, práticas de cuidado e as percepções das políticas no cotidiano. Ao analisar as estratégias de desinstitucionalização, consideramos as memórias passadas e presentes, bem como as relações intersubjetivas nas vivências com as instituições e políticas, e os desafios da ressignificação da loucura no cenário contemporâneo (Andrade; Maluf, 2017).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Movimento Nacional Antimanicomial consolidam-se como marcos emancipatórios e antiproibicionistas. A aprovação da Lei nº 10.216/2001 representou uma conquista fundamental para a luta antimanicomial, iniciando o redirecionamento da assistência psiquiátrica em serviços territoriais. A Lei da Reforma Psiquiátrica originou-se do Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado- PL nº 3.657/1989, proposto pelo deputado Paulo Delgado, a legislação tramitou por 12 anos. Durante esse período, enfrentou embates entre diversos setores, incluindo a Associação Brasileira de Psiquiatria, o Conselho Federal de Medicina, proprietários de hospitais psiquiátricos e a própria sociedade civil, que ainda associava pessoas com experiência de sofrimento mental à periculosidade (Amarante, 2009).

No que se refere às estratégias de desinstitucionalização previstas pela RPB, a legislação orientadora foi a aprovação da Lei Federal nº 10.708/2003, em consonância com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de Longa Permanência e da construção dos Serviços Residenciais Terapêuticos, regulamentado pela Portaria nº 106/2000, o auxílio-reabilitação psicossocial como o Programa de Volta para Casa (2003) e o Benefício da Prestação Continuada, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (Brasil, 1993). No caso das políticas públicas de saúde mental, foram gradualmente implementados diversos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (2011; 2017), organizados nos eixos assistenciais: (i) Atenção Primária à Saúde; (ii) Atenção da Urgência e Emergência; (iii) Atenção Residencial de Caráter Transitório; (iv) Atenção Hospital; (v) Estratégias de Desinstitucionalização e (vi) Reabilitação Psicossocial. No Quadro 5, apresento detalhadamente os serviços da RAPS.

A pesquisa tem como enfoque principal as estratégias de desinstitucionalização, examinando a vivência dos direitos no território, especialmente através da perspectiva dos trabalhadores sobre práticas de cuidado em liberdade pela inclusão social e as transformações das instituições psiquiátricas em dois municípios. A desinstitucionalização vincula-se necessariamente a uma clínica política. Fundamentado nos estudos de Lancetti (2016), considero uma “clínica peripatética”, uma clínica política em movimento e integrada à participação da sociedade civil. Ao abordar uma clínica política, parto das questões de liberdade nas sociedades contemporâneas, conforme apresentado por Hannah Arendt (2009), que afirma que a liberdade não surge do homem, mas sim entre os homens. A espontaneidade e a diversidade dos indivíduos fundamentam a vida política, pois possibilitam a existência de um espaço comum pela ação política, constroem sua liberdade e resistência. Nas palavras de Arendt: “O sentido da política é a liberdade” (Arendt, 2009).

A partir das reflexões sobre desinstitucionalização, apresento minha pergunta de pesquisa: Como as estratégias de desinstitucionalização são vivenciadas na vida cotidiana e quais os desafios para a superação das práticas manicomiais no cuidado em liberdade? Para tentar responder a tais questionamentos, recorro a Franco Basaglia (2010, p. 247), onde afirma que o simples fechamento dos hospitais psiquiátricos não interrompe as práticas manicomiais e as violências. O que significa que o cuidado em liberdade permanece sujeito à normalização e às relações de poder, constituindo formas de biopolítica e técnicas de governabilidade (Foucault, 2014a), além de violências que resultam a precarização da vida na contemporaneidade (Butler, 2020).

Na próxima subseção, apresento o arcabouço teórico- metodológico da pesquisa, abordando a trajetória da loucura e suas justificativas. Além disso, discuto o reconhecimento das memórias dos sujeitos que vivenciaram internações psiquiátricas, visando construir caminhos para um cuidado em liberdade.

Percurso teórico-metodológico da pesquisa

Trata-se de pesquisa qualitativa que visa analisar a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com foco específico nas estratégias de desinstitucionalização das pessoas egressas de instituições privativas de liberdade, como os hospitais psiquiátricos, os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) e casos mais recentes das Comunidades Terapêuticas, muitas delas fechadas após fiscalizações de

muitas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do Ministério Público. Os ECTPs constituem sistemas híbridos entre justiça e saúde, nos quais as medidas de segurança são cumpridas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico. As Comunidades Terapêuticas são instituições que funcionam como residências temporárias coletivas para pessoas que fazem uso nocivo de álcool e drogas. Sobre as Comunidades Terapêuticas, apresento contextualização histórica, tema recorrente nas entrevistas, em que profissionais as relacionaram ao movimento de contrarreforma no Brasil.

A estratégia de desinstitucionalização propõe-se como uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico (Amarante, Nunes, 2018; Amarante; Torre, 2018), constituindo um processo social complexo que visa promover mudanças institucionais nos níveis técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (Amarante, 2007). Segundo Amarante (2014) e Andrade (2020), o principal desafio da desinstitucionalização está na dimensão sociocultural, abrangendo garantias de direitos e inclusão social mediante trabalho, educação, geração de renda e a desconstrução da loucura e práticas de cuidado por meio das novas tecnologias da informação e da comunicação (TIC).

Na desconstrução da loucura na sociedade civil, marcada por violências nos territórios, estigmas e segregação, a pesquisa evidenciou a dimensão sociocultural. As pessoas em processo de desinstitucionalização enfrentam desafios territoriais, estigmas e práticas segregacionistas. Ao examinar os desdobramentos das políticas públicas e sociais voltadas para a desinstitucionalização, torna-se fundamental destacar as produções de subjetividades, os itinerários possíveis na cidade e as percepções de um cuidado sem muros e uma clínica política (Chiabotto; Robinson, 2023; David, 2020; Lancetti, 2016, Merhy, 2002). Nesse sentido, retorno à minha pergunta de pesquisa: Como as estratégias de desinstitucionalização são vivenciadas na vida cotidiana e quais os desafios para superar as práticas manicomiais no cuidado em liberdade?

Para tentar responder à pergunta de pesquisa, me debruço em duas hipóteses: (1) O cuidado em liberdade realizado em redes setoriais e de base comunitárias promove a inclusão social por meio de direitos sociais; (2) Os profissionais de saúde mental desenvolvem um trabalho voltado para um cuidado integral de saúde, conforme o modelo biopsicossocial, ou predomina um cuidado centrado nos saberes biomédicos.

Nesse caminho, a presente tese tem como **objetivo central** compreender os avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool no contexto

contemporâneo. Em relação aos **objetivos específicos**, direciono para os seguintes eixos reflexivos:

(I) Compreender as estratégias de desinstitucionalização na Rede de Atenção Psicossocial nos municípios de Campinas-SP e São Paulo- SP;

(II) Analisar os desafios da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos, visando identificar as percepções das práticas de cuidado, os saberes científicos e os itinerários dos usuários.

Para responder ao problema de pesquisa e a hipóteses, realizei os seguintes procedimentos metodológicos: (i) Etnografia multilocal desenvolvida na Rede de Atenção Psicossocial nos municípios de Campinas-SP e São Paulo-SP, no período de 2022 a 2024; (ii) Compilação de materiais normativos das políticas públicas relacionados à temática de desinstitucionalização, recorte temporal da década de 1990 a 2024; (iii) entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e observação participante nos serviços. Os dados foram sistematizados por meio da Análise de Discurso (Bardin, 2016; Foucault, 2010; Seignou, 2011), enfatizando discursos sobre políticas públicas de desinstitucionalização, com o objetivo de compreender como o cuidado em liberdade é vivenciado no cotidiano dos serviços e nos territórios. Portanto, abre-se espaço para identificar os avanços, descontinuidades e desafios contemporâneos das políticas públicas de saúde mental.

Na dimensão dos marcos normativos (Leis Federais, Portarias, Notas Técnicas e Decretos), as políticas públicas voltadas a saúde mental, previstas pela reforma psiquiátrica brasileira, representam um processo complexo (Amarante, 1996, 2007). Esse processo compõe diversos planos político-institucionais que provocam mudanças socioculturais na vida cotidiana das pessoas. A Lei Federal 10.216/2001 foi responsável pela construção de serviços e garantias de direitos fundamentais, conforme previsto na Constituição de 1988 e, posteriormente, no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Nacional nº 13.146/2015).

Para desenvolver este trabalho, realizei um estudo etnográfico nos Centros de Atenção Psicossocial e nos Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como Residências Terapêuticas (RT). Esses serviços são essenciais para a inclusão social nos territórios. Na cidade de Campinas, realizei entrevistas com profissionais de um CAPS, muitos trabalhadores são referências aos usuários de duas moradias. Na capital

paulista, conduzi entrevistas e observação participante em um CAPS III (atendimento 24 horas para adultos), dois CAPSad e quatro SRTs.⁹, sendo duas moradias do tipo I e duas moradias do tipo II¹⁰, uma moradia é exclusivamente masculina e três mistas. Ressalta que as pessoas egressas de uma instituição de caráter manicomial moram nos SRTs e realizam as atividades nos CAPS como consultas, atividades artísticas e terapias coletivas.

No total, entrevistamos 21 profissionais da saúde: 13 na capital paulista e 8 no município de Campinas-SP. O perfil dos trabalhadores participantes abrange 16 mulheres e 5 homens, com idades entre 32 e 70 anos, e níveis de escolaridade distintos: ensino médio completo, nível técnico, graduação completa e pós-graduação. As entrevistas com os profissionais de nível superior incluíram psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, gestores do CAPS e supervisores do SRT. Os trabalhadores de nível técnico envolveram técnicos de enfermagem, monitores (Campinas) e acompanhantes terapêuticos (São Paulo) dos SRTs¹¹. Os entrevistados possuem experiências nos serviços de saúde mental que variam de 1 mês até 50 anos.

Em relação aos usuários, foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas com usuários. Durante as visitas semanais, priorizei os diários de campo e observação participante. Destaca-se que a grande maioria dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos vivenciou internação psiquiátrica superior a um ano em hospitais psiquiátricos, unidades de acolhimento transitório, comunidades terapêuticas ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Algumas moradoras e moradores, excepcionalmente, não passaram por internação, tendo vivido com familiares ou em

⁹ Em São Paulo, realizei a coleta de dados em três lugares diferentes na Região Oeste que constituem os seguintes bairros: Vila Leopoldina, Alto de Pinheiros, Lapa, Vila Madalena, Pompeia, Vila dos Remédios, Perdizes, Barra Funda, Butantã, Morumbi, Vila Sônia, Raposo Tavares, Jardim Paulista, Rio Pequeno, Itaim Bibi, Jaguaré e Jaguará;

Em Campinas realizei entrevistas com os trabalhadores de um Caps que atuam em duas moradias na região Norte da cidade, que engloba uma área de assistência da saúde em 33 bairros e dois distritos como Barão Geraldo e Nova Aparecida.

¹⁰ Os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias destinadas a pessoas com transtorno mental, os SRTs são divididos em duas modalidades. O SRT tipo I, destina para moradores em processo de desinstitucionalização, muitas vezes com internações de longa permanência e sem vínculos familiares ou sociais significativos e que apresentem um certo grau de autonomia e deve abrigar até 8 moradores. O SRT tipo II, destina para pessoas com transtorno mental e cuidados permanentes e específicos para pessoas com maior grau de dependência e necessidade de apoio constante. Composta por uma equipe multiprofissional 24 horas e deve abrigar até 10 moradores.

¹¹ Todo SRT precisa ter um CAPS como referência, que fica responsável por administrar as moradias e prestar o cuidado em rede. Na cidade de Campinas-SP, cada moradia fica um técnico de enfermagem e um cuidador que é denominado como monitor. No município de São Paulo, tem um supervisor de moradia com nível superior, um técnico de enfermagem e um cuidador que é chamado de acompanhante terapêutico (AT).

situação de rua. Um dos casos é de um homem com aproximadamente de 60 anos, sem registros de internação. Ele viveu próximo a uma Unidade Básica de Saúde e, segundo relatos de trabalhadores, buscava proteção contra violências urbanas. A seguir, apresento os dados das entrevistas com as trabalhadoras e trabalhadores dos serviços de saúde mental:

Quadro 1. Entrevistas com os profissionais de saúde mental

Entrevistas	Cargo/Formação	Idade	Raça/etnia	Cidade	Organização
Entrevista 1	Gestor do CAPS/Educação Física e Psicólogo	60 anos	Branco	São Paulo, 2022	Organização Social de Saúde
Entrevista 2	Enfermeira do Caps	37 anos	Branca	São Paulo, 2022	Organização Social de Saúde
Entrevista 3	Auxiliar Técnico Administrativo/Graduado em Enfermagem	32 anos	Pardo	São Paulo, 2024	Organização Social de Saúde
Entrevista 4	Auxiliar de Saúde/Técnica de Enfermagem	60 anos	Branca	São Paulo, 2024	Via Direta/Prefeitura Municipal de SP
Entrevista 5	Psicóloga	60 anos	Branca	São Paulo, 2022	Via Direta/Prefeitura Municipal de SP
Entrevista 6	Acompanhante Terapêutica	60 anos	Branca	São Paulo, 2024	Organização de Saúde
Entrevista 7	Técnica de Enfermagem	55 anos	Negra	Campinas, 2023	Organização de Saúde
Entrevista 8	Auxiliar de Saúde/Técnica de Enfermagem	63 anos	Branca	São Paulo, 2022	Via Direta/Prefeitura Municipal de SP
Entrevista 9	Enfermeira	45 anos	Branca	São Paulo, 2022	Via Direta/Prefeitura Municipal de SP
Entrevista 10	Auxiliar de Enfermagem/Graduada em Enfermagem	54 anos	Branca	São Paulo, 2022	Via Direta/Prefeitura Municipal de SP
Entrevista 11	Psicóloga	60 anos	Branca	São Paulo, 2022	Via Direta/Prefeitura Municipal de SP
Entrevista 12	Gestora do CAPS/ Psicóloga	60 anos	Branca	São Paulo, 2022	Via Direta/Prefeitura Municipal de SP
Entrevista 13	Supervisora do SRT	45 anos	Branca	São Paulo, 2024	Organização de Saúde

Entrevista 14	Acompanhante Comunitário/ Auxiliar de Enfermagem	43 anos	Branco	São Paulo, 2024	Organização de Saúde
Entrevista 15	Terapeuta Ocupacional	45 anos	Branca	Campinas, 2022	Organização de Saúde
Entrevista 16	Psicólogo	36 anos	Branco	Campinas, 2023	Organização de Saúde
Entrevista 17	Assistente Social	32 anos	Branca	Campinas, 2023	Organização Social de Saúde
Entrevista 18	Psicólogo	33 anos	Negro	Campinas, 2023	Organização Social de Saúde
Entrevista 19	Técnico de enfermagem	70 anos	Branco	Campinas, 2024	Organização Social de Saúde
Entrevista 20	Técnica de enfermagem	55 anos	Branca	Campinas, 2024	Organização Social de Saúde
Entrevista 21	Acompanhante Terapêutica	50 anos	Branca	Campinas, 2024	Organização Social de Saúde

Fonte: elaboração própria, 2025.

O critério de inclusão dos trabalhadores na pesquisa envolveu profissionais que atuam no CAPS e/ou SRT, sendo a maioria referência de moradores do SRT em processo de desinstitucionalização, responsáveis pelo acompanhamento diário do Projeto Terapêutico Singular dos usuários(as). Para selecionar os participantes, enviei convites por e-mail e *WhatsApp* a todos os trabalhadores, após a autorização dos gestores do CAPS e supervisores dos SRTs, enviei convites por e-mail e *WhatsApp* aos profissionais, tendo apresentado previamente a pesquisa nas reuniões gerais da equipe multiprofissional. Quanto aos usuários, entrevistei quatro pessoas maiores de 18 anos com condição clínica estável. Todas as entrevistas ocorreram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O perfil dos moradores dos 4 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em São Paulo, modalidades I e tipo II foram de 32 pessoas. No que se refere às características sociodemográficas, observou-se que a média etária era 60 anos (intervalo de 37 a 88 anos), com predominância masculina (19 homens e 13 mulheres). O perfil incluía pessoas negras (pretos e pardos, conforme IBGE), sem alfabetização ou baixa escolaridade, solteiras e beneficiárias dos auxílios-reabilitação, residindo no SRT há mais de dois anos. O diagnóstico principal era esquizofrenia, com ocorrência de transtorno afetivo bipolar,

psicose, Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e espectro autista. Alguns residentes apresentavam, ainda, deficiência física, podendo ser intelectual ou motora.

As entrevistas com os trabalhadores buscaram compreender os desafios contemporâneos para as políticas públicas de saúde mental no contexto da desinstitucionalização, seguindo quatro eixos norteadores: (i) A trajetória da formação acadêmica e profissional; (ii) As práticas de cuidados realizados na Rede de Atenção Psicossocial e (iii) Políticas públicas de saúde mental com enfoque na desinstitucionalização (Anexo 03). Embora não tenha seguido um roteiro de entrevista previamente elaborado para a pesquisa, não desconsiderei a abordagem de entrevista em profundidade. De acordo com Minayo (2010), a entrevista semiestruturada permite combinar questões fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se limitar às indagações iniciais.

Os relatos dos profissionais me direcionaram a reflexões sobre as tensões e dos desafios atuais da desinstitucionalização nos serviços, como a limitada ampliação dos benefícios sociais; as dificuldades de inclusão pelo trabalho e movimentos artístico-culturais; conflitos relacionados aos tipos de internações e da curatela; as relações entre serviços administrados diretamente e os terceirizados (Organizações Sociais de Saúde), a destituição dos egressos dos HCTP e CTs; a descentralização dos serviços; invisibilidade dos trabalhadores dos SRTs e os entraves para a desinstitucionalização dos egressos do HCTP. Os entrevistados ainda relataram a dificuldade de desconstruir os saberes biomédicos, os conflitos decorrentes da predominância de psicólogos nos cargos de gestão e o uso recorrente de psicofármacos, o que contradiz os preceitos da proposta reformista que idealiza um cuidado menos medicamentoso e com equipe multiprofissional. No atual contexto da desinstitucionalização, o avanço da reforma psiquiátrica foi a aprovação da Resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que prevê o fechamento gradual dos manicômios judiciários e das comunidades terapêuticas.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente para análise. Os áudios serão mantidos por até no máximo cinco anos após o término da pesquisa, sob responsabilidade do doutorando, seguindo as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/2016. Durante os procedimentos de seleção das entrevistas, só um trabalhador que inicialmente concedeu o depoimento solicitou posteriormente sua exclusão da pesquisa. O profissional, recém-contratado pela instituição, alegou insegurança para autorizar a entrevista. Realizei a transcrição completa das entrevistas e

do diário de campo. Em seguida, iniciei a leitura do material, identificando as seguintes categorias de análise: biografia pessoal, trajetória de profissionalização e percepções sobre as políticas públicas de desinstitucionalização.

Durante as entrevistas, coletei informações sociodemográficas como nome, idade, categoria profissional, função nos serviços e raça/etnia e região de residência. Na análise, identifiquei os discursos dos profissionais foram identificados com a letra "E", de entrevista, seguida de um número, como [E-1], acompanhado da categoria profissional. Os nomes dos profissionais e usuários foram omitidos no texto para preservar o anonimato e a identidade das instituições.

Utilizo o termo 'usuários' para me referir às pessoas atendidas nos serviços públicos, evito utilizar os termos “pessoas com transtorno mental”, considerando a luta antimanicomial contra estigmatizações. O transtorno representa apenas uma particularidade envolvendo as subjetividades dos usuários. Em relação aos termos “pacientes”, “doentes mentais” e “usuários de drogas” foram falas dos trabalhadores, acredito que não seja uma ação preconceituosa de abordar o sofrimento psíquico, mas um procedimento enraizado na perspectiva biomédica, que insiste estabelecer uma relação entre profissional de saúde e “pacientes” como somente um número ou código de doença, segundo categorias de sofrimento previstas pelo Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, versão quinta (DSM-5).

A análise dos resultados deste trabalho fundamentou-se nos pressupostos da desinstitucionalização e do cuidado à saúde. Os dados foram sistematizados mediante a técnica de Análise do Discurso (Bardin, 2016; Foucault, 2010; Seignou, 2011), constituída por etapas como organização, categorização e análise dos discursos dos profissionais. A técnica adotada neste estudo contribui para compreender os mecanismos linguísticos relacionados aos saberes e práticas, às produções de subjetividade e aos modos de subjetivação. A Análise do Discurso (AD) me auxiliou na compreensão das práticas de cuidado em saúde, dos campos de saber e das práticas discursivas e não discursivas, dos objetos e desdobramentos desses saberes, bem como das relações entre poder e subjetividades na contemporaneidade.

Ao adotar os discursos dos trabalhadores como enfoque da desinstitucionalização, pude perceber as subjetividades cotidianas dos serviços, a relação com as políticas públicas de Estado e o cuidado com os usuários. Nesse sentido, a Análise do Discurso possibilita reflexões sobre: (i) identidades sociais e posições dos sujeitos (função

identitária); (ii) relações sociais entre as pessoas e os ambientes; e (iii) sistemas de crenças e conhecimento (função ideacional). Não há uma categoria fixa para a realização das análises, considere os discursos alinhados à temática da pesquisa. No entanto, esses instrumentos, contudo, são fundamentais para refletir sobre as relações de conflito nos serviços, os saberes do cuidado e a racionalidade da governabilidade nas sociedades contemporâneas. Michel Foucault (2010) refere-se ao discurso como:

Trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixa seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclusão (Foucault, 2010, p. 31).

As relações entre os indivíduos e as instituições consistem nas concepções de campos sociais, envolvendo diversas instituições, como religiosas, familiares, educacionais, de saúde e profissionais que representam espaços, lugares e recursos simbólicos. Dessa forma, os discursos dos trabalhadores que atuam nos serviços de saúde contribuíram para análises das relações sociais se manifestam no cotidiano, evidenciando como os direitos são vividos nas suas rotinas diárias, marcados por conflitos institucionais, cidadania e dinâmicas de poder simbólico (Bourdieu, 2006), além das relações de normalização do poder disciplinar por meio dos discursos (Foucault, 2010, 2011).

Na perspectiva de Pierre Bourdieu, as hierarquias sociais das sociedades contemporâneas produzem violências simbólicas e sofrimento, inseridos nos impactos das desigualdades e precariedades. As violências físicas e simbólicas configuram mecanismos de opressão e dominação. O poder simbólico constitui-se em “um quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), exercendo-se apenas quando reconhecido, ou seja, ignorado em sua arbitrariedade (Bourdieu, 2006, p. 14).

Na visão de Foucault, os discursos no campo da saúde mental, refere-se às configurações de poder dos saberes centralizados no modelo biomédico. Esses saberes podem pertencer a diferentes discursos que operam nas relações de biopoder, corpo e subjetividades, moldando a relação da singularidade de cada sujeito com o corpo do Outro. Nas obras “A Arqueologia do Saber” (2010) e “A Vontade de Saber” (2009), o

autor se debruça nos discursos, como um sistema linguístico, com o objetivo de analisar as problematizações acerca do poder e dos dispositivos que sustentam ou engendram novas técnicas de dominação a partir da segunda metade do século XX. O poder político passa a assumir novas formas de opressão por meio do biopoder, constituindo um poder que se exerce não apenas sobre os indivíduos, mas sobre a vida dos homens em coletividade. Em outros termos, o poder para o autor pode “compreende sua gestão, sua majoração, sua multiplicação, o exercício sobre ela de controles precisos e regulações de conjunto” (Foucault, 2009, p. 149).

No campo da saúde mental, Foucault (2005a) considera que a história da loucura transcende uma ordem biológica individual, constituindo-se como uma construção social moldada em cada contexto histórico. Ele argumenta que o conceito de loucura se desenvolveu ao longo do tempo, alinhado aos interesses de poder de cada período. Na transição da Idade Média, na Europa, que a loucura se tornou um problema social, especialmente com o surgimento das cidades capitalistas e burguesas. Sendo assim, no cenário do Iluminismo, e a loucura foi caracterizada como desrazão e um desafio para a sociedade e o Estado, resultando na segregação de pessoas com experiências relacionadas à loucura, que foram internadas em hospitais gerais, mediante a dicotomia entre o normal e o patológico (Canguilhem, 2006; Foucault, 2005a). Ao analisar as instituições de poder, é fundamental considerar o saber centrado da psiquiatria tradicional e dos juristas que detinham a responsabilidade de categorizar a normalidade e da loucura. Conforme apresentado por Frantz Fanon (2020) demonstra, a psiquiatria martinicana desafiava a psiquiatria tradicional e hegemônica:

O louco é aquele que é estranho à sociedade, e a sociedade decide se livrar desse elemento anárquico. O internamento é a rejeição, o alijamento do enfermo. A sociedade exige do psiquiatra que torne o enfermo novamente apto a integrar a sociedade. O psiquiatra é o auxiliar da polícia. O protetor da sociedade contra o grupo social, ele decide se proteger e tranca o doente (Fanon, 2020, p. 276).

No livro “Vigiar e punir” (2009), Foucault analisa as transformações da sociedade capitalista, substituindo as violências explícitas como no contexto dos suplícios até a segunda metade do século XVIII. A partir do Renascimento, o Estado amplia suas relações de poder mediante a construção de prisões e clínicas de saúde (Hospital Geral).

Essas instituições surgiram como dispositivos de normalização e controle das populações e territórios. Entende-se como dispositivo como noção de rede, um sistema produtivo que perpassa o corpo político e social, sintetizado pelos conceitos de governamentalidade, biopolítica e biopoder. Todavia, Foucault (2014a) destaca que, nas sociedades contemporâneas, as relações de poder só são exercidas em sujeitos livres, e os processos de resistência constituem mecanismos de subjetivação, autonomia e da igualdade política.

Quando me refiro aos discursos como produções de subjetividade, fundamento-me nas formulações de Foucault. Ele compreende a subjetividade como “as práticas das quais os homens não somente se fixam em regras de conduta, como também procuram transformar-se, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de valores estéticos” (Foucault, 1999, p. 16). Já para o intelectual Stuart Hall, as subjetividades abrangem dimensões racionais e irracionais, envolvendo sentimentos, desejos e pensamentos pessoais. Nesse contexto, as identidades se configuram como processos de diferenciação individual, constituídos por sistemas simbólicos de representação e por dinâmicas de exclusão social (Hall, 2020, p. 16).

A importância de realizar uma etnografia política justifica-se pelo fato de que, há décadas, o campo das ciências sociais vem enfrentando o desafio de conciliar os objetos de estudo com as práticas cotidianas (Lotta; Pires, 2020; Siblot, 2006). Além do mais, Bourdieu, Chamboredon e Passeron afirmam: “a maldição das ciências do homem é ter como assunto um objeto que fala” (1968, p. 64). Dessa forma, ao realizar uma etnografia política nos serviços de saúde mental, vamos construindo as hipóteses do trabalho em conjunto com os atores sociais, por meio das vivências e das interações com as instituições e os agentes que as executam.

Um estudo etnográfico contribui para explicar tanto as mudanças das instituições psiquiátricas, o papel do Estado para as políticas públicas e aos desafios de desconstrução e ressignificação da loucura na contemporaneidade. Para Latour (2004, 2012), um trabalho etnográfico deve ser guiado pela relação entre o pesquisador, pesquisado e o objeto de estudo, com base no posicionamento segundo o qual ambos os atores têm as mesmas possibilidades de produzir saberes e mediações, sobretudo, análises das hierarquizações das ciências e dos saberes. Acredito que para realizar uma etnografia precisamos considerar cada pessoa como produtora de um saber prático, respeitando cada singularidade e limites que a pesquisa de campo nos impõe, especialmente uma tentativa de romper com as relações de poder, dominação e assujeitamentos com o objetivo de criar um vínculo:

Um comum que pressupõe práticas de colaboração e coexistência no tecimento de vínculos de sustentação orientados por valores democráticos, comunitários e do poder partilhado. [...] Essa presença, esse tempo comum, não é nada que acontece por algo extraordinário. Ao contrário: é justamente pela construção contínua e constante de práticas ordinárias, mundanas e corpóreas. [...] Sustenta-se pela escuta e pela troca contínua, com delicadeza e cuidado (Federici *et al.*, 2022, p. 8-10).

A observação participante configura-se como importante ferramenta neste estudo, caracterizada por Lévi-Strauss (2008) como uma “ciência do observado” pelo intelectual Lévi-Strauss (2008). É nesse sentido que proponho analisar as relações entre o Estado e a sociedade, buscando compreender os impactos dos mecanismos de opressão, dos saberes e das percepções sobre o cuidado nas relações político-sociais e culturais. Clifford Geertz, fundamentando-se em Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”, a cultura deve ser entendida “não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à busca do significado” (Geertz, 2019, p. 4).

A observação participante em cartografias da saúde nos permite compreender e construir as hipóteses em conjunto com os nossos atores envolvidos na pesquisa. Representa uma interface na passagem do “objeto” do caso para a “construção” do caso, com a perspectiva de colocar o entrevistado como protagonista do trabalho, registrar os seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam, para que a equipe esteja pronta para escutar a palavra do paciente quando esta surgir (Andrade, 2007, p.4). O protagonismo recai sobre os usuários dos serviços públicos, familiares, gestores e trabalhadores de saúde, valorizando especialmente os discursos dos usuários, frequentemente silenciados ou negligenciados.

Ainda em relação à observação participante, a pesquisadora Maria Cecília Minayo (2012) compreende que essa metodologia permite uma imersão na realidade cotidiana, através das relações entre pesquisadores e pesquisados, revelando processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares” (Minayo, 2012, p. 57). Nesse sentido, realizei a coleta de dados nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (interinstitucionais), mediante entrevistas com os trabalhadores e da observação participante com usuários. Acompanhei os usuários em algumas atividades extra-

institucionais, como passeios pela cidade, visitas a comércios locais, visitas nos museus e participação em Centros de Convivência Coletiva, serviço importante para promover a convivência e a integração social, sobretudo em projetos de Economia Solidária.

É importante também mencionar os estudos sobre o urbano. O antropólogo José Guilherme Magnani argumenta que os pesquisadores precisam lançar um olhar “de perto” e “de dentro”, com o objetivo de explorar as dinâmicas de sociabilidade, as tensões e os conflitos presentes nas mobilizações urbanas. Nessa perspectiva, o trabalho se baseia em reflexões sobre as interpretações das dinâmicas culturais e as escolhas que constroem o fazer das cidades, bem como os itinerários possíveis para a inclusão social nos territórios. Consequentemente, ao analisar as estratégias de desinstitucionalização vivenciadas no cotidiano e no território, emergiram possibilidades, limites e ambiguidades. Como sintetizado por Magnani (2002):

O que se propõe é um *olhar de perto e de dentro*, mas a partir dos arranjos dos próprios atores sociais, ou seja, das formas por meio das quais eles se avêm para transitar pela cidade, usufruir seus serviços, utilizar seus equipamentos, estabelecer encontros e trocas nas mais diferentes esferas – religiosidade, trabalho, lazer, cultura, participação política ou associativa (Magnani, 2002, p.132, grifos do autor).

Na esfera da construção etnográfica, há diversas formas de definir o objeto e as técnicas para análise de dados. É necessário estabelecer com clareza os limites das fronteiras disciplinares. Segundo Wilson Oliveira (2013), a etnografia política permite ressignificar a compreensão dos métodos verticalizados e incorporar perspectivas sobre como as políticas são vivenciadas na prática, oferecendo um olhar mais abrangente, sem prescindir da centralidade da literatura da Ciência Política. Isso significa adotar pressupostos epistemológicos, teóricos e metodológicos que tenham na “reflexividade” um dos princípios norteadores de todo o processo investigativo (Oliveira, 2013, p. 2). Tais desafios também estão presentes nas reflexões de Magnani (2009), que sintetiza a etnografia como um campo multidisciplinar:

A etnografia é uma forma especial de operar em que o pesquisador entra em contato com o universo dos pesquisados e compartilha seu horizonte, não para permanecer lá ou mesmo para atestar a lógica de

sua visão de mundo, mas para, seguindo-os até onde seja possível, numa verdadeira relação de troca, comparar suas próprias teorias com as deles e assim tentar sair com um modelo novo de entendimento ou, ao menos, com uma pista nova, não prevista anteriormente. Esse é um *insight*, uma forma de aproximação própria da abordagem etnográfica que produz um conhecimento diferente do obtido por intermédio da aplicação de outros métodos. Trata-se de um empreendimento que supõe um determinado tipo de investimento, um trabalho paciente e contínuo ao cabo do qual e em algum momento, como mostrou Lévi-Strauss, os fragmentos se ordenam, perfazendo um significado até mesmo inesperado (Magnani, 2009, p. 135 – grifos do autor).

A interdisciplinaridade está associada a múltiplos fatores, e as políticas públicas de saúde mental é um campo multidisciplinar. Ao realizar a etnografia, destaco dois caminhos de reflexão sobre os discursos: (i) as transformações das instituições psiquiátricas do modelo asilar para serviços extra-hospitalares, sob a perspectiva dos usuários e trabalhadores, e (ii) o reconhecimento das memórias e da produção de subjetividades das pessoas com experiência de sofrimento psíquico, compreendendo que a memória é um caminho da superação dos manicômios. O reconhecimento das memórias valoriza as experiências vividas, passadas e presentes. A Teoria do Reconhecimento proposto por Axel Honneth (2003) contribui para as gramáticas de resolução dos conflitos, representando um processo de engajamento da sociedade civil, às construções identitárias e da realização da vida política, por meio de reivindicações de lutas libertárias realizadas pelos movimentos sociais.

A luta por reconhecimento, ação coletiva vigente desde os movimentos tradicionalmente ligados à redistribuição dos direitos políticos, sociais e civis, desdobra-se hoje em uma pluralidade de lutas emancipatórias. Essas lutas se manifestam em conflitos políticos e sociais, consolidando-se por meio de múltiplos caminhos de mediação e garantia de direitos – como as mobilizações dos povos indígenas, da emergência climática, dos povos ciganos, das pessoas com deficiência, dos movimentos feministas e da negritude. De acordo com Honneth (2003), três elementos da luta por reconhecimento interligados aos conflitos sociais: amor, direito e solidariedade, responsáveis pelas transformações sociopolíticas. Partindo de reflexões da Teoria Crítica, o autor propõe analisar as gramáticas dos conflitos sociais e suas relações com as normas vigentes, utilizando as concepções da “racionalidade instrumental” e “ação instrumental”,

do sociólogo Jürgen Habermas. Para Honneth, a reprodução material da vida exemplifica a racionalidade instrumental, enquanto a luta por reconhecimento constitui uma ação orientada por finalidade. Essa ação baseia-se em uma “experiência que pode influir no surgimento de conflitos sociais na qualidade de motivo da ação” (Honneth, 2009, p. 24).

Na perspectiva de Nancy Fraser (2001, 2007), as lutas emancipatórias pelo reconhecimento envolvem um conjunto de elementos para o enfrentamento do poder e da opressão social, provenientes de forças hegemônicas de exploração do capitalismo globalizado e neoliberal, que intensificam as disputas por direitos redistributivos por meio da exploração socioeconômica. Nesta seara, Honneth enfatiza mais a dimensão moral para justificar os conflitos relacionados à justiça distributiva. Por outro lado, Fraser analisa o reconhecimento e da distribuição como duas categorias inseparáveis e igualmente responsáveis pela promoção da justiça social.

Ressalto que adotei a perspectiva da interdisciplinaridade para o presente estudo, articulando debates da Ciência Política e da Saúde Coletiva. O campo da saúde transcende a área biomédica. Entende-se por biomedicina os saberes biológicos que fundamentam as práticas clínicas. As categorias da medicina, psicologia e psicanálise são técnicas científicas aplicadas na clínica, com o auxílio dos saberes oriundos da biomedicina (Camargo, 2003). Os saberes biomédicos constituem um poder hegemônico e institucionalizado em diversas instituições de saúde. Portanto, ao propor uma análise crítica da biomedicina, é necessário desconstruir a categoria do indivíduo como sendo apenas um corpo biológico.

Na obra “As Regras do Método Sociológico”, Durkheim analisa que a relação entre o corpo e o indivíduo são noções que se entrelaçam e estão condicionadas a cada contexto histórico e social. A dimensão individual como um organismo biológico é frequentemente tratada como uma categoria fixa e homogênea, desconsiderando as dimensões históricas e culturais responsáveis pela individualização dos sujeitos. Nesse sentido, “é o corpo que desempenha esse papel” (Durkheim, 1985, p. 331).

Segundo Cynthia Sarti (2003; 2010), os cientistas sociais podem contribuir com a área da saúde ao propor pesquisas sobre como os agentes sociais envolvidos em instituições de saúde pensam sobre o corpo, o processo de saúde- adoecimento e as doenças em contextos específicos (situacionais), bem como as representações do sofrimento, das angústias e dores. Sarti (2010) afirma que, para realizar um estudo na área da saúde, é necessário um “trânsito de saberes científicos e práticos”, considerando as condições de cada indivíduo e sua representação do que entende como corpo e sua relação

com os outros. A autora ressalta a necessidade de desconstruir o saber focado nos conhecimentos da biomedicina:

Quando se fala, no discurso biomédico, em dor corporal, a tendência é associá-la a um fenômeno neurofisiológico. Admite-se que existam “componentes” sociais ou psicológicos na vivência da dor. Pensa-se, entretanto, em uma existência corporal prévia e autônoma – que configura a noção de corpo biológico –, à qual se agregam fatores psíquicos e culturais. Ao contrário desta proposição, o corpo, na perspectiva antropológica, não existe fora do registro simbólico, nem lhe antecede. O mundo social e cultural não atua ou intervém sobre um corpo preexistente, tomado, neste registro, como “natureza” (Sarti, 2010, p.84, aspas da autora).

Outra questão relevante é que a temática das mudanças nas políticas públicas também constitui um campo plural e multidisciplinar (Marques; Faria, 2018). Ao estudar as políticas públicas de saúde mental, é necessário considerar tanto as mudanças das legislações que envolvem marcos normativos que orientam a assistência e gestão, bem como as transformações socioculturais que possibilitam a construção de um cuidado em liberdade com a participação da sociedade civil, territórios e dos marcadores sociais de gênero, raça/etnia, classe e das dimensões de sociabilidade (Lotta, 2020; Menicucci; Marques, 2016; Sommer, 1973).

Ao abordarmos as trajetórias dos atores inseridos nos serviços públicos de saúde e suas percepções sobre as políticas públicas, consideramos as concepções de Norbert Elias, onde compreende que a sociedade se constitui pelas ligações entre os indivíduos e o Estado, como cadeias de interdependência que fornecem recursos materiais e simbólicos aos sujeitos, em relações recíprocas e dinâmicas (Elias, 1994, p. 35). Ao abordar os discursos dos trabalhadores sobre o cotidiano dos serviços, muitos profissionais relataram experiências relacionadas às memórias passadas e presentes das instituições psiquiátricas.

As pesquisas da Cynthia Sarti (2020) destacam a importância das memórias do sofrimento de pessoas que vivenciaram violência, principalmente das violências políticas e das violações de direitos humanos praticadas pelo Estado durante a ditadura civil-militar (1964–1985). As violências transcendem os indivíduos que as vivenciaram, sendo necessário considerar também os discursos das testemunhas - aqueles que, de alguma

forma, viveram ou presenciaram tais violações. Na saúde mental, os profissionais de saúde são figuras centrais nesse papel de testemunho: alguns vivenciaram diretamente as violências nos manicômios; outros não conheceram um hospital psiquiátrico, mas ouvem constantemente relatos de sofrimento e violência de egressos das instituições asilares. Sendo assim, Cynthia Sarti (2016, 2020) afirma que o reconhecimento das memórias passadas e presentes constitui ferramenta fundamental para elaborar estratégias de políticas reparatórias:

No plano subjetivo, assim, a reconstrução da vida permanece um processo incessantemente trabalhado pela temporalidade, implicando que o passado seja evocado, mas a cada vez em termos diversos, por elos distintos entre presente e passado, segundo os eventos individuais e coletivos do presente, movimentos que são deslocamentos recorrentes e que abrem a possibilidade de permanentes res significações da experiência vivida no passado nos termos das questões colocadas pelo momento presente (Sarti, 2020, p.1029).

Ao articular o reconhecimento das memórias, torna-se necessária a adoção de ações concretas para a superação das violências. No caso da ditadura militar, isso envolve o reconhecimento, por parte do Estado, da responsabilidade pelos crimes cometidos, a indenização das vítimas e a continuidade dos trabalhos da Comissão Nacional da Verdade (CNV), mesmo após a publicação do relatório final em 2014 (Brasil, 2014). Sarti (2020) questiona a revisão da Lei de Anistia de 1979, destacando a importância do julgamento dos militares envolvidos em episódios de tortura, mortes e desaparecimentos de presos políticos.

Na discussão sobre a reforma psiquiátrica, identifico a ausência de protagonismo dos movimentos sociais, principalmente das pessoas que vivenciaram a institucionalização. Em São Paulo, diversos serviços de saúde mental homenageiam figuras importantes da reforma psiquiátrica, como os médicos sanitaristas David Capistrano e Luís da Rocha Cerqueira. Contudo, diferentemente do estado do Rio de Janeiro e Minas Gerais - que reconhece nomes como Maura Lopes Cançado, Stella do Patrocínio e Arthur Bispo do Rosário, ex-internos de instituições psiquiátricas. No estado de São Paulo dedica poucas homenagens aos sobreviventes dos manicômios, representando quase uma invisibilidade da Aurora Cursino, institucionalizada no estado

de São Paulo. O estado paulista carece de um memorial dedicado às vítimas dos hospitais psiquiátricos, similar ao Museu da Loucura em Barbacena-MG. Ambas as cidades possuíam complexos hospitalares psiquiátricos semelhantes ao de Sorocaba, mas a falta de políticas de preservação da memória resultou na perda dessas histórias com o fechamento das instituições.

Ao debater o reconhecimento das memórias, cito Grada Kilomba. Em “Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano” (2019), ela apresenta a trajetória da conscientização coletiva dos movimentos negros nos Estados Unidos e os impactos da perpetuação do poder político e econômico da branquitude. No contexto brasileiro, a autora Rachel Gouveia Passos (2018) argumenta que os manicômios brasileiros derivam da lógica do “Navio Negreiro”, representando as heranças escravocratas que aprisionaram pessoas vulneráveis e negras. Seguindo essa perspectiva, cabe questionar as transformações nas elites de poder: quem constitui os antigos senhores de engenho, os proprietários de hospitais psiquiátricos e, atualmente, os gestores das Organizações Sociais de Saúde. Em sua maioria, são médicos e membros de instituições religiosas, como a OSS Santa Marcelina, que gerencia a atenção primária e secundária, incluindo a saúde mental, em toda região leste da capital paulista, conforme detalhado no quadro 6.

Por fim, quero destacar que este trabalho não se trata de uma crítica aos serviços de saúde mental e nem do trabalho realizado pelos profissionais de saúde, mas de uma reflexão crítica sobre as políticas públicas de saúde mental no Brasil atual, sem criticar os serviços ou o trabalho dos profissionais da área. A pesquisa recebeu aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Ciências Humanas da UFSCar (instituição proponente) e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS-SP (instituição coparticipante), sob os números CAAE 5478.8121.8.00005504 e 54781221.8.0086, respectivamente. Antes do encaminhamento do projeto de pesquisa para a apreciação do CEP da UFSCar e da SMS-SP, o projeto primeiramente foi aprovado pelo CEP da Escola Cândido Ferreira em Campinas e da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste em São Paulo.

Organização da tese

De modo a cumprir com os objetivos a que se propõe o trabalho, além da introdução e o percurso teórico-metodológico adotado para o a pesquisa dividi a tese em três partes que, por sua vez, se subdividem em oito seções, seguidas das considerações finais. Na seção introdutória, apresento minha trajetória profissional e meu interesse pelo campo das políticas públicas de saúde mental e do arcabouço metodológico da pesquisa.

A primeira parte, intitulada “Entre institucionalização e desinstitucionalização: os caminhos da loucura no Brasil”, divide-se em duas seções. Na primeira seção, “Dores manicomiais: o processo de institucionalização no Brasil”, abordo o contexto político, social e histórico do processo de institucionalização da loucura no Brasil. Manicômios, hospícios e hospitais psiquiátricos são considerados como “instituições totais” (Goffman, 2015), “instituições de violências” (Basaglia, 2010) e “instituição negada” (Basaglia, 1985). Na seção “Reforma Psiquiátrica Brasileira e Movimento Antimanicomial: entrecruzamentos com a desinstitucionalização”, analiso o protagonismo dos movimentos sociais na reforma psiquiátrica, destacando o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Destaco as experiências a Reforma Psiquiátrica no Brasil, além de discutir as experiências de outras reformas psiquiátricas no cenário internacional como do Reino Unido, França, Estados Unidos e, especialmente, a Reforma Democrática Italiana, que serviu de inspiração para o modelo brasileiro.

A segunda parte, intitulada “Desconstruindo as grades manicomiais: direitos, saberes e territórios”, composta por três seções, trago reflexões em torno da Reforma Psiquiátrica Brasileira em quatro dimensões: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política sociocultural. Na seção “Direitos Humanos e Saúde Mental: mudanças dos paradigmas da loucura”, discuto os Direitos Humanos e as garantias sociais do direito à saúde. Abordo também as transformações do paradigma da loucura no cenário brasileiro e internacional, considerando os avanços das legislações da reforma psiquiátrica, os tipos de internação e a interdição jurídica dos usuários por meio da curatela. Na seção “Profissionais de saúde: entre práticas de cuidado e campos de saberes”, discuto as práticas de cuidado e os saberes científicos, com enfoque na desinstitucionalização e na perspectiva dos trabalhadores de saúde. Por fim, na seção “Para além dos muros da Rede de Atenção Psicossocial: como lidar com loucura nos territórios” apresento elementos sobre as práticas de cuidado em liberdade e sua interface

com os territórios, fronteiras e desafios do cuidado nos serviços extra-hospitalares e direito à cidade.

A terceira parte, intitulada “Avanços e desafios das políticas públicas de saúde mental”, subdividida em três seções, é dedicada aos debates sobre os progressos e os tensionamentos da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, incluindo as garantias de direitos e as mudanças ocorridas na política nacional de saúde mental desde 2016. Na seção “Reforma Psiquiátrica Brasileira: apontamentos atuais da desinstitucionalização no Brasil”, apresento as possibilidades e os limites da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro atual, além dos dados sobre a RAPS no país.

Por conseguinte, na seção “Rede de Atenção Psicossocial nos municípios de Campinas e São Paulo”, analiso o arcabouço político-institucional e a assistência da RAPS em Campinas-SP e São Paulo-SP, abordando os conflitos organizacionais entre servidores públicos e da Organizações Sociais de Saúde, consequências da relação público-privada e o impacto da descentralização dos serviços de saúde (União, Estados e Municípios) nas estratégias de desinstitucionalização. Na seção “Nó da Reforma Psiquiátrica: os manicômios judiciais e as Comunidades Terapêuticas”, examino os impactos da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que estabelece a política antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece o fechamento gradual dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico. Por fim, discuto brevemente as Comunidades Terapêuticas no Brasil.

Por fim, na última parte, será dedicada a uma breve conclusão, além de condensar o que foi discutido ao longo do trabalho.

Parte I. Entre institucionalização e desinstitucionalização: os caminhos da loucura no Brasil



Fonte: acervo particular do autor (2024).

Imagine-se agora um homem a quem são tirados, junto com seus entes queridos, sua casa, seus costumes, suas vestes, tudo enfim, literalmente tudo o que possui: será um homem vazio, reduzido a sofrimento e a carência, alheio à dignidade e ao discernimento; pois a quem tudo perdeu, facilmente ocorre perda a si mesmo.

(Primo Levi, *Se este é um homem*)¹².

¹² Disponível em: < <https://joacamillopenna.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/03/levi-primo-c3a9-isto-um-homem-1988.pdf>>.

1.1 Dores manicomiais: o processo de institucionalização no Brasil

A manicomialização das sociedades ocidentais inicia-se com o desenvolvimento do campo das "*psis*" (psicologia, psiquiatria e psicanálise) no século XVIII. Esse processo emerge dos movimentos das revoluções burguesas e dos ideais iluministas, que influenciaram as relações entre saber e verdade. Após a Revolução Francesa (1789), entrelaçados com os lemas de “Liberdade, Igualdade, Fraternidade”, foram inspirações para o campo das ciências humanas e ciências naturais na modernidade, buscando compreender as questões psíquicas através das psicoses e dos métodos analíticos da biologia. Com efeito, as pessoas com experiência de loucura foram submetidas a um “ato mítico de libertação dos loucos” (Foucault, 2005a).

Na obra “História da Loucura na Idade Clássica” (2020a), o autor propõe um debate com a racionalidade cartesiana de Kant. O intuito de Foucault era desconstruir a noção de sujeito racional cartesiano previsto pelo Iluminismo, apresentando-o não apenas como uma condição biológica, mas como uma construção social. Trata-se de um conceito de loucura foi construído historicamente e, no século XVIII, forneceu alicerces para diversos estudos de Foucault, que percebeu a relação entre razão e loucura. A história da loucura é uma prática local, situada em um determinado contexto histórico e político.

Para o intelectual, o nascimento da razão cartesiana fundamentou a criação da psicanálise (sonho e loucura) revelando de que o nosso “corpo faz parte de nossa *psyché*” (Foucault, 2019, p. 223). Isso engloba fatores conscientes e inconscientes, tendo a dimensão da loucura como codificação de mensagens entre a linguagem e sentidos. A linguagem da loucura, na visão do autor, depende das condições das instituições e regras específicas de cada sociedade. A ordem do homem ideal a partir do século XVIII pautou-se nas verdades das ciências, manifestadas em práticas discursivas e não discursivas, moldando as relações de poder e de subjetividade (Foucault, 2003, 2014b).

No período da Renascença europeia que os “loucos” e as suas “loucuras” e “patologias” passaram a ocupar os espaços antes destinados aos leprosos na Idade Média, marcados pela exclusão e pelo isolamento social (Foucault, 2019). A partir do século XVIII, a loucura tornou-se objeto do saber da psiquiatria tradicional (Psiquiatria Moderna). Surgiu a categoria de doença mental e o confinamento dos alienados, iniciando uma concepção de cura das patologias. Foucault (2002) afirma que a loucura “entra em um tempo de silêncio do qual não sairá por muito tempo. Foi despojada de sua linguagem

e, embora se pudesse continuar falando dela, a ela foi impossível falar sobre si mesma” (2002, p. 82).

No final do século XVII, surgiram os primeiros manicômios da modernidade com a construção do Hospital Geral, como os hospitais de Bicêtre e Salpêtrière, na França, sob iniciativa de Philippe Pinel (1745–1826). Sua teoria terapêutica fundamentava-se na ideia de que somente com o isolamento nos hospitais poderíamos “libertar os loucos” de seus sofrimentos. Por consequência, Pinel considerou que a doença mental era um *déficit* e uma regressão, associados a patologias naturais do ser humano. A partir das experiências dos hospitais gerais franceses, iniciou-se o processo de racionalização científica para o tratamento da doença mental.

A obra “Vigiar e Punir” (2011) apresenta uma importante reflexão sobre as articulações entre o tema da violência e suas repercussões nas instituições. O texto aborda o contexto do suplício como forma jurídica de punição baseadas em inquéritos que buscavam a confissão, possibilitando a solução dos crimes. O autor afirma também que o “corpo do condenado torna-se local de aplicação da vindita”, onde serão aplicados a normalização e o poder, mas as violências decorram de uma 'dissimetria de forças' (Foucault, 2011, p. 47). Para Foucault (2002, p. 148), as instituições psiquiátricas buscavam segregar os loucos do convívio nas cidades por meio do saber médico:

Foi preciso, por um lado, codificar a loucura como doença; foi preciso tornar patológicos os distúrbios, os erros, as ilusões da loucura; foi preciso proceder a análises (sintomatologia, nosografia, prognósticos, observações, fichas clínicas). Foi preciso ao mesmo tempo codificar a loucura como perigo, isto é, foi preciso fazer a loucura aparecer como essencialmente portadora de perigos (Foucault, 2002, p.148).

Na obra “O Nascimento da Biopolítica” (2010), Foucault analisa a racionalidade da governabilidade nas sociedades contemporâneas, que não lida mais com a punição e a disciplinarização por meio de violências explícitas, como os episódios dos suplícios realizados pelos poderes dos soberanos. A governabilidade, a partir do século XVIII, passa a ter como base tecnologias disciplinares modernas para a disciplinação individuais e coletivas, portanto, nascem as instituições prisionais e clínicas. Nesse sentido, a governabilidade das sociedades atuais aborda as transformações do capitalismo neoliberal, inseridas na lógica do “capital humano” e dos indivíduos como “empresário

de si”, dos senhores de si próprios ou “sujeitos-empresas”, conforme indicado por Foucault (2010):

Gênese, genealogia permanente do Estado a partir d instituições econômica. E quando digo isso creio que ainda não basta, porque não é apenas uma estrutura jurídica ou uma legitimação de direito que a economia traz a um Estado alemão que é a história acabava de privar dos seus direitos. Essa instituição econômica, a liberdade econômica que essa instituição tem por papel, desde o início, assegurar e manter, produz algo mais real, mais concreto, mais imediato ainda, que uma legitimação de direito. Ela produz um consenso permanente, um consenso permanente de todos os que podem aparecer como agentes no interior, dentro desses processos econômicos. Agentes como investidores, agentes como operário, agentes como empresários, agentes como sindicatos. Todos esses parceiros da economia, na medida mesma em que aceitam esse jogo econômico da liberdade, produzem um consenso que é um consenso político (Foucault, 2010, p. 114-115).

Nos estudos foucaultianos, o biopoder, a partir de novas táticas de poder que alcançam toda a população capitalista desde o século XVIII, impulsionou o surgimento de novas tecnologias políticas voltadas à normalização populacional e territorial, incluindo intervenções sanitárias, medidas higiênicas e o controle urbano das cidades em expansão. Para Foucault (2003, 2008, 2014a), o poder constitui uma relação de forças que perpassa os corpos, não meramente como formas negativas de opressão, violência e assujeitamento, mas também como ação positiva que permeia as relações, gera transformações, desperta prazer, desejos, formas de saberes e, conseqüentemente, discursos. "O poder produz realidade, produz campos de objetos e rituais de verdade" (Foucault, 1995, p. 8).

A biopolítica constitui uma tática de poder sobre territórios e populações, fundamentada na relação entre “fazer viver” e “deixar morrer” (Foucault, 2003, 2009). Trata-se de um processo histórico que legitima o silenciamento dos corpos considerados indesejáveis, mediante poder estatal ao implementar políticas urbanas, epidemiológicas, higienistas e do racismo científico. O biopoder manifesta-se em modos de subjetivação, interligados às tecnologias da normalização e violência - a vertente interna do poder, expressa nas formas com que cada pessoa processa sua subjetividade. O conceito de governamentalidade envolve a relação entre os sujeitos e o cuidado de si (Foucault, 2010,

2020). Segundo Foucault (2008), a biopolítica configura um jogo de relações de poder político, social, econômico e governamental:

A análise da biopolítica só poderá ser feita quando se compreender o regime geral que podemos chamar de questão de verdade – antes de mais nada da verdade econômica no interior da razão governamental – e, por conseguinte, se se compreender bem o que está em causa nesse regime que é o liberalismo, o qual se opõe à razão de Estado, ou antes, a modifica fundamentalmente sem talvez questionar seus fundamentos. Só depois que soubermos o que era esse regime governamental chamado liberalismo é que poderemos, parece-me, apreender o que é a biopolítica (Foucault, 2008, p. 30).

Em “O Nascimento da Clínica”, Foucault (2020a) aborda a contextualização da história da medicina moderna entre o final do século XVII até o século XIX, período em que a psiquiatria se torna um saber hegemônico. Portanto, foi na Idade Moderna, que se consolidou a ideia da construção do Hospital Geral, destinado a todas as pessoas que não se encaixavam no desenvolvimento dos centros urbanos e àquelas que ousavam enfrentar a “ordem burguesa que se organiza na França” das sociedades capitalistas em franco crescimento (Foucault, 2020a). Na França, a Psiquiatria Moderna desenvolveu-se paralelamente ao crescimento das cidades, do espaço urbano e ao nascimento da clínica moderna. À medida que as cidades se expandiam, surgia o que Foucault denomina de medo urbano — o medo das cidades, do crescimento populacional e das epidemias:

Darei o exemplo do “Cemitério dos Inocentes” que existia no centro de Paris, onde eram jogados, uns sobre os outros, os cadáveres das pessoas que não eram bastante ricas ou notáveis para merecer ou poder pagar um túmulo individual. O amontoamento no interior do cemitério era tal que os cadáveres caíam do lado de fora. Em torno do claustro, onde tinham sido construídas casas, a pressão devido ao amontoamento de cadáveres foi tão grande que as casas desmoronaram e os esqueletos se espalharam em suas caves provocando pânico e talvez mesmo doenças (Foucault, 2020a, p.87).

Em uma sociedade de controle, o biopoder atua com base de violências como mecanismos indiretos por meio das instituições disciplinares. As confissões mediante técnicas de suplícios cederam lugar aos laudos médicos, exames de periculosidade e ao encarceramento dos corpos. As tecnologias de controle e punição operam por mecanismos sutis, como o adestramento em “corpos dóceis” (Foucault, 2020). Ao aproximamos para os dias atuais, no campo da saúde mental contemporânea, persiste a lógica biológica e judicial, principalmente nas internações em manicômios judiciais mediante o Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade. Nesse contexto, Giorgio Agamben (2005), em "O que é um dispositivo?", demonstra que na contemporaneidade, o dispositivo vincula-se a um conjunto de normas jurídicas, tecnológicas e militares, constituindo qualquer elemento que capture, oriente, determine e molde comportamentos

No Brasil, os manicômios psiquiátricos, foram amparados pelo racismo científico da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), produziram a manicomialização e a psiquiatrização. Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), instituição fundada em 1923 na cidade do Rio de Janeiro. Permeada pela tradição positivista e racismo científico, sobretudo do Gustavo Riedel e Cesare Lombroso, ancorados nos racismos, sexismos e desigualdades sociais. Esse processo ocorreu do século XIX e percorreu até o final do século XX. Para compreender o processo de institucionalização, partimos de reflexões das “instituições totais”, proposto por Goffman (2015) onde realizou um estudo etnográfico no Hospital Psiquiátrico Saint Elizabeths, nos Estados Unidos da América. O autor analisa as formas de exclusão, estigmatização, homogeneização dos indivíduos e a manicomialização que resultam na mortificação do eu (subjetividade dos sujeitos).

As “instituições totais” podem ser conceituadas como um sistema híbrido social, configurando-se como comunidades residenciais organizadas por regras sociais, incluindo horários definidos para refeições, hierarquização e centrados na subordinação (Goffman, 2015, p. 22). O autor classifica as instituições totais em cinco categorias: (i) abrigos para pessoas “incapazes e inofensivas”, como os velhos, órfãos e indigentes; (ii) aquelas cujo objetivo é manter pessoas isoladas para proteger a comunidade, como as prisões; (iii) aquelas voltadas ao desenvolvimento de determinadas tarefas, sendo essas tarefas o próprio fundamento da instituição, como os quartéis e as escolas internas; (iv) aquelas configuradas como refúgios do mundo, como locais de instrução religiosa (conventos, mosteiros); e (v) aquelas criadas para cuidar de pessoas consideradas incapazes e, ao mesmo tempo, vistas como uma ameaça para a sociedade, como, por

exemplo, os hospitais psiquiátricos, os manicômios e hospícios, ou outros sinônimos para as instituições privativas de liberdade.

As instituições privativas de liberdade, como forma de tratamento voltadas ao sofrimento psíquico, ganharam força no Brasil no início do século XIX. Inspiradas no modelo biologizante de Philippe Pinel e fundamentadas na lógica da alienação, essas instituições estabeleceram um novo paradigma. O primeiro hospital psiquiátrico destinado à assistência administrada pelo Estado foi o Hospício Dom Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro, inaugurado em 1852. Esse marco iniciou um contexto de violações humanas, caracterizado por violências e da “industrialização da loucura” (Amarante, 2007). O Hospício Pedro II seguiu também as diretrizes da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923 no Rio de Janeiro pelo psiquiatra Gustavo Riedel, com o seguinte propósito: “O objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (Costa, 2007, p. 45).

No Rio de Janeiro, o Hospital Pedro II, sancionado pelo Decreto 142-A do imperador Dom Pedro II, estabeleceu a primeira política de assistência mental por meio do Hospital Nacional de Alienados. Em 1944, o antigo manicômio foi desativado, cedendo espaço para a construção do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Com o fechamento, os pacientes foram transferidos para a Colônia Juliano Moreira, situada na antiga Fazenda Nossa Senhora dos Remédios, em Jacarepaguá-RJ. O complexo manicomial chegou a abrigar 5.300 internos, distribuídos em 79 hospitais e pavilhões. Em 2022, a instituição encerrou suas atividades, transformando-se no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM), que também abriga o Museu Bispo do Rosário, homenageando o artista que permaneceu internado por décadas. A capital fluminense contou também com o Hospital do Engenho de Dentro que, em 2002, foi municipalizado, originando o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMNS), depositário de um dos maiores acervos históricos de memórias do campo da saúde mental no Brasil.

Em 1903, Minas Gerais inaugurou o Hospital Colônia de Barbacena, considerado um dos principais hospitais psiquiátricos do país. Entre as décadas de 1930 e 1980, aproximadamente 60 mil pacientes morreram no local, com 1.823 corpos comercializados para faculdades de medicina em todo o Brasil (Arbex, 2013, p. 57). Hoje, a instituição faz parte do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), sob gestão da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

O primeiro manicômio do estado de São Paulo foi o Hospício Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo, inaugurado em 1852. No final do século XIX, a assistência psiquiátrica foi institucionalizada pelo Estado, ficando sob responsabilidade do psiquiatra Franco da Rocha, realizando um tratamento no Hospício Colônia de Juquery (Barros *et al.*, 2014). O hospital psiquiátrico foi inaugurado em 1898 no município de Franco da Rocha, na Região Metropolitana de São Paulo, com o objetivo de "assistir, curar pelo trabalho agrícola e devolver o louco à sociedade como cidadão útil" (Rocha apud Giordano, 1989:103). O manicômio, além de confinar pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais, encarcerou presos políticos durante a ditadura civil-militar (1964–1985). Entre eles estava David Capistrano da Costa, militar e membro do PCB, quando a instituição atingiu o ápice com 14.393 internos em 1965 (Barros *et al.*, 2014, p.21).

Até a promulgação da Lei Antimanicomial, em 2001, o hospital acumulava um histórico de mais de 120 mil internações e encerrou suas atividades por completo em 2022¹³. De acordo com Rosana Barbosa (1992), a análise dos dados étnico-raciais da gestão Franco da Rocha no Hospício Juquery, no período entre o final do século XIX e início do século XX, concluiu que a clientela do hospital se constituía principalmente de pessoas negras e pardas, com taxa de internação duas vezes superior à sua representação na população total da cidade (Barbosa, 1992, p. 98). Outro estudo realizado por Eliza Toledo (2019) sobre o Hospital Psiquiátrico de Juquery, a historiadora Eliza Toledo (2019) constatou que 95% das eletroconvulsoterapias (psicocirurgias) foram aplicadas em mulheres entre 1941 e 1956, embora elas representassem apenas 39% da população internada.

Outro hospital psiquiátrico de grande porte na cidade de São Paulo foi o Philippe Pinel, fundado em 1929, foi outro importante hospital psiquiátrico de São Paulo. No início, como Sanatório Pinel, constituía uma instituição privada que atendia famílias paulistanas de classe média e alta. Em 1944, o Governo do Estado, passou a se chamar Hospital Psiquiátrico Pinel, passando a atender uma clientela de todas as camadas sociais, principalmente a população de baixa renda. Na época, a capital paulista contava com outra unidade da instituição.

Em Franco da Rocha, além da presença do antigo Hospital Psiquiátrico do Juquery desativado em 2021, encontram-se em funcionamento, até os dias atuais, duas unidades

¹³ Dados obtidos em: < <http://memorialdaresistenciasp.org.br/lugares/hospital-psiquiatrico-do-juqueri-e-manicomio-judiciario/>>. Acesso em 31 de dezembro de 2024.

do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Professor André Teixeira Lima”. Uma das unidades (HCTP I) foi transferida para a Secretaria da Administração Penitenciária do Governo do Estado de São Paulo, em 1991. O último dados divulgados pela Secretaria de Estado dos Negócios da Segurança Pública de São Paulo, em 2022, revelou em torno de 512 homens e 80 mulheres, todos sob regime de medida de segurança. A segunda unidade (HCTP II) foi criada em 2022 pela Secretaria da Segurança Pública do Estado de São Paulo, com a finalidade de atuar especificamente em regime de desinternação progressiva de 200 presos.

A Secretaria da Administração Penitenciária do Governo do Estado de São Paulo também é responsável por administrar uma terceira unidade hospitalar de custódia situada no município de Taubaté-SP: o HCTP “Dr. Arnaldo Amado Ferreira”, conhecido popularmente como “presídio de segurança máxima. A unidade abriga uma população carcerária estimada em 1.368 pessoas, sem a implementação de medidas de desinternação. Por fim, o último Censo divulgado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2007 indicava cerca de 6.000 pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, incluindo os HCTPs, e apontava a ausência de uma política orientadora de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial no estado - situação alterada após a aprovação da Resolução CNJ nº 487/2023 (Diniz, 2013).

Na cidade de Campinas, o hospital psiquiátrico Dr. Cândido Ferreira foi inaugurado em 1924 e, inicialmente, era mantido por um grupo filantrópico da região. Trata-se de uma instituição filantrópica que presta assistência à saúde mental no município. Em 1993, a instituição foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como referência nacional para a desinstitucionalização no Brasil¹⁴. O hospital homenageia Cândido Ferreira, médico e político paranaense, graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1888, que teve importante atuação na história da psiquiatria brasileira.

Os manicômios brasileiros pioneiros seguiram o modelo proposto pelo francês Philippe Pinel, que estabeleceu categorias de doenças mentais baseadas na concepção de “cura terapêutica” em instituições asilares. No Brasil, essas instituições recebiam pessoas consideradas loucas, mulheres histéricas, pessoas negras, indivíduos em situação de rua e profissionais do sexo, todos submetidos à autoridade da psiquiatria clássica e tradicional (Arbex, 2013; Foucault, 2005a). Além disso, Pinel foi responsável pela elaboração do

¹⁴ Informações obtidas pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira- Campinas. Disponível em: <<https://candido.org.br/>>.

primeiro manual científico voltado para as patologias, presentes até atualmente como o manual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, edição quinta (DSM-5). A partir daí, estabeleceu-se o conceito de alienação mental e a especialidade médica do alienista, profissional que lidava com as histerias, o pânico moral da sociedade moderna e o controle epidemiológico ligado à urbanização crescente. Segundo Paulo Amarante (2007), a alienação moral constituía um distúrbio das paixões que gerava desarmonia mental e afetava a capacidade objetiva do indivíduo de perceber a realidade (p. 30).

Durante a coleta de dados nos serviços de saúde mental, estabeleci contato com profissionais que vivenciaram experiências em instituições consideradas como “instituições totais” (Goffman, 2015). Em uma entrevista, uma acompanhante comunitária relatou a realidade desumana e perversa das instituições psiquiátricas, especialmente quanto às violências recaídas com as mulheres: “Aqui não tem violência física (SRT), o que é muito importante, mas era bem presente nos hospitais psiquiátricos onde trabalhei, onde havia muita violência física e psicológica. Algumas mulheres gritavam e os trabalhadores achavam que era normal: É louca! deixa gritar! Mas a mulher podia estar sendo estuprada e muitos trabalhadores não estavam preocupados. Hoje, é mais dignidade! No início das primeiras moradias, tudo era muito novo tanto para os usuários quanto para os trabalhadores, os usuários precisavam aprender tudo de novo, eles *chegam como um animal*, com o tempo foram aprendendo os traços da escrita, a usar garfo, faca e colher. Hoje, muitos conseguiram ter uma autonomia, como comer e tomar banhos sozinhos” (E-6, acompanhante terapêutica, grifos meus). É possível apontar que a “dignidade de hoje” só foi possível com o comprometimento de redes substitutivas ao modelo hospitalar sob a garantia de direitos e o cuidado em liberdade (Nicácio, 2003; Lancetti, 2016).

Uma característica marcante das instituições totais é seu completo isolamento do convívio social, materializado por barreiras físicas como grades, portas com cadeados e alas psiquiátricas. Os pavilhões da loucura, denominados núcleos clínicos, abrigavam homens, mulheres e crianças no mesmo espaço. Os hospitais visavam promover o isolamento do mundo externo e o encarceramento em massa, afastando essas pessoas da comunidade (Amarante, 1996). Eram marginalizados todos os incapazes para o trabalho e que não se adequavam ao projeto desenvolvimentista brasileiro. A seguir, apresento um diálogo com uma técnica de enfermagem que revela percepções sobre as cartografias asilares na década de 1990 em Campinas-SP:

Durante o curso técnico e, realizei visitas ao hospital psiquiátrico Cândido Ferreira. A primeira vez que entrei naquele hospital, tive a certeza de que queria trabalhar com saúde mental. No mesmo instante em que me apaixonei pela área, mas fiquei bem em choque e triste, era um tempo em que os pacientes permaneciam no Núcleo Clínico, jogados e sem roupas. ***O que mais me chamou atenção foi que a maioria das pessoas internadas eram negras igual a mim!*** Todas presas dentro de um espaço fechado como se fossem um depósito, mas com pessoas. Carrego essa imagem comigo até hoje (E-7, técnica de enfermagem, grifos meus).

Na perspectiva de Rachel Gouveia (2018) a trajetória das instituições manicomiais não deve ser associada às ações de um holocausto nazista, frase enunciada por Franco Basaglia em sua visita ao Brasil em 1979, onde realizou visitas ao Hospital Psiquiátrico Juquery em Franco da Rocha- SP e Colônia de Barbacena- MG. Para a autora, os manicômios brasileiros foram consequências dos navios negreiros e a herança escravocrata no país. A autora baseia-se no último censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, o censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos foi a escolha metodológica definida pelo Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE), voltados para para a construção de propostas de desinstitucionalização de pessoas com experiências de longa permanência dos hospitais psiquiátricos.

O Censo Psicossocial resultou de um estudo da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP) com parceria com a Fundação Desenvolvimento Administrativo (Fundap) e de pesquisadores da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realizados em 56 hospitais psiquiátricos paulistas, o estudo identificou ações estratégicas para reintegrar à sociedade pessoas há muito excluídas do convívio social. O Censo revelou que a população negra (preta e parda, segundo o IBGE) representava 27,4% da população total do estado paulista antes do ano de 2007. No entanto, os negros correspondiam aproximadamente 38,36% dos internos nos hospitais psiquiátricos (Barros *et al.*, 2014). Sendo assim, os hospícios seriam uma reprodução do racismo desde o passado colonial escravagista e patriarcal, perpetuando desigualdades sociais (Passos, 2018).

A reforma psiquiátrica brasileira tem como base o livro o “Holocausto Brasileiro”, da jornalista Daniela Arbex (2013), que relata as violências, negligências e o

aniquilamento de vidas promovidos no Hospital Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais, a partir de depoimentos dos sobreviventes da indústria da morte das instituições asilares. Todavia, a intelectual Rachel Gouveia Passos (2018), por sua vez, propõe uma reflexão sobre a desconstrução dos manicômios não como ações do holocausto nazista, mas como consequências do colonialismo brasileiro, questionando: "Holocausto brasileiro ou navio negreiro?". A autora traça um paralelo com os navios europeus que sequestraram populações negras africanas e todo o aparato estatal do genocídio populacional decorrente da colonização nas Américas. Conforme indicado a seguir:

Hoje expressas nas múltiplas ações do Estado, estão atreladas muito mais ao colonialismo do que ao holocausto. O debate aqui não é medir o grau de atrocidade e de violação de direitos humanos, e, sim de reconhecer os fundamentos estruturantes da nossa realidade. No livro de Daniela Arbex (2013), *Holocausto Brasileiro*, que apresenta os reflexos do manicômio na vida não só dos sobreviventes da Colônia de Barbacena (MG), mas também de seus familiares, podemos identificar, através das fotografias contidas no livro, que as pessoas que lá estiveram internadas possuíam determinada cor/raça. Logo, torna-se fundamental racializarmos a história da loucura no Brasil (Passos, 2018, p.17)

A trajetória dos manicômios no Brasil aprisionou as pessoas com experiência de transtorno mental e vários outros grupos em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Tal percurso foi ancorado na Teoria do Racismo Científico, influenciados pelos estudos do Cesare Lombroso no final do século XIX. Essa teoria considerava as doenças mentais como fatores biológicos determinados pelas raças e etnias, responsáveis pelos comportamentos de periculosidade dos sujeitos, ancorados em duas vertentes. De um lado, o médico psiquiatra Nina Rodrigues, alinhado ao pensamento evolucionista, defendia a ideia de que a mistura de raças era prejudicial ao desenvolvimento do país, sustentando o argumento de que a “mestiçagem era um fator degenerativo” (Moreira, 1908). Por outro lado, o psiquiatra Juliano Moreira refutava a relação entre raça e doença mental, argumentando que os principais causadores dos transtornos mentais estavam associados a fatores ambientais, como a vulnerabilidade social, o alcoolismo, as infecções sexualmente transmissíveis, e as condições sanitárias e educacionais degradantes

vivenciadas pela população brasileira, como por exemplo, o cenário da Revolta da Vacina em 1904.

Franco Basaglia, o idealizador da reforma psiquiátrica italiana, também refletia sobre as formas de opressões dos manicômios como violências raciais, incluindo o racismo institucional presente nas práticas psiquiátricas. Basaglia se aproximava das reflexões do psiquiatra Frantz Fanon, que propunha questionamentos sobre os desdobramentos da colonização e da relação entre as colônias e metrópoles. Fanon (2008) argumentava que os efeitos práticos da violência racial produzem aquilo que ele chamou de “zonas do ser e do não ser”. Nessas zonas, algumas pessoas pertencem as “zonas do ser”, onde os direitos são garantidos. Enquanto, outras são relegadas à “zona do não ser”, portanto, cabendo violências do Estado, vidas desumanizadas, desprovidas de direitos e submetidas a uma lógica de hierarquização das classes e opressões coloniais.

Trazendo esse debate mais para a atualidade, Judith Butler (2020) reflete acerca das vidas como precariedade, ou seja, a partir da noção do reconhecimento dos direitos, algumas pessoas pertencentes aos grupos minoritários não são consideradas como indivíduos de direitos e as violências não são reconhecidas pelo Estado. Portanto, suas vidas não são choradas, não são dignas de luto, conseqüentemente, vidas precárias (Butler, 2020). Em relação ao racismo das instituições manicomiais, Franco Basaglia (2010), afirma que a própria ideologia do racismo biológico foi responsável por manter as estruturas das instituições psiquiátricas:

O racismo, em todas as suas facetas, é somente a expressão da necessidade dessas áreas de compensação. Da mesma forma, a existência dos manicômios- símbolos daquilo que poderíamos definir como “*reservas psiquiátricas*”, equiparando-as ao *apartheid* do negro ou aos guetos – é a expressão de uma vontade de excluir aquilo que se teme por ser desconhecido e inacessível, vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou o objeto de estudos “*incompreensível*” e, enquanto tal, relegável à fileira dos excluídos (Basaglia, 2010, p. 117, grifos do autor).

Ao longo das entrevistas, muitos trabalhadores mencionaram as violências de gênero e raça nos serviços de saúde. No entanto, quando perguntei sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2009) no Sistema Único de Saúde, poucos profissionais afirmaram conhecer suas diretrizes. A PNSIPN foi

instituída pela Portaria nº 992, de 2009, com o objetivo de promover o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (Brasil, 2009). Mais recentemente, foi aprovada a Portaria GM/MS nº 2.198, de 2023, que institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde (Brasil, 2023).

Segundo Abdias do Nascimento (2019), é necessária a implementação de políticas voltadas à promoção da igualdade racial nas instituições, como formas de enfrentamento do racismo e da reparação histórica. O autor enfatiza a identidade dos “quilombismo” como estruturas sociopolíticas de lutas identitárias. Ao aproximarmos as resistências do “quilombismo” no campo da saúde mental, os manicômios e os serviços extra-hospitalares, sempre são espaços de dissidência, onde muitas pessoas institucionalizadas lutaram contra o poder inseridas em instituições psiquiátricas, lutam contra o poder hegemônico biomédico, incluindo questionamentos da medicalização, dos laudos psiquiátricos e dos movimentos artísticos-culturais. Por exemplo, os movimentos artísticos e literários, assim como as reivindicações sociopolíticas de figuras como Bispo do Rosário, Maura Lopes Cançado, Stella do Patrocínio, entre outros artistas em hospitais ainda vigentes no Brasil, expressam a potência criativa e política daqueles que viveram a exclusão manicomial.

1.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira e Movimento Antimanicomial: entrecruzamentos com a desinstitucionalização

No período pós-Segunda Guerra Mundial, surgiram os primeiros movimentos que questionaram o modelo hospitalocêntrico, apontando para a necessidade de reformular as práticas de cuidado. A experiência militar e o tratamento psiquiátrico e os desdobramentos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) ocasionados pelas violências da guerra, impulsionaram mudanças. Como resultado, surgiram reformas psiquiátricas em diversos países europeus e nos Estados Unidos, que questionavam o tratamento dos soldados e defendiam a importância do cuidado em conjunto à família e à comunidade, sendo crucial para repensar o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico.

Quando pensamos na história da Reforma Psiquiátrica brasileira, observamos a perpetuação das violências realizadas pelo Estado em diversas instituições e a marginalização das pessoas em sofrimento psíquico. É fundamental considerar as experiências da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), tendo como precursor o psiquiatra italiano Franco Basaglia (1985, 2005), que propôs mudanças concretas no tratamento da loucura. Basaglia foi o principal responsável pela desinstitucionalização dos manicômios na Itália, movimento que inspirou reformas em vários países, inclusive no Brasil. Nas cidades italianas de Gorizia e Trieste, nasceram as primeiras experiências da transformação psiquiátrica, influenciadas pelo trabalho de Franco Basaglia (Amarante, 1996; Amarante; Torre, 2018), que desconstruiu o conceito de “doença mental”, “e promovendo rupturas com o saber tradicional da psiquiatria. Esse questionamento da assistência psiquiátrica ganhou força.

Esses questionamentos se intensificaram especialmente após a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela ONU em 1948. Considerado um marco fundamental no direito internacional, a Declaração estabelece: “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis” (Declaração dos Direitos Humanos, 1948).

No contexto pós-guerra, emergiram os primeiros caminhos da desinstitucionalização nos países europeus e nos Estados Unidos, influenciados pelas políticas do Estado de bem-estar social voltadas à assistência em saúde mental e à reorganização dos serviços (Amarante, 1996; Amarante; Torre, 2018). Segundo Paulo Amarante (1996), as estratégias de desinstitucionalização baseiam-se em três dimensões: (i) desospitalização; (ii) desassistência; e (iii) a desinstitucionalização como, baseado na desconstrução da manicomialização do sofrimento psíquico e das segregações, visando ao cuidado em liberdade por meio de serviços extra-hospitalares.

A desinstitucionalização como desospitalização surgiu nos Estados Unidos, em decorrência do Plano de Saúde Mental do governo Kennedy (1961-1963). Essa estratégia, caracterizada por medidas para retirar usuários dos hospitais psiquiátricos, foi uma das primeiras iniciativas de construção de serviços comunitários visando prevenir internações, ou seja, nos EUA surge a concepção da medicina preventiva. Destaca-se, nesse contexto, a implantação de equipes multidisciplinares que ofereciam suporte às pessoas em tratamento na comunidade (Amarante, 1996, p. 15).

A desinstitucionalização como desassistência foi uma crítica levantada por diversos grupos de atores contrários aos processos das reformas psiquiátricas, tanto no cenário internacional e nacional. Essa perspectiva parte da ideia de que a desospitalização poderia ser acompanhada por um abandono do tratamento dos usuários. Ou seja, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, a desinstitucionalização representaria uma isenção do Estado e suas responsabilidades em realizar políticas públicas, portanto, abandonando os “egressos das instituições à própria sorte e sobrecarregando os familiares que mantêm vínculos com os usuários” (Amarante, 2007).

A terceira dimensão, que trata da desinstitucionalização como desconstrução, foi o caminho adotado pela reforma psiquiátrica brasileira, inspirada nas experiências dos hospitais de Gorizia e Trieste, na Itália. Essa abordagem estabeleceu uma ruptura com o paradigma do saber psiquiátrico tradicional, implementando serviços extra-hospitalares territoriais e promovendo a participação social, em articulação com os movimentos da Psiquiatria Democrática. No contexto brasileiro, aliou-se aos movimentos dos trabalhadores e à luta antimanicomial durante a redemocratização no final da década de 1970. A reforma psiquiátrica italiana, culminando na promulgação da Lei nº 180 em 1978, conhecida como Lei Basaglia. Os autores Rotelli, Leonardi e Mauri (2001) sintetizam o processo da reforma psiquiátrica pós-guerra e as experiências da Reforma Psiquiátrica Democrática na Itália: como:

A verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria tornou-se na Itália um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos humanos e materiais que estavam ali depositados (Rotelli; Leonardi; Mauri 2001, p.18).

Paulo Amarante (2007), os três modelos representaram os primeiros movimentos ideológicos voltados às mudanças nas instituições psiquiátricas em diversos países. Cada nação desenvolveu seu próprio arranjo político-institucional para legitimar políticas públicas e sociais, considerando as relações de poder de diversos setores contrários às reformas, como grupos conservadores da Associação Brasileira de Psiquiatria, que

associavam a redução dos leitos psiquiátricos à desassistência (Amarante; Torre, 2018). Nesse contexto, Pierson (1996, p.52) afirma: "As instituições estabelecem as regras do jogo das lutas políticas, influenciando na formação de identidades de grupo, de preferências políticas e de escolhas de coalização, bem como promovendo o aumento de poder de alguns grupos, em detrimento de outros".

Ao considerarmos as diversas experiências de reforma psiquiátrica no Reino Unido, França, Estados Unidos, Itália e Brasil, observa-se que todos os projetos de reformas enfrentaram limitações políticas-institucionais, mas que envolveram negociações com os parlamentares, o judiciário e os movimentos sociais para a participação social e controle das políticas de saúde. Desse modo, os autores Guattari e Rolnik (2005) afirmam que a desinstitucionalização prevista pela reforma psiquiátrica é um processo complexo, heterógeno e disputas de vários grupos, trata-se de “uma multiplicidade de agenciamentos sociais, a uma multiplicidade de processos de produção máquina, a mutação de universos de valor e de universos históricos” (Guattari; Rolnik, 2005, p. 32).

Para Yasui (2010), a desinstitucionalização representa uma ruptura epistemológica com as práticas hegemônicas dos campos “*psis*”, e destaca que Franco Basaglia assumiu riscos ao propor a Reforma Psiquiátrica Democrática, rompendo com o saber psiquiátrico tradicional através do movimento da Antipsiquiatria. Contudo, Yasui (2010) argumenta que Franco Basaglia nunca desconsiderou os transtornos mentais ou a importância dos campos *psis* na assistência e tratamento, mas defendia a desconstrução do poder centralizado na psiquiatria e de práticas mais humanizadas de cuidado.

Na obra “A Instituição Negada”, publicado no Brasil em 1985, Franco Basaglia analisa que os hospícios são mecanismos de um sistema centralizador da psiquiatria por meio de relações hierárquicas. Portanto, era necessário romper com ao paradigma da doença mental e "destruir os espaços físicos dos manicômios e, especialmente, não fazer simplesmente uma reorganização dos serviços. Ou seja, destruir os saberes da psiquiatria e a tendência à acomodação em novos esquemas de referência contrapostos aos tradicionais" (Basaglia, 1985, p. 313).

Na sequência, Paulo Amarante (1996, 2007) elucida três trajetórias de transformação das instituições psiquiátricas surgidas no contexto posterior à Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, como tentativa de romper com as práticas psiquiatrizantes dos séculos XVIII e XIX, propondo novas possibilidades de tratamento e assistência. Essas trajetórias propõem formas alternativas de tratamento, destaca-se: (1)

A Comunidade Terapêutica e a Psicologia Institucional; (2) A Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva e (3) a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática na Itália.

O primeiro modelo das Comunidades Terapêuticas e da Psiquiatria Institucional surgiu na Inglaterra, na década de 1950, sob a inspiração do psiquiatra Maxwell Jones. Sua proposta visava promover mudanças nos hospitais psiquiátricos, transformando-os em espaços de “cuidado mais humanizado” e construções de serviços comunitários. Segundo Birman (1992), as experiências de Comunidade Terapêutica constituíram marco importante na humanização das instituições e funcionaram como ferramenta essencial no processo de desospitalização e de serviços de base comunitária. Essas comunidades também se destacaram no período pós-Segunda Guerra Mundial. O Hospital Maudsley, na Inglaterra, em 1948, desenvolveu práticas de cuidado direcionadas a soldados ingleses com traumas pós-traumáticos.

Paulo Amarante (2007) argumenta que as Comunidades Terapêuticas buscavam descentralizar o poder concentrado no saber psiquiátrico, estabelecendo práticas horizontais entre profissionais e questionando hierarquias dos saberes, ainda que focadas na desinternação. O autor enfatiza que as Comunidades Terapêuticas originárias do Reino Unido diferem completamente das atuais instituições brasileiras, as quais ele caracteriza como “fazendas e fazendinhas de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – comunidades terapêuticas” (Amarante, 2007, p. 43).

A Psicoterapia Institucional surgiu na França, inspirada pelo trabalho do psiquiatra espanhol François Tosquelles, após os efeitos sociais e psicológicos da ocupação nazista no território francês. Assim como as Comunidades Terapêuticas, essa proposta visava implementar um cuidado mais humanizado nos hospitais psiquiátricos e questionar a hegemonia do saber psiquiátrico. O Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, no sul da França, concretizou a possibilidade de um cuidado terapêutico, destacando-se como estratégia inovadora ao propor uma terapia baseada na “escuta polifônica” (Amarante, 2007, p.44). Isto é, uma escuta que considera as diversas experiências de reforma, discursos e referenciais teóricos na construção da assistência.

A Psiquiatria Institucional foi responsável pelas primeiras experiências grupais, como oficinas de trabalho, ateliês e outras atividades na instituição. François Tosquelles introduziu a psicanálise no projeto terapêutico e promoveu a transversalidade entre os papéis de profissionais e pacientes, embora não tenha criticado diretamente a função da psiquiatria (Amarante, 2007, 2009). No Brasil, Nise da Silveira (1904-1999)

fundamentou-se na Psiquiatria Institucional ao desenvolver os movimentos artísticos-culturais como uma importante ferramenta de prática de cuidado biopsicossocial e terapias.

O segundo modelo como Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, também conhecido como Psiquiatria Comunitária. Esse modelo introduziu o trabalho em equipe e multiprofissional e de estratégias de desospitalização. A Psiquiatria de Setor emergiu na França no final da década de 1950, evidenciando a necessidade de um cuidado terapêutico além dos muros dos hospitais psiquiátricos. Após a alta hospitalar, as equipes realizavam acompanhamento extra-hospitalar para evitar reinternações. Na visão de Amarante (2007), esse modelo originou os primeiros serviços comunitários franceses como resposta à ineficiência dos resultados do tratamento e altos custos das instituições asilares após da II Guerra Mundial. Lucien Bonnafé, um dos idealizadores da Psiquiatria de Setor, atuou como psiquiatra na França a partir de 1945. Ele organizou as primeiras experiências de tratamento integrado aos serviços comunitários e atividades culturais, como os Centros de Saúde (CSM) (Amarante, 2007, p. 45). Conforme apontados por Amarante (2007, 2009), a principal contribuição da Psiquiatria de Setor contribuiu decisivamente para romper com a lógica hospitalocêntrica.

Nos Estados Unidos, na década de 1970, surge a Psiquiatria Preventiva, denominada Saúde Mental Comunitária, promovida pelo analista de políticas públicas e psiquiatra Gerald Caplan. O modelo priorizava o cuidado em serviços abertos e comunitários, visando prevenir o sofrimento mental por meio do mapeamento territorial dos casos e da prevenção do agravamento psíquico, evitando internações. Esse modelo diversificou a assistência e concentrou o atendimento das crises agudas em enfermarias psiquiátricas. A principal contribuição dessa corrente foi conceituar a desinstitucionalização, que se tornou diretriz central das políticas sociais nos Estados Unidos e inspirou as reformas psiquiátricas no Brasil e na Itália, especialmente pela primeira concepção de Prevenção Primária, Prevenção Secundária e Prevenção Terciária (Amarante, 2007, p.49).

O terceiro grupo compreende a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana. Influenciado pelo contexto sociopolítico após a II Guerra Mundial (1939-1945), surgem as experiências das cidades de Gorizia e Trieste, ambas no norte da Itália, entre 1950 e 1980. A reforma psiquiátrica italiana foi movimento político e social abrangente, que questionou o saber hegemônico da psiquiatria, as violências segregacionistas dos

manicômios e a garantia de um regime democrático. De acordo com os estudos organizados por Sônia Barros (2014), a Psiquiatria Democrática Italiana representou:

Na perspectiva da PDI, desinstitucionalizar não se restringe e nem se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformações com extinção de organizações hospitalares/manicomiais, enquanto desinstitucionalizar significa entender a instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (Barros *et al.*, 2014, p.20).

Para Oliveira (2011), o movimento da Antipsiquiatria italiana propunha romper com “todas as formas de tratamento tradicional da loucura, e seus seguidores acreditavam que a loucura é construída, fabricada pelas relações de poder e a partir de práticas discursivas” (2011, p. 143). A dimensão da Antipsiquiatria italiana incorporou as experiências da Psiquiatria do Setor e propor a construção de novos serviços extra-hospitalares. A reforma psiquiátrica brasileira inspirou-se na Reforma Psiquiátrica de Setor e Psiquiatria Preventiva (Amarante, 1996, 2007; Oliveira, 2011, 2013).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, inicia-se no contexto de redemocratização, através da criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978¹⁵, foi o primeiro movimento social a denunciar as torturas, violências, internações de presos políticos e dos cemitérios clandestinos, tais como na Colônia de Barbacena- MG e do Hospício de Juquery- SP. Primeiramente eram compostos por trabalhadores de saúde mental e influenciados dos novos movimentos sociais no contexto da redemocratização (Paoli, 1995, Sader, 2001). A reforma psiquiátrica ganha um protagonismo mediante o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, constituído como movimentos ancorados na ideologia de um cuidado em liberdade e pelo fechamento dos manicômios. As primeiras experiências da reforma brasileira se deram com a criação do Hospital Dia (embrião que seria o CAPS), comunidades terapêuticas e modelos de organização dos serviços. O MNLA compõe diversos atores, como usuários, familiares, parlamentares, trabalhadores e militantes da luta antimanicomial.

¹⁵ No ano de 1978, ocorreu o ápice de internações psiquiátricas no Brasil, dos 77.273 leitos hospitalares, 22.603 eram em instituições públicas e 55.670 em hospitais particulares (Amarante, 2014, p.637).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, caracterizado como as primeiras iniciativas coletivas para a construção para Lei Orgânica da Saúde por meio da aprovação da Lei nº 8.080/1990, dando início a operacionalização do SUS, com o lema: “a saúde como um direito de todos” e com ações do Estado para garantir uma saúde gratuita para todos os cidadãos, qualidade de vida, segurança alimentar e educação. O SUS se baseia em três princípios: (i) universalidade, que é o acesso de qualquer cidadão em serviços de atenção primária, secundária e terciária; (ii) descentralização dos sistemas e hierarquização dos serviços de atenção básica, ou seja, uma fragmentação de responsabilidade entre a União, Estados e Municípios e incorporar a lógica de serviços considerando a realidade de cada território e região e (iii) participação da sociedade civil para o controle das políticas públicas (Fernandes, 1996; Jaim, 2009).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira fundamentou-se nas experiências do direito à saúde previsto pelo Movimento da Reforma Sanitária. O movimento antimanicomial buscava uma transformação sociocultural nas relações estigmatizantes e mudanças no imaginário social da loucura na sociedade (Braga, 2020; Amarante; Torre, 2018). Um importante marco histórico para o movimento foi a realização do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1987 em Bauru (SP), marcou a história do movimento ao apresentar a carta “Por uma sociedade sem manicômios” - Manifesto de Bauru. O evento reuniu mais de 500 trabalhadores da saúde, que defenderam a ruptura com o modelo manicomial e em defesa de um tratamento mais humanizado no Brasil, como proposto a seguir:

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

No ano seguinte à realização do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, a Constituição Federal de 1988 foi promulgada, incluindo capítulos que garantiam direitos sociais e da saúde pública. Nesse contexto, mesmo antes da aprovação da reforma

psiquiátrica pela Lei Federal nº 10.216/2001, o país já contava com algumas experiências de serviços substitutivos. Entre eles, destaca-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - Luís Cerqueira, inaugurado em 1987 na capital paulista, seguido pela experiência da Casa de Saúde Anchieta em Santos, em 1989.

Os movimentos interligados a luta antimanicomial, foram atuações dos profissionais sanitaristas, militantes, parlamentares e pesquisadores que estavam também vinculados ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). O movimento sanitarista e dos trabalhadores de saúde mental, propuseram pautas importantes para a agenda de saúde, posteriormente incorporadas na Assembleia Constituinte de 1987 e a promulgação da Constituição Cidadã em 1988. A Constituição Federal de 1988, segundo Telles e Paoli (2000, p. 109), estabeleceu um novo marco legal que exige a participação na “gestão da coisa pública, levando a possibilidade de construção compartilhada e negociada na legalidade capaz de conciliar democracia e cidadania” (Telles; Paoli, 2000, p. 109).

Um episódio marcante do protagonismo da luta pela reforma psiquiátrica ocorreu com a greve de trabalhadores da saúde em 1978, motivada por denúncias de violações de direitos humanos e violências. As denúncias, encaminhadas pelos trabalhadores à Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, resultaram na demissão de 260 profissionais da área (Amarante, 1996; Andrade; Maluf, 2017). Outro marco significativo da reforma psiquiátrica foi a visita de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, ao Brasil em 1979. Ele visitou o antigo Hospital Psiquiátrico do Juquery, em Franco da Rocha-SP, e o Hospital Colônia de Barbacena-MG. Sua vinda deu visibilidade à luta antimanicomial nos meios de comunicação nacionais e internacionais. O médico comparou as instituições psiquiátricas brasileiras como campos de concentração nazistas, guetos e regimes de *apartheid*. Entre 1930 e 1980, registraram-se cerca de 60 mil mortes não esclarecidas ocorreram no Hospital Colônia de Barbacena-MG, com descobertas de cemitérios clandestinos e a venda de aproximadamente 1.823 corpos para universidades brasileiras (Arbex, 2013, p. 57).

Em 1993, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial foi criado através da realização do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador (BA), criou o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, um movimento social fundamental para sustentar o processo da reforma psiquiátrica. O vocábulo “processo” é associado à reforma psiquiátrica, sugere constante movimento e aperfeiçoamento, considerando a complexidade das políticas de saúde mental. Para Romualdo Dâmaso (1995), a Reforma Psiquiátrica Brasileira enfrenta conflitos e limitações em seu curso ao propor mudanças

superficiais - o que ele chama de “uma mudança por não mudar”. Segundo o autor, tanto a RPB e Reforma Sanitária basearam-se em pressupostos ideológicos que demandam articulação com diversos setores da sociedade para sua sustentação.

Nas palavras de Dâmaso: “Em que pese a sua ameaça reformista, o conceito de Reforma Sanitária tem, todavia, um sentido 'forte': trata-se de conceber e fazer da saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial, com ressonâncias estruturais sobre o conjunto da sociedade" (1995, p. 73). Nessa perspectiva, Paulo Amarante (1996, 2009, 2015c) destaca que o processo da RPB transcende uma simples mudança técnica ou administrativa voltada à reorganização dos serviços e à desospitalização. O campo da saúde mental busca construir uma conceituação “forte” no sentido de Dâmaso, através de um arcabouço teórico-prático que humaniza os serviços e promove mudanças socioculturais, voltadas para o que remete à questão do “conhecer o conhecimento” que sustenta uma prática de cuidado integral à saúde e nos territórios.

A reforma psiquiátrica é um campo plural e heterogêneo, marcado desde sua genealogia por uma transversalidade de saberes. No Brasil, esse movimento pauta-se em quatro dimensões norteadoras, conforme proposto por e práticas. Os autores Amarante (1996) e Yasui (2010) estruturam essas dimensões em: (i) teórico-conceitual ou epistemológico; (ii) político-jurídico; (iii) sociocultural; e (iv) técnico-assistencial. Tais dimensões se entrelaçam mediante consensos, rupturas, conflitos e negociações entre o Estado e a participação da sociedade civil (Lüchmann; Rodrigues, 2007; Pitta, 2011).

O eixo (i) teórico-conceitual refere-se aos saberes científicos e a formação dos profissionais de saúde para elaboração de um cuidado que questione os conceitos hegemônicos da psiquiatria e do saber concentrado na doença mental; (ii) técnico-assistencial diz respeito à organização das assistências, com criação de serviços extra-hospitalares nos territórios, permitindo cuidado voltado à sociabilidade e produção de subjetividades; (iii) jurídico-político envolve a elaboração de legislação, incluindo a participação da sociedade civil no acompanhamento das políticas públicas e controle social. Por fim, (iv) sociocultural está relacionado às mudanças da sociedade em relação à loucura e por estratégias de cuidado nos territórios, como os movimentos artístico-culturais, programas de geração de renda e inclusão social pela educação, lazer, saúde e participação social.

Em relação ao Movimento da Luta Antimanicomial caracteriza-se por lutas emancipatórias que visam desconstruir o manicômio na vida cotidiana, enfrentando conflitos diários contra os estigmas, violências, controle social e os processos de

subjetivação, assujeitamento e mortificações. Essas práticas manicomiais são especialmente atravessadas por questões de gênero, raça/etnia e classe social (Passos e Pereira, 2019, p. 28). O MNLA integra diversas pautas dos movimentos sociais, como a saúde indígena, das mulheres, crianças, idosos e das pessoas com deficiência. Lüchmann e Rodrigues (2007) sintetizam o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial da seguinte forma:

O Movimento não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; *Nacional* – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; *Luta* – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; *Antimanicomial* – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios (Lüchmann; Rodrigues, 2007, p.403, grifos dos autores).

Em relação às estratégias de desinstitucionalização, Rotelli, Leonardi e Mauri (2001) apresentam três dimensões: desconstrução, estratégias e paradigmas. A primeira refere-se à ruptura com o saber centrado na doença e nas categorias de patologia ou periculosidade. A segunda contempla o rompimento com o modelo asilar e manicomial, baseado no isolamento terapêutico e na concepção do hospital como local de cura e de tratamento moral alienista, propondo a criação de novos serviços. A terceira aborda os novos paradigmas de participação social, o resgate do protagonismo dos usuários nas decisões das políticas e romper com um modelo baseado no excesso de medicamentos. Assim, a desinstitucionalização constitui "um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento" (Rotelli *et al.*, 2001, p. 29).

Dando sequência, a aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001 representou um marco importante que legitimou as políticas públicas, permitindo uma nova construção de saberes e práticas voltadas ao cuidado integral à saúde, às garantias de direitos e a promoção de saúde das pessoas com experiência de sofrimento psíquico e/ou social (Pereira; Passos, 2019, 202). Este trabalho analisa as legislações - Leis, Portarias,

Resoluções, Notas Técnicas e Decretos - relacionadas à desinstitucionalização no Brasil entre 1991 e 2024.

Quadro 2. Legislação no âmbito da desinstitucionalização

Ano	Legislação	Assunto
1991	Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224 , de 29 de janeiro de 1992	Estabelece a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos).
1992	Portaria nº 224 do Ministério da Saúde de 1992	Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental- CAPS.
2000	Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000	Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.
2001	Lei 10216 , de 06 de abril de 2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
2002	Portaria GM nº 336 , de 19 de fevereiro de 2002	Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.
2003	Lei n.º 10.708 , de 31 de julho de 2003	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
2010	Portaria n. 4.279 , de 30 de dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2011	Portaria 3088 , 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).
2015	Lei nº 13.146 , de 06 de julho de 2015	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

2017	Portaria no 3.588 , de 21 de dezembro de 2017	Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.
2018	Portaria no 2434 , de 15 de agosto de 2018	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos.
2019	Lei n.13.840 de 5 junho de 2019	Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários/ dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.
2023	Portaria GM/MS nº 660 , de 3 de julho de 2023	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
2023	Resolução n. 487/2023 , de 15 de fevereiro de 2023	Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.
2023	Portaria GM/MS nº 681 , de 3 de julho de 2023	Altera as Portarias de Consolidação GM/MS n.º 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dez. 2011.

2024	Portaria GM/MS nº 4.139, de 17 de junho de 2024	Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial do Programa "De Volta para Casa", instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.
-------------	---	--

Fonte: elaboração própria (2025).

No que diz respeito às legislações exclusivamente das estratégias de desinstitucionalização, a Portaria nº 106/2000 iniciou a implementação das moradias residenciais e aprovação do Programa De Volta para Casa. Este programa, instituído pela Lei nº 10.708/2003 e regulamentado pela Portaria nº 2.077/2003, oferece auxílio-reabilitação às pessoas hospitalizadas por no mínimo dois anos ininterruptos e que apresentem algum tipo de transtorno mental (Brasil, 2017). Os SRTs funcionam como casas de caráter transitório ou Instituições de Longa Permanência (ILP), registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Todo SRT deve ter um CAPS como referência um CAPS no território, responsável por sua administração. Em São Paulo, especificamente, os SRTs contam com supervisores de moradias que administram o serviço e dialogam com os profissionais do CAPS no processo de desinstitucionalização dos usuários.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são, majoritariamente, moradias alugadas em bairros residenciais e urbanos, financiadas pelo poder público. Inicialmente, surgiram para desinternação das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos HCTP. Destinam-se a indivíduos sem suporte financeiro, social e/ou vínculos familiares que possibilitem outra forma de reinserção (Art. 77, Portaria nº 3.588/2017). No entanto, a partir de 2017, com as modificações na Rede de Atenção Psicossocial, ampliou-se o escopo do serviço, incluindo pessoas com transtorno mental egressas dos sistemas prisionais, das unidades de acolhimento transitório e pessoas em situação de vulnerabilidade nos territórios. No Brasil, existem duas modalidades de Serviços Residenciais Terapêuticos, podendo ser masculinas, femininas ou mistas.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) tipo I acolhe pessoas com histórico de internação de longa permanência ou que permaneceram por 2 anos ininterruptos em instituições, sem vínculos familiares ou sociais, com capacidade para até 8 moradores. O acompanhamento ocorre alinhado ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta que promove inclusão social e autonomia nas cidades. O SRT tipo II atende pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos e específicos, com

suporte técnico diário e equipe presente 24 horas — incluindo cuidadores com formação técnica em enfermagem e fisioterapeutas. Esta modalidade acolhe no mínimo quatro e no máximo dez moradores.

Nas visitas aos SRTs, os moradores com limitações de autonomia têm pouca circulação pela cidade. Eles são acompanhados aos serviços de saúde para a realização de consultas e encaminhados ao CAPS para atividades terapêuticas individuais e coletivas. Vale ressaltar que aqueles com maior independência utilizam transporte público. A maioria opta por aplicativos de transporte como Uber - custeando as despesas pessoais. Os supervisores dos SRTs frequentemente contratam profissionais externos ao CAPS/SRT, principalmente psicólogos recém-formados, para acompanhar os moradores em atividades externas, sendo o pagamento realizado através dos benefícios sociais dos residentes. Em ambas as cidades, o CAPS não disponibiliza transporte, pois os poucos veículos existentes são destinados aos atendimentos domiciliares da equipe.

Parte 2. Descontruindo as grades manicomiais: direitos, saberes e territórios



Fonte: Acervo pessoal do autor (2024).

O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalista e de produção.

(Franco Basaglia, *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*).

2.1 Direitos Humanos e Saúde Mental: mudanças dos paradigmas da loucura

No dia 25 de maio de 2022, Genivaldo de Jesus Santos, homem negro de 38 anos, casado e pai de dois filhos, foi torturado e assassinado com o uso de gás lacrimogêneo dentro de uma viatura da Polícia Rodoviária Federal (PRF), em Umbaúba, Sergipe (SE). Genivaldo convivia com transtorno mental grave e persistente e, segundo familiares, utilizava antipsicóticos regularmente, sem apresentar quadros de crises esquizofrênicas. O episódio repercutiu nacionalmente. Os agentes envolvidos foram presos e, apenas um ano após sua morte brutal, a PRF sergipana emitiu nota única de desculpas aos familiares.¹⁶

Compreendo que há diversos caminhos para analisar as violências sistemáticas em diferentes âmbitos institucionais. O assassinato de Genivaldo de Jesus evidencia as consequências do racismo estrutural e estruturante, que perpassa os corpos das pessoas com experiência de loucura, marcadas pela ideia de periculosidade na segurança pública. Para o intelectual Abdias do Nascimento, o aniquilamento das vidas negras, consolidado em mortes violentas e negligência do Estado, configura-se como uma “recusa do direito de resistência de um povo ou uma etnia” (Nascimento, 2016).

A morte de Genivaldo, como inúmeros outros casos, demonstra como a criminalização e manicomialização persistem em nossa sociedade, especialmente em relação à população negra, às pessoas em sofrimento psíquico e/ou usuárias de substâncias psicoativas e que estão em situação de rua. Nesse sentido, a canção do grupo O Rappa enfatiza o caso de Genivaldo e retrata as violências policiais: “Todo camburão tem um pouco de navio negreiro”. Sobre a perpetuação das violências raciais, destacam-se dois versos da música: “Quem segurava com força a chibata; agora usa farda”¹⁷.

Os dados mais recentes do IPEA – Atlas da Violência do IPEA, publicado em 2025, revela que ocorreram 45.747 assassinatos no Brasil em 2023. Durante uma década (2011–2021), estima-se que 445.527 pessoas negras perderam suas vidas em mortes violentas. O relatório indica que a população negra representa 77% das vítimas de homicídio em 2023, enfrentando um risco 2,7 vezes maior de morte violenta em

¹⁶ Disponível em: < <https://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2022/10/15/morto-sufocado-por-prfs-veja-a-cronologia-do-caso-genivaldo-santos-em-sergipe.ghtml>>. Acessado em: 20.jul.2024.

¹⁷ Música “Todo camburão tem um pouco de navio negreiro”. Disponível em: < https://www.youtube.com/watch?v=x_Tq34rysAc>.

comparação com pessoas não negras (IPEA, 2025)¹⁸. Para as autoras Melissa de Oliveira Pereira e Rachel Gouveia Passos (2019, 2020), o percurso histórico da criminalização das pessoas em sofrimento psíquico no Brasil nunca foi marcado por uma normalidade no país. As autoras destacam a necessidade da desconstrução da homogeneização da loucura, principalmente das pessoas com sofrimento psíquico e em conflito com a lei.

Consequentemente, a loucura produz pessoas sem rosto, sem cor, sem nome, sem raça, sem sexualidade, mas pessoas “loucas” (Quinaglia Silva; Calegari, 2018; Quinaglia *et.al*, 2020; Passos, 2018; Pereira; Passos, 2019, 2020). Consequentemente, as construções dos manicômios psiquiátricos amparados pela Liga Brasileira de Higiene Mental têm impactos até hoje na sociedade, por exemplo, as mulheres que desafiam as normas são consideradas “loucas” e “históricas” (Zanello, 2018) e pessoas em sofrimento mental há a necessidade de desconstrução da concepção de periculosidade que vivem nos HCTP da periculosidade grande maioria de homens negros e com baixa escolaridade (Diniz, 2013).

Aqui menciono novamente o Censo dos Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo publicado em 2014, um estudo conduzido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em parceria com a Escola de Enfermagem da USP. A pesquisa coletou dados em 56 dos 58 hospitais psiquiátricos do estado, distribuídos em 38 municípios. Na época, a população negra paulista era estimada em 27,4% (2007), enquanto representava 38,36% das internações psiquiátricas (Barros *et al.*, 2014). Esses dados se alinham ao Censo de 2011, publicado em 2013, sobre o perfil do HCTP, que identificou 3.989 pessoas institucionalizadas: 93% homens, 43% negros, com baixa escolaridade e sem formação profissional (Diniz, 2013, p.38). Na presente pesquisa, o perfil das pessoas do CAPS/SRT também indica predominância de indivíduos negros e com baixa ou nenhuma escolaridade.

Os Direitos Humanos têm origem nas ideias da Revolução Francesa e do Iluminismo, reconhecido como o período da razão cartesiana. Foucault (2005a) afirma que no período dos ideais do Renascimento, as pessoas que viviam a experiência da loucura foram retiradas do convívio nas cidades, sendo consideradas como representantes da desrazão e da impossibilidade de acesso à verdade e não foram contempladas pelos direitos humanos. A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão em 1789, propunha no seu artigo 1º: “Os homens nascem e são livres e iguais em direitos. As distinções

¹⁸ Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5999-atlasdaviolencia2025.pdf>>.

sociais só podem fundar-se na utilidade comum”. Em 1948, foi promulgada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, dispõe, em seu artigo 1º: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos¹⁹. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”. Na contemporaneidade, diversas críticas têm sido feitas quanto aos riscos da homogeneização do conceito de “homem universal”, uma vez que esse ideal tende a desconsiderar a diversidade e a pluralidade dos povos.

Norberto Bobbio (2004) analisa que os direitos humanos são produtos da civilização humana, consolidados historicamente a ponto de se tornarem pilares das sociedades ocidentais, baseados na ideologia de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, com a promessa de uma sociedade justa e igualitária. O autor critica a visão romantizada dos direitos humanos como um simples ordenamento político-jurídico de uma igualdade de todos os homens, inspirados pelo jusnaturalismo do Iluminismo, pautados nas vertentes do positivismo e cartesianismo.

Bobbio (2004) afirma que a coletividade é composta por uma pluralidade de indivíduos, grupos étnicos, valores e crenças que coexistem dentro de um Estado. Melhor dizendo, a “liberdade e a igualdade dos homens não são um dado de fato, mas um ideal a perseguir; não uma existência, mas um valor; não são um ser, mas um dever” (Bobbio, 2004, p. 29). Os direitos humanos enquanto um direito do homem universal, não consideram que os direitos são plurais, portanto, é impossível de garanti-los para todos os homens. Bobbio conclui que os direitos sociais são mais difíceis de serem protegidos do que os direitos de liberdade (Bobbio, 2004, p. 60).

Na perspectiva de Santos Junior (2019), os Direitos Humanos apresentam três dimensões. A primeira geração vincula-se à liberdade e compreende os direitos civis e políticos, consolidados a partir do contexto da Revolução Industrial e das Revoluções Liberais, como o direito à propriedade privada e ao voto. A segunda geração refere-se à igualdade e contempla os direitos econômicos e sociais. Já a terceira geração corresponde à solidariedade, contemplando os direitos dos povos indígenas, das mulheres, da população negra, do meio ambiente, além dos direitos relacionados às tecnologias e à informação. As três dimensões conectam-se à dignidade humana e às políticas do Bem-

¹⁹ Declarações dos Direitos Humanos disponíveis em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/414/2018/10/1789.pdf> e <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>.

estar social que influenciaram as reformas psiquiátricas em diversos países europeus. Ao aproximarmos dos estudos foucaultianos, os direitos associam-se à governabilidade do “cuidado de si” e o “cuidado com o outro” (Foucault, 2015, 2020), caracterizando as sociedades contemporâneas na construção de uma ética da solidariedade, partilha, convivência e do respeito à pluralidade dos indivíduos.

O sociólogo Boaventura de Sousa Santos (2013) defende que a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, constitui uma ideologia utópica, marcada pela hegemonia dos direitos humanos como linguagem da dignidade humana. Santos reconhece a importância da lógica das gerações de direitos e da cidadania, conforme proposta por Thomas Humphrey Marshall (1950): primeiro os direitos civis, seguidos pelos direitos políticos e, por fim, os direitos sociais, que estabeleceram as bases de direitos no Reino Unido. Para o intelectual, os direitos humanos em diversos países são atravessados por violações, descontinuidades e por uma “cidadania precarizada” (Santos, 2013, p. 50). Como resultado, abre-se um abismo político, social e econômico que acentua múltiplas desigualdades e iniquidades entre países ricos e pobres. Para Santos (2013), dentro de um Estado, há “bolsões de miséria” e só somente pelo enfrentamento das iniquidades será possível construir uma sociedade mais igualitária e com justiça social.

A igualdade na visão da Hannah Arendt (2020), é uma condição que resulta da ação entre os homens. Trata-se de uma reivindicação própria da esfera pública, onde é possível fazer a política. Melhor dizendo, é através da política que os homens realizam as todas as suas atividades humanas, portanto, os homens não vivem individuais, e condicionadas pelo fato de que vivem em coletividade. Por meio da ação política que homens se constroem e adquirem consciência da sua condição humana. A igualdade só é estabelecida quando o indivíduo se sente pertencente a um grupo social e na relação de reciprocidade e de ação. A autora compreende, contrariamente aos pensadores clássicos da modernidade, que não “nascemos iguais”. Por isso, há a necessidade de lutas para garantir os direitos, a diversidade e a sociabilidade, sendo consequências das relações entre a sociedade civil e o Estado (Arendt, 2020):

A ação e o discurso são intimamente relacionados porque o ato primordial e especificamente humano deve conter, ao mesmo tempo, resposta à pergunta que se faz a todo recém-chegado: “Quem és”. Essa revelação de quem alguém é está implícita tanto em suas palavras quanto em seus feitos. Ao agir e falar, os homens mostram quem são,

revelam ativamente suas identidades pessoais únicas, e assim fazem seu aparecimento no mundo humano, enquanto suas identidades físicas aparecem, sem qualquer atividade própria, na conformação singular do corpo e no som singular da sua voz (Arendt, 2020, p.221).

Em relação ao campo da saúde, a concepção de igualdade, integralidade e garantias de direitos para as pessoas com transtorno mental, só ocorre no final do século XX, primeiramente através dos movimentos emancipatórios dos movimentos dos trabalhadores e da luta antimanicomial. Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu novas diretrizes para a saúde mental, substituindo o conceito de “doença mental” pelo conceito de “transtorno mental”, acompanhados também pela classificação de graves (pela intensidade dos sintomas) e persistentes (pela duração do sofrimento psíquico). Essa abordagem está ancorada na definição da própria OMS a respeito da saúde da OMS, no que se refere o direito à saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades” (OMS, 1993)

No início da pesquisa de campo, os trabalhadores descreveram os transtornos mentais dos usuários e os hospitais onde viviam antes de ingressar nas moradias. Com o passar dos meses, conheci as histórias de cada usuário: seus familiares, idades, os trajetos pelas cidades e gostos pessoais. Quando eu perguntava sobre as percepções das práticas integrais de cuidado oferecidas pelos serviços, a maioria associava o cuidado à disponibilidade de medicamentos na rede do SUS, aos benefícios sociais e aos atendimentos médicos e psicológicos. Poucos profissionais relacionaram as práticas assistenciais à dimensão sociocultural, como a atuação dos movimentos artístico-culturais, a participação política e as ações do Centro de Convivência e Cooperativa, serviços essenciais para inclusão social por meio de atividades artísticas, culturais, esportivas, cursos de capacitação e geração de renda. Durante as visitas, poucos moradores participavam das atividades nos CECCO. Em Campinas, todas as atividades de geração de renda ocorrem na sede do Cândido Ferreira, no distrito de Sousas, como o Núcleo das Oficinas de Trabalho. Muitos profissionais e usuários relatam que a falta de transporte compromete a participação nas oficinas, prejudicando a inclusão social mediante aos direitos sociais.

Embora a reforma psiquiátrica fundamenta-se no modelo biopsicossocial (biológico, psíquico e social). Contudo, nos serviços de saúde mental visitados,

predomina a dimensão biológica, relacionada aos sintomas orgânicos, neurológicos e às medicações. Os diagnósticos baseiam-se nas diretrizes da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Entre os transtornos mais frequentes destacam-se o afetivo bipolar e a esquizofrenia, frequentemente associados a psicoses e a alucinações auditivas, visuais ou olfativas. Somam-se os quadros neurológicos como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, a Síndrome de Burnout (SB), a depressão e ansiedade crônica. Incluem-se também a deficiência intelectual e os transtornos do desenvolvimento como o espectro autista. Os profissionais apresentaram esses diagnósticos e as medicações antipsicóticas, conforme o DSM-5, que cataloga as formas de sofrimento psíquico e sintomas classificados como distúrbios de saúde mental.

No início da pesquisa de campo, os trabalhadores descreveram os transtornos mentais dos usuários e os hospitais onde viviam antes de ingressar nas moradias. Com o passar dos meses, conheci as histórias de cada usuário: seus familiares, idades, os trajetos pelas cidades e preferências pessoais. Ao questionar sobre as percepções das práticas integrais de cuidado oferecidas pelos serviços, a grande maioria dos trabalhadores destacou questões como disponibilidade de medicamentos na rede do SUS, acesso a benefícios sociais e escassez de médicos. Poucos profissionais relacionaram o cuidado à dimensão sociocultural, incluindo movimentos artístico-culturais, a participação política e atividades do CECCO - serviço essencial para inclusão social por meio de práticas artísticas, culturais, esportivas, cursos de capacitação e geração de renda.

No Brasil, a promulgação da Constituição de 1988 consolidou os direitos sociais, estabelecendo o tripé da seguridade social: saúde, assistência social e previdência social. Na Constituição Cidadã, no seu artigo 6º, estabelece a proteção dos direitos sociais: “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. Quanto ao direito à saúde, o artigo 196 determina que esta é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O artigo 198 estabelece o Sistema Único de Saúde, afirma: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (Brasil, 1988).

Apesar da aprovação da Constituição Cidadã e de experiências de serviços extra-hospitalares no início da década de 1990, o Brasil ainda enfrentava diversas denúncias de

violações de direitos. Em 1999, o Estado brasileiro foi denunciado à Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), da Organização dos Estados Americanos (OEA), por negligências no campo da saúde mental. O caso que motivou a denúncia diz respeito a Damião Ximenes Lopes, um jovem de 30 anos sem histórico de internações psiquiátricas, foi internado durante uma crise aguda em Sobral, Ceará, em uma clínica vinculada ao SUS. Após alguns dias hospitalizado, sofreu agressões físicas e morreu na instituição. A CIDH acolheu a petição com as denúncias ainda em 1999 e determinou que o Estado brasileiro reparasse financeiramente a família da vítima.

O episódio envolvendo Damião Ximenes Lopes alcançou repercussão nacional e internacional, demonstrando a urgência da aprovação do Projeto de Lei nº 3.657/1989, apresentado pelo deputado Paulo Delgado, que tramitava há uma década. No início dos anos 2000, começou a implementação da reforma psiquiátrica por governos progressistas e vinculados à terceira onda democrática na América Latina, região onde diversos países estabeleceram o Estado Democrático de Direitos (Huntington, 1994). Até o final do século XX, a assistência em saúde mental no Brasil acontecia principalmente em instituições asilares, com leitos públicos e privados. Na década de 1980, o país contava com 430 hospitais psiquiátricos e cerca de 105.500 leitos institucionais (Brasil, 2024).

Em relação aos marcos legais da legislação da saúde mental, a maioria dos trabalhadores entrevistados mencionou apenas a Lei nº 10.216/2001, sem mencionar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no SUS, implementada em 2017. As legislações são fundamentais para compreender a organização dos serviços da RAPS, os tipos de internações e as diretrizes da tutela/curatela, embora alguns profissionais demonstrem desconhecimento das questões políticas ou jurídicas. Por exemplo, em algumas entrevistas, os profissionais confundiram internações em comunidades terapêuticas às internações compulsórias, quando ocorre somente com o consentimento do usuário. O mesmo equívoco acontece com as internações involuntárias, que também exigem concordância dos usuários.

É importante destacar que a internação involuntária ou compulsória é indicada por profissionais de saúde quando há risco à própria pessoa ou a terceiros. A Lei 10.216/2001 prevê que todas as internações ocorram preferencialmente em serviços extra-hospitalares, como Hospitais Gerais com enfermarias psiquiátricas. Nas entrevistas, os gestores abordaram questões relacionadas às legislações, considerando sua responsabilidade na organização dos serviços. Entre os 21 entrevistados, apenas dois citaram outras normativas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

de 2009. Os trabalhadores percebem as legislações de políticas de saúde como transformações nas esferas político-institucionais e socioculturais:

A aprovação da Constituição Federal de 1988 e da Lei da Reforma Psiquiátrica foi fundamental para a institucionalização e consolidação do arcabouço político e jurídico que sustenta o movimento antimanicomial. No entanto, na prática, ***muitas experiências já haviam sido implementadas antes mesmo da existência dessas leis.*** Vivenciamos a construção dos serviços por meio de tentativas de acertos e erros. Os gestores, em geral, têm maior contato com a legislação, especialmente no que diz respeito à organização dos serviços. Já na realidade dos trabalhadores, muitos não acompanham o estatuto legal das leis. Por exemplo, temos uma moradora bem racista com violências aos outros moradores. Costumo levar essa demanda às reuniões gerais do CAPS, mas percebo que muitos colegas não têm a mínima consciência sobre as políticas antirracistas nos serviços. Existem diversos relatórios do Ministério da Saúde voltados ao combate ao racismo, mas, na prática, o que se observa nos serviços é, muitas vezes, apenas a presença de cartazes com frases como “Saúde sem Racismo. Ligue e denuncie”, sem ações concretas de enfrentamento (E-13, supervisora de SRT, grifos meus)

Nem todas as mudanças acontecem de acordo com os nossos desejos, leva anos ***até que mude o imaginário social das pessoas em relação à loucura.*** Hoje, temos mais informações sobre saúde mental e da reforma psiquiátrica, a produção do filme sobre Nise da Silveira contribui para expansão nacional o que é a luta nacional. No entanto, maior acesso à informação não significa, necessariamente, maior ***conscientização ou engajamento político,*** venho de uma geração que vivenciou a ditadura militar e lutamos para a construção do SUS. Atualmente, percebo que os trabalhadores têm mais informações e realizam um cuidado mais humanizado, mas o engajamento é bem relativizado, tenho a impressão de que um profissional recém-formado vem trabalhar no SUS como um processo temporário e com uma lógica de gestão dos serviços (E-1, gestor do CAPSad, grifos meus).

Destaco a frase: “Na prática, muitas experiências já haviam sido implementadas antes mesmo da existência dessas leis”. Diversos trabalhadores dos SRTs participaram da construção das moradias em ambos os municípios. A legislação, conforme mencionado em várias entrevistas, apresenta conflitos sobre a tutela/curatela dos usuários e as medidas de segurança aplicadas aos novos moradores egressos dos HCTPs. Ao chegarem às moradias ainda sob medida de segurança, necessitam de acompanhamento dos trabalhadores em seus trajetos diários. Geralmente, permanecem nos SRTs por um ano e, após esse período, decidem se querem continuar morando na casa ou se preferem sair. Em ambas as cidades, os egressos do HCTP demonstram mais autonomia ao chegarem às residências. Um usuário, após o término da medida de segurança, optou por morar sozinho, mantendo o direito aos benefícios sociais.

No que se refere às internações previstas na Lei Federal nº 10.216/2001 estabelece três tipos de internações: voluntária, involuntária e compulsória. O artigo 6º define que a internação voluntária é realizada com o consentimento das pessoas em Hospital Geral e Comunidades Terapêuticas. A internação involuntária ocorre sem o consentimento das pessoas, mediante laudo médico e comunicação obrigatória ao Ministério Público e da aprovação de um juiz e a (iii) internação compulsória é determinada por decisão judicial, baseada em perícia médica, geralmente relacionada às medidas de segurança em HCTP. O artigo 6º da Lei estabelece que qualquer internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos. Inclusive nos casos voluntários, é necessária uma avaliação biopsicossocial, cabendo ao médico responsável justificar tecnicamente a indicação do procedimento ao Ministério Público.

As internações involuntárias, os trabalhadores precisam também notificar o Ministério Público Estadual, detalhar todos os procedimentos clínicos a ser realizado e encaminhar o laudo médico. Segundo a Lei nº 10.216/2001, as internações involuntárias devem ser informadas ao Ministério Público no prazo máximo de 72 horas. O artigo 8º, parágrafo primeiro, estabelece: “§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta”. Em geral, essa medida é aplicada em situações de risco, como no caso de mulheres grávidas que fazem uso de substâncias psicoativas, distúrbio alimentares, tentativas de suicídios ou automutilações graves. Ressalta a legislação da reforma psíquica enfatiza a excepcionalidade da internação, estabelecendo critérios específicos, inclusive quanto ao tempo de permanência clínica em grande maioria em

serviços públicos e extra-hospitalares. O terceiro tipo é a internação compulsória e determinada pelo Poder Judiciário, envolvem os casos das medidas de segurança por meio da inimputáveis ou semi-imputáveis, apresento mais detalhadamente os tipos de internações previstas pela reforma psiquiátrica brasileira na seção acerca dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

É importante mencionar também o artigo 4º da Lei nº 10.216/2001, determina que qualquer tipo de internação só deverá ocorrer quando os recursos extra-hospitalares da rede intersetorial forem insuficientes. O mesmo artigo, em seu § 2º, determina que “o 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”. O cuidado integral nas instituições hospitalares, incluindo as administradas pela Secretaria da Administração Penitenciária como os ECTPs, deve seguir as diretrizes do Ministério da Saúde, que estabelece uma equipe multiprofissional em todos os serviços públicos de saúde.

Os três tipos de internações (voluntárias, involuntárias ou compulsórias devem estar em consonância com a Constituição de 1988, especialmente o artigo 5º, inciso LIV, que estabelece: “Ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal” (Brasil, 1988). Nas entrevistas realizadas, as discussões sobre internações revelaram divergências: parte dos trabalhadores se opôs a qualquer modalidade de internação, enquanto outros a defenderam, havendo também aqueles que manifestaram apoio com ressalvas.

Sou favorável à internação compulsória e involuntária, tanto nos serviços mais comunitários quanto em estruturas mais fechadas. Há muitas pessoas com doenças graves em situação de rua, que recorrem ao uso de drogas como forma de aliviar o sofrimento. Acredito que muitas delas não têm *plena consciência dos riscos que enfrentam nas ruas e da necessidade de tratamento*. As famílias não conseguem dar conta dos cuidados e o SUS também consegue atender toda a demanda. O CAPS só tem condições de manter coisas básicas como o tratamento e medicalização. Não conseguimos enfrentar as profundas desigualdades sociais. Atendo pacientes no CAPS cujos casos se repetem por gerações, tanto no que diz respeito aos transtornos mentais quanto ao consumo de drogas (E-10, técnica de enfermagem, grifos meus).

Utilizo alguns critérios para a indicação de internações. Recomendo a internação, por exemplo, em casos de comprometimento clínico grave, devido ao esgotamento do corpo pelo excesso de álcool e drogas. Em situações de tentativa de suicídio, automutilações ou atos de violência contra familiares — geralmente pessoas em crises agudas. Outro tipo de internação que costumo indicar uma internação involuntária, diz respeito as gestantes que fazem uso de álcool e drogas. Nesses casos, sigo a orientação médica, pois é impossível controlar a síndrome de abstinência sem o monitoramento adequado. Somente o ambiente hospitalar tem condições de realizar o processo de desintoxicação de forma segura, tanto para a gestante quanto para o feto. Em todos os casos, considero a internação uma medida necessária, *mas jamais utilizo a lógica da compulsoriedade como regra geral* (E-11, psicóloga, grifos meus).

A Lei 10.216/2001 não define as diretrizes da tutela ou curatela. A reformulação mais recente sobre o tema consta na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015), no Código Civil (2002) e no Código de Processo Civil (2015). A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência estabelece a curatela como uma medida legal que limita a autonomia da pessoa com transtorno mental, especialmente quanto à administração de seus bens materiais. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, prevê em seu artigo 85, a Lei prevê: "A curatela afetarão tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial. § 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto" (2015). As interdições judiciais por meio curatela (maiores de 18 anos com deficiência) determinam um responsável legal.

No campo jurídico, a curatela está presente no Código Civil (CC) de 1916, com a última reformulação em 2002, e no Código de Processo Civil (CPC), aprovado em 2015. O primeiro trata das garantias de direitos e dos bens materiais. O segundo aborda o exercício da jurisdição referente aos direitos e deveres do curador e curatelado. No que se refere a saúde mental, o Código Civil considera as pessoas com transtornos mentais como "absolutamente incapazes" de manter atos da vida civil, "os deficientes mentais" que não têm consciência de seus atos e ações (Brasil, 2002). As legislações do Poder Judiciário foram elaboradas em contexto distinto das políticas públicas de

desinstitucionalização, desconsiderando as questões da reforma psiquiátrica são ignoradas pela justiça brasileira. Conforme apresentando a seguir:

Os interditos referidos nos incisos I [aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil], III [os deficientes mentais, os ébrios naturais e os viciados em tóxicos], e IV [os excepcionais sem completo desenvolvimento mental] do art. 1.767 serão recolhidos em estabelecimentos adequados, quando não se adaptarem ao convívio doméstico (Brasil, 2002).

O exercício da tutela e da curatela é previsto no Código de Processo Civil (CPC), que estabelece as diretrizes para a interdição e as obrigações do curador. O artigo 1.190 do CPC dispõe: “Se o tutor ou curador for de reconhecida idoneidade, poderá o juiz admitir que entre em exercício, prestando depois a garantia, ou dispensando-a desde logo” (Brasil, 2015). Caso o Ministério Público identifique irregularidades por parte do curador, como a omissão na prestação de contas acerca administração dos bens e recursos financeiros da pessoa interditada, o artigo 1.192 prevê: “O tutor ou curador poderá eximir-se do encargo, apresentando escusa ao juiz no prazo de 5 (cinco) dias.” O artigo 1.198 complementa: “Pelo decurso do prazo em que era obrigado a servir, ser-lhe-á lícito requerer a exoneração do encargo; não o fazendo dentro dos 10 (dez) dias seguintes à expiração do termo, entender-se-á reconduzido, salvo se o juiz o dispensar.” Caso o juiz identifique desvios de recursos ou usurpação indevida dos bens da pessoa curatelada, o curador poderá responder judicialmente, inclusive por infrações de natureza penal (Brasil, 2015).

O procedimento da curatela estabelece que a designação seja feita inicialmente por um familiar responsável legal. Na ausência de familiares, o Poder Judiciário designa uma pessoa sem vínculo afetivo com o curatelado, comumente profissionais da área do Direito. Nos SRTs em Campinas e na capital paulista, grande parte dos moradores está sob curatela de familiares ou terceiros. Durante a pesquisa, observei que a curatela é constante no cotidiano, principalmente das pessoas que moravam com os pais e possuem bens financeiros como imóveis, poupanças e heranças - na maioria dos casos, os usuários não conseguem acessar esses bens. Identifiquei moradores sob curatela de advogados

contratados por familiares. Vale destacar que a posse de recursos financeiros como imóveis não impede o acesso aos benefícios sociais como o PVC e BPC.

A aprovação da Lei nº 13.146, de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), foi um importante marco para a reforma psiquiátrica no âmbito da proteção dos interesses da pessoa com sofrimento mental e também das questões da curatela. De acordo do Estatuto da Pessoa com Deficiência em seu artigo 1º, destinada a “assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania” (Brasil, 2015).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência rompe com o paradigma da doença mental e estabelece que pessoas com transtorno mental como sujeitos capazes, conforme o artigo 84: "a pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas". O Estatuto limita as interdições jurídicas via curatela a casos específicos, garantidos pelo 1º do artigo 84, após realização da avaliação biopsicossocial da deficiência por equipe multiprofissional (Brasil, 2015).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, promulgada em 2015, alterou o artigo 1.767 do Código Civil (Brasil, 2002), que estabelecia regras aplicáveis às pessoas com deficiência mental sem discernimento para os atos da vida civil. Nesse sentido, o curador não está autorizado a tomar decisões sobre direitos fundamentais do indivíduo, nem de definir o tratamento psiquiátrico ou restringir direitos. No caso dos benefícios como PVC e BPC, o curador é responsável por receber e o benefício ao usuário, podendo ser um representante legal com ou sem vínculos afetivos. Por fim, quando o morador do SRT está sob curatela, a movimentação do dinheiro ocorre mediante recibos para a prestação de todas as contas, conforme exigência do Ministério Público e do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

2.2 Profissionais de saúde: entre práticas de cuidado e campos de saberes

Durante as horas de observação participante e entrevistas com os trabalhadores, as palavras mais recorrentes foram as “crises”, inseridos em múltiplos contextos: problemas do SUS, situações agudas e graves dos(as) usuários(as), desafios da saúde pública ocasionada pela COVID-19; crises e violências urbanas; terceirização dos serviços públicos como expressão das dificuldades na assistência psicossocial e do

adoecimento psíquico entre os profissionais. Assim, as adversidades permeiam todos os serviços, sendo uma crise ocasionada pelos efeitos do neoliberalismo e das relações de poder entre profissionais de saúde, usuários e gestão. Quando falamos sobre crises dos usuários, é importante considerar que todo indivíduo é suscetível a um processo de sofrimento psíquico e adoecimento ao longo da vida, e que em momentos críticos precisamos manter uma prática de cuidado, escuta e acolhimento nos serviços. Durante a coleta de dados, observei que os momentos denominados como crises pela biomedicina estão associados a vulnerabilidades sociais, conflitos familiares e violências territoriais que desencadeiam o sofrimento.

A partir das diversas crises dos serviços revelam que as instituições são compostas por pessoas com múltiplos interesses e conflitos rizomáticos, produzindo subjetividades (Deleuze; Guattari, 2007). Segundo Deleuze e Félix Guattari (2007), as subjetividades constituem produções rizomáticas (termo da biologia), constituídas como “maquinicas”, envolvendo a relação de suas singularidades e modos de existência que influenciam as identidades. Tais subjetividades configuram um sistema rizomático e formas de tecidos, articulando-se e mobilizando-se por meio das identidades, conectando-se a outras máquinas de natureza social, econômica e política como uma grande rede cartográfica (Deleuze; Guattari, 2007, p. 14).

Aprofundando a discussão sobre as crises nos serviços públicos, muitos trabalhadores apontam que a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 impactou a Rede Atenção Psicossocial. As consequências foram a redução salarial dos novos profissionais e o enxugamento das equipes do CAPS e dos SRTs. Muitos profissionais relataram que, ainda antes da pandemia, recebiam grande volume de pessoas em situações agudas - cenário que se agravou no período pandêmico. Outro impacto é que o Hospital Geral, por meio dos leitos com enfermagem psiquiátrica para tratamento de quadros severos, não atende toda a demanda da RAPS.

Na cidade de Campinas-SP, foi possível observar a crise dos serviços referentes às dificuldades do cuidado ofertado para os momentos de crises agudas dos usuários: o Hospital Cândido Ferreira fechou completamente seus leitos psiquiátricos em 2017, seguido pelo fechamento dos leitos do Hospital PUC-Campinas, referência em psiquiatria na cidade. A Secretaria Municipal de Saúde regulamenta todos os leitos e, segundo trabalhadores, baseia suas decisões em números, embora o acolhimento hospitalar envolva principalmente aspectos sociais. Como relata um profissional: “O trabalho realizado no CAPS, mesmo com todas as dificuldades, é possível de ser feito. Podemos

amenizar o sofrimento e até zerar os sintomas, mas na questão social falhamos muito — e não é por culpa nossa. As pessoas não conseguem um trabalho, claramente irão ter várias crises e precisar utilizar várias vezes os leitos do CAPS e a Prefeitura Municipal de Saúde não entende que os leitos sempre ocupados” (E-16, psicólogo)

Em relação à redução dos recursos humanos, observei que a medicalização e o manejo das crises agudas dos usuários revelam práticas de violências manicomiais. Uma interlocutora na moradia era bastante comunicativa e não apresentava episódios de agressão contra os colegas, porém tomava mais de 14 medicamentos diariamente. Com o aumento na prescrição, ela ficava sonolenta e, por vezes, era impossível compreender sua fala. Em conversa informal com a supervisora da casa, que é enfermeira, ela mencionou que “os serviços extra-hospitalares ainda realizam uma alquimia medicamentosa”.

Em relação à medicalização, alguns trabalhadores mencionaram ser uma forma de prevenir crises agudas dos usuários. Durante as visitas às moradias, os conflitos entre usuários e trabalhadores relacionados às crises eram frequentes. Quando o morador apresentava agitação, era encaminhado para um leito do CAPS. Por conseguinte, a redução da equipe multiprofissional e o manejo das crises, uma trabalhadora enuncia os riscos das (re)produções manicomiais:

A redução das equipes nos CAPS torna os serviços logicamente mais vulneráveis a situações de violência, especialmente, durante o manejo de um paciente em crise. ***É o corpo do trabalhador que está exposto naquele momento.*** Durante uma crise, quando há mais profissionais disponíveis, é possível organizar melhor o manejo, a limitação dos espaços e circulação das pessoas ao redor. Sempre precisamos atuar de forma orquestrada: uma pessoa que está quebrando tudo no CAPS, é necessário que um trabalhador realize a contenção, outro realiza a aspiração da medicação. Há poucos protocolos de manejo e, apesar das reuniões gerais, raramente conseguimos reunir toda a equipe. ***No manejo das crises estão contidas as violências manicomiais.*** Tanto um trabalhador quanto um usuário podem se machucar, e, para evitar tais episódios, ***percebo que a medicalização é utilizada como uma forma violenta de prevenção das crises*** — mas que, na verdade, representa um silenciamento das pessoas (E-15, terapeuta ocupacional, grifos meus).

Profissionais relataram maior concentração no trabalho com as crises dos usuários, gerando o risco de o CAPS se tornar um serviço fechado, centralizado em quadros clínicos e sem espaço para o desenvolvimento de terapias coletivas e apoio aos moradores dos SRTs nas mobilizações das cidades. Enfim, na visão de alguns trabalhadores, o CAPS tem reproduzido a lógica do hospital psiquiátrico, por meio do excesso de medicalização e pelos conflitos no manejo das crises. De acordo com Kinker e Moreira (2021), a lógica manicomial se manifesta através da contenção mecânica, do desmonte dos serviços, medicamentos e da limitação dos espaços, revelando a violência característica de uma psiquiatria clássica, expressa na “biomedicalização da vida” (Kinker; Moreira, 2021, p. 181).

A equipe multiprofissional dos serviços integra diversas categorias e saberes profissionais, vinculados às racionalidades econômicas, políticas e sociais que fundamentam a base institucional e organizam-se segundo os discursos do campo científico (Bourdieu, 2006; 2007). Cabe destacar que, no CAPS, atuam profissionais de nível superior: psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras e gestores. Os SRTs contam com profissionais de nível técnico, como técnicos de enfermagem e acompanhantes terapêuticos (cuidadores). Para a contratação dos cuidadores, exige-se ensino médio completo e experiência prévia em atividades relacionadas ao cuidado em saúde.

O primeiro aspecto abordado com os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional era referente ao campo científico. Assim, destinei perguntas sobre os interesses em atuar na área da saúde, a trajetória profissional e a compatibilidade da grade curricular com as propostas da reforma psiquiátrica, incluindo a realização de estágios, especializações e cursos de pós-graduação. Desse modo, apresento um breve diálogo que ilustra as experiências de duas trabalhadoras acerca do interesse pelo campo da saúde mental e da trajetória de profissionalização:

Eu me interessei pela enfermagem pois eu sempre tive facilidade para o cuidado. Antes da minha experiência como trabalhadora da saúde, eu já tinha vivência no cuidado de pessoas, o que facilitou meu trabalho como profissional. Fui cuidadora de crianças e idosos, *acho que algumas mulheres já nascem com o dom de cuidar* (E-9, enfermeira, grifos meus).

Eu escolhi a área da saúde mental porque convivo com um familiar em sofrimento psíquico. Somente com o tempo e atuando como trabalhadora é que fui entendendo que a psiquiatria é muito importante e faz muito sentido. No entanto, é apenas com um olhar profissional que compreendemos que não se trata exclusivamente de uma condição biológica natural das pessoas. ***O adoecimento envolve questões sociais e econômicas***, e, na prática, nos serviços, não conseguimos solucionar as desigualdades sociais. Infelizmente, os serviços de saúde mental são centralizados na ideia que para cuidar, precisamos medicalizar (E-2, enfermeira, grifos meus).

No contexto do cuidado, grande parte dos profissionais demonstrou ter tido uma experiência prévia de cuidado com familiares na esfera privada, o que influenciou na decisão de se tornarem cuidadores profissionais. Em relação aos discursos apresentados, destaca-se a afirmação “algumas mulheres já nascem com o dom de cuidar”, que dialoga com os estudos de Elaine Brandão e Fernanda Alzuguir (2022). As autoras questionam o papel feminino nos serviços de saúde e na educação básica, onde prevalece a noção do cuidado associada a “atributos considerados femininos, como fragilidade, docilidade, emoção, afetividade, sensibilidade, empatia e introspecção” (Brandão; Alzuguir, 2022, p.40).

Brandão e Alzuguir (2022), as práticas de cuidado em saúde profissional envolve mulheres, assim como ocorre no cuidado de crianças, idosos e pessoas com deficiência, muitas vezes sem garantias trabalhistas. Nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), mulheres ocupam majoritariamente as funções de acompanhantes terapêuticas, visto que os editais para admissão de acompanhantes comunitários exigem experiência prévia em cuidados. A partir dessa reflexão sobre a relação entre gênero e cuidado, uma técnica de enfermagem apresentou elementos das relações de gênero nos serviços:

Quando se trata de um homem, ele costuma procurar os serviços sozinhos. No CAPSad, os homens procuram tratamento sozinhos e é quase 70% da clientela do serviço, grande parte não são acompanhados com pelos familiares, devido aos conflitos que o uso de drogas já ocasionou na vida deles. ***Percebo que nos últimos anos cresceu o número de mulheres, mas elas demoram a buscar o tratamento***, devido a vergonha e alguns casos os familiares dificultam a

conscientização do tratamento. Quando uma mulher busca o tratamento, são mais acompanhadas pelos pais, irmãos ou filhos. Em sociedade onde predomina mães solteiras, que é a grande clientela dos CAPSad, acho que os familiares se sentem desprotegidos e tentam ajudar na reconstrução da vida das mulheres, é *uma figura maternal*” (E-8, técnica de enfermagem, grifos meus).

Trabalhando ainda a concepção do cuidado, as autoras Brandão e Alzuguir (2022, p. 58), consideram de que as noções de cuidado, sensibilidade e disponibilidade para se dedicar ao outro aproximam as esferas reprodutiva e profissional, estando presentes em todas as classes sociais. Para muitas mulheres pobres, a profissionalização em áreas da saúde e o cuidado profissional representam uma oportunidade de ascensão econômica, especialmente na categoria da enfermagem (Brandão; Alzuguir, 2022). Essa realidade se reflete nas trajetórias das mulheres entrevistadas, que iniciam como acompanhantes terapêuticas, posteriormente cursam o técnico de enfermagem e, por vezes, alcançam a graduação na área. Entretanto, Rachel Gouveia (2016) argumenta que as transformações do capitalismo nas últimas décadas resultaram na participação desigual das mulheres na esfera profissional: embora algumas profissionais atuem no trabalho formal de saúde, muitas cuidadoras exercem a atividade no mercado informal.

Retomando o debate, os profissionais dos SRTs são contratados para desempenhar diversas tarefas: acompanhar atividades voltadas à desinstitucionalização, auxiliar na higiene pessoal, preparar as refeições e os conflitos cotidianos no convívio coletivo. Na cidade de Campinas, todos os acompanhantes terapêuticos são técnicos ou auxiliares de enfermagem. Em São Paulo, a função é exercida por cuidadores com exigência de ensino médio completo exercem a função, contando com supervisão de nível superior e apoio de técnico de enfermagem no período diurno. Uma particularidade da capital paulista é que, no final da década de 1980 e início dos anos 1990, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein, ofereceu cursos técnicos gratuitos de enfermagem e auxiliar de enfermagem para capacitação profissional.

É relevante destacar as diferenças no cuidado prestado nos SRTs das duas cidades, considerando a necessidade de qualificação profissional. Muitos moradores são idosos e demandam um cuidado mais clínico. Um gestor da OSS, em São Paulo, mencionou que a contratação de pessoas sem formação técnica se justifica pelo “saber leigo”, como forma de evitar a estigmatização das moradias como um dispositivo estritamente de saúde. No

entanto, uma pesquisa realizada por Rachel Gouveia Passos (2016) nos SRTs na cidade do Rio de Janeiro-RJ, destacou a precarização do trabalho dos cuidadores, conclui que o desafio de não contratação de profissionais com formação na área das ciências da saúde, que os cuidadores não são inseridos nos saberes teóricos alinhados ao arcabouço teórico da reforma psiquiátrica e das práticas integrais de saúde. Como consequência, os cuidadores tendem a reproduzir formas de cuidado baseadas na esfera doméstica, como a infantilização dos usuários e o controle de comportamentos (Passos, 2016). Isto posto, apresento dois trechos da importância da profissionalização mediante o contato com a RPB e os conflitos entre o campo teórico e as práticas cotidianas nos serviços:

A universidade representou uma grande ampliação do meu repertório e da abrangência dos saberes, me auxiliou em compreender que a enfermagem vai muito além do trabalho hospitalar. ***Tive contato com temas como saúde pública, saúde da família, da criança, do idoso e da mulher.*** No entanto, um dos problemas de cursar uma universidade particular é que são voltadas para as questões assistenciais e no cuidado, enquanto a dimensão científica é pouco explorada. Raramente surgem oportunidades de iniciação científica ou incentivo à ideia de que enfermeiros também podem atuar na pesquisa (E-2, enfermeira, grifos meus).

É um dilema conciliar teoria e prática: alguns psicólogos sentem falta de uma formação mais centrada na assistência, que permita compreender melhor o papel do profissional de Psicologia. As ***universidades públicas de grande porte***, a formação costuma ser mais voltada para a pesquisa e isso se torna um problema. Acredito que aprendemos a exercer a profissão a partir de um olhar crítico da ciência. Por exemplo, não aprendemos diretamente o que faz um psicólogo educacional nos serviços públicos, mas sempre uma crítica da educação no Brasil. No início da minha carreira eu tinha uma certa dificuldade a teoria com a realidade dos serviços e fui tentando equacionar de outras formas, como a atuação no movimento estudantil e do movimento antimanicomial (E-18, psicólogo, grifos meus).

As trajetórias acadêmicas dos profissionais influenciam diretamente o cuidado realizado na RAPS. Os profissionais, formados tanto em universidades particulares

quanto públicas, relataram que as disciplinas da graduação enfatizavam o cuidado humanizado, contato com pesquisas e participação em movimentos sociais. Sobre as “universidades públicas de grande porte”, a maioria dos profissionais de nível superior das duas cidades se formou em instituições como Unicamp, USP, Unifesp e PUC-SP ou PUC-Campinas, com especializações em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde Mental. A exceção ocorre na área de enfermagem, onde muitos iniciam como auxiliares ou técnicos de enfermagem e, posteriormente, concluem a graduação. Contudo, várias profissionais, mesmo após se graduarem, permanecem no cargo de técnica de enfermagem.

No campo da saúde mental, observamos como as trajetórias acadêmicas dos profissionais se integram à concepção de *habitus* apresentada por Bourdieu, que influenciam os “modos de conhecimento”, mediadas por agentes ou instituições. O *habitus* constitui uma "estrutura estruturada e estruturante" (Bourdieu, 2007, p. 164). Ele é estruturado pelo nosso passado e por circunstâncias atuais, como a criação familiar e as experiências educacionais, o estruturam. Em contrapartida, ele molda nossas práticas presentes e futuras (Bourdieu, 2007, p. 75).

Para Bourdieu (2007), a prática é constituída por uma somatória entre *habitus*, capital e campo constitui a prática. Em outras palavras, a prática resulta das relações entre nossas disposições (*habitus*) e nossa posição em um campo (capital), dentro do estado atual do jogo nessa arena social (campo). Nesse sentido, das 21 entrevistas realizadas, 11 foram com profissionais de nível superior e 10 com profissionais de nível técnico (auxiliares ou técnicos de enfermagem) e cuidadores de nível médio. Os profissionais de ensino superior concluíram cursos de especialização ou residência multiprofissional nas áreas da saúde mental ou saúde coletiva, incluindo dois mestres e um doutor em saúde coletiva.

A formação dos profissionais de nível superior inseridos nos CAPS e dos cuidadores dos SRTs evidencia conflitos entre saberes e práticas diárias. De um lado, o campo da saúde emergiu de uma matriz fortemente vinculada à saúde coletiva e à atuação multiprofissional. Alguns trabalhadores, contudo, relatam dificuldades para estabelecer limites entre o núcleo de saber e o campo. O núcleo de saber compreende os conhecimentos específicos dos profissionais, enquanto o campo da saúde representa uma fronteira fluida, onde cada disciplina e profissão busca teóricas e práticas (Campos, 2000).

Ao longo das entrevistas, muitos cuidadores dos SRTs relataram uma “falta de pertencimento” como parte de uma equipe multidisciplinar, especialmente da falta de

suporte e diálogo dos trabalhadores do CAPS. Em contrapartida, os profissionais de nível superior apontaram a precarização dos contratos dos cuidadores dos SRTs e a necessidade de capacitação para atuação no cuidado clínico e dos pressupostos da reforma psiquiátrica, visando evitar práticas manicomiais nas moradias.

Nas duas cidades, a maior igualdade de gênero entre profissionais nas duas cidades ocorre nas áreas de psicologia e medicina, principalmente nos CAPS. Mulheres realizam a maior parte do cuidado nas moradias residenciais. Psicólogos ocupam a maioria dos cargos de gestão dos CAPS e supervisão das moradias, havendo apenas um CAPS sob gestão de uma assistente social. No decorrer de uma entrevista, uma terapeuta ocupacional destacou os conflitos nas relações de poder entre as categorias profissionais e os desafios do trabalho em equipe multiprofissional:

Existe um respeito mútuo por toda a equipe multiprofissional, mas, na prática, os conflitos se manifestam nas sutilezas. *Alguns profissionais acabam impondo seus saberes*, talvez influenciados pelas suas linhas teóricas. Falo disso porque a categoria dos psicólogos nos CAPS, eles que estão nos cargos de gestão. Nos serviços, é muito difícil chegarmos a um consenso quando precisamos escolher uma nova gestão, ficamos sempre discutindo todas as linhas teóricas e no final, sempre é aprovado um trabalhador da psicologia para administrar o serviço. Não há muita pluralidade de profissionais nos cargos da gestão tanto no CAPS e no Conselho Administrativo das OSS (E-15, terapeuta ocupacional, grifos meus).

A leitura que faço dos serviços é que enfrentamos muitas dificuldades institucionais em realizar um diálogo mais horizontalizado com toda a equipe multiprofissional e usuários. Por outro lado, também acredito que corremos o risco de cair em uma contradição: *tentar sustentar um certo “democratismo” no qual as diferenças são apagadas*. O perigo está justamente em não reconhecer que essas diferenças são, muitas vezes, fruto de desigualdades sociais e da pluralidade de saberes. A reforma psiquiátrica sempre trata que todas as pessoas são iguais e uma equipe homogênea. Temos hierarquias de saberes dos profissionais e singularidade de adoecimento dos usuários (E-15, psicólogo, grifos meus).

No campo da saúde mental, especificamente no âmbito da equipe multiprofissional, observa-se a influência dos saberes e práticas advindos da psicologia, que repercutem na organização dos serviços de saúde, nas oficinas terapêuticas e na assistência aos usuários. Poucos médicos participam das reuniões gerais com a equipe. Portanto, trata-se de um campo marcado por conflitos, relações de poder e hierarquias de saberes nos serviços. Para Michel Foucault (2005a, 2020), a articulação entre poder e conhecimento estrutura-se por hierarquias, configurando uma problematização da produção científica, mediada por valores e crenças enraizados em cada área. Cada campo do conhecimento científico produz discursos próprios e submete-se a procedimentos de controle, seleção, organização e distribuição.

Nessa seara, Bourdieu (2004) define o campo científico consiste em práticas orientadas para a construção da autoridade científica, que resulta na manutenção do poder e do prestígio por meio do reconhecimento pelos demais agentes do campo. Outra questão central envolvendo o campo científico é a hierarquia, relacionada à distribuição desigual do capital científico, que confere diferentes posições aos seus agentes (Bourdieu, 2004).

A reforma psiquiátrica surgiu em meio a disputas, especialmente com a Associação Brasileira de Psiquiatria. No entanto, raramente os médicos estão presentes na atenção primária à saúde mental, sendo a maioria médicos residentes que se desligam da rede após o término da residência. No entanto, mantêm representação significativa nos Conselhos Diretores das Organizações Sociais de Saúde. Apresento, no Quadro 6, o perfil dos diretores presidentes das Organizações Sociais da Saúde. Entre os médicos, psiquiatras ou clínicos, são os únicos chamados de "doutores", o que revela um dos aspectos da hierarquia presente nesses espaços. Durante as visitas a quatro CAPS realizadas na pesquisa, somente um contava com psiquiatra atuante por período superior a um ano.

Outro ponto importante a ser mencionado é que um dos CAPS, o primeiro CAPSad da cidade de São Paulo, estava há meses sem psiquiatra, não por falta de interesse de profissionais médicos em assumir uma carga horária de 20 horas semanais. Ademais, a ausência dos psiquiatras nas reuniões gerais com a equipe multiprofissional dificulta a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), segundo diversos trabalhadores. Quando os psiquiatras estão presentes nos serviços, o fluxo de usuários e familiares aumenta significativamente, os usuários, familiares e trabalhadores, que buscam receitas, alterações de medicação e assinaturas com diversos documentos em mãos. Posteriormente, observei que até procedimentos básicos, como a autorização para

obtenção do bilhete de transporte público, dependiam exclusivamente de aprovação médica. O PTS de um usuário dentro do serviço de saúde é uma importante ferramenta de trabalho, respeitando a singularidade de cada indivíduo, conforme indicado por Antonio Lancetti:

O Projeto Terapêutico Singular é um organizador do cuidado que inclui a família, a biografia o território que a pessoa habita, os recursos desse território e – o que é mais difícil considerar – o território existencial do usuário e seu contexto. E, por fim, a potencialidade do sujeito individual e coletivo em questão (Lancetti, 2015, p. 122).

Por fim, é importante considerar que PTS não é somente uma forma de estruturar os serviços, mas de considerar as condições pessoais e trajetórias de vida dos usuários, incluindo questões sociais, econômicas, políticas e experiências passadas e presentes. Nessa direção, Kinoshita (2014) trabalha com a ideia do PTS como uma forma de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, voltado ao futuro de cada pessoa, à importância do vínculo e estruturado em eixos norteadores: condições de contratualidade; os contratos de baixa exigência e curta duração; a necessidade de requalificação e validação da palavra do usuário; conhecimento da história, contexto, recursos, obstáculos, carências e necessidades; construção do mapa multidimensional de vida; ampliação do capital social, cultural e econômico do usuário para o exercício da cidadania com pertencimento e protagonismo; e conhecimento do território visando sua transformação.

2.3 Para além dos muros da Rede de Atenção Psicossocial: como lidar com loucura nos territórios

No dia 18 de maio de 2024, data importante que celebra o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, eu estava no vão livre do MASP, aguardando o início da manifestação na Avenida Paulista. Havia várias pessoas com faixas diversas e uma voz no caminhão de som que dizia: “Nenhum passo atrás, manicômio nunca mais!”, lema da reforma psiquiátrica. O dia da manifestação de 18 de maio é um dos poucos momentos de integração entre todos os serviços da RAPS. Fui conhecendo vários trabalhadores, mas sempre marcados quem são os profissionais pertencentes ao Diretório (serviços

administrados por servidores públicos) e os terceirizados (administrados pelas OSS). Em relação aos usuários, além dos usuários dos serviços que realizei a pesquisa, outros usuários tinham apelidos correspondentes aos nomes dos hospitais onde estiveram internados.

No início daquela tarde, Roberto, um homem branco de 39 anos, acompanhou-me até o terraço de um shopping da avenida. Uma característica sua é a aversão a barulhos, embora aprecie andar de metrô e usar elevadores. Ao chegarmos ao terraço, observava com atenção a movimentação na Avenida Paulista. Questionei: “Por que você gosta tanto de lugares altos?” Ele respondeu: “Aqui é calmo, e gosto de observar a cidade”. Posteriormente, notou novos murais nos postes de iluminação. Ao retornarmos à avenida, constatei diversos painéis em homenagem aos trabalhadores brasileiros. Um deles, junto ao MASP, homenageava os profissionais que atuaram no enfrentamento da pandemia com a frase: “Cientistas e acadêmicos reunidos em conferências”. A Avenida Paulista integra meu itinerário frequente, porém, como muitos, passo apressadamente sem notar os detalhes urbanos. Naquele dia, compreendi plenamente o sentido da desinstitucionalização - além da desospitalização, trata-se de ocupar os espaços, construindo uma cidade plural e democrática. Para Venturini (2016), a desinstitucionalização são possibilidades das pessoas em “reabilitar a cidade”, sendo um direito à saúde.

Há diversos caminhos, tanto no arcabouço teórico e nas práticas cotidianas promover o cuidado em liberdade. Porém, o primeiro percurso geralmente envolve a busca por um diagnóstico biomédico, um percurso árduo, marcado por famílias sobrecarregadas com o cuidado de seus familiares e por pessoas já em situação de rua nas cidades. Após os diagnósticos, muitas das vezes inconclusivos ou compostos por um somatório de códigos prescritos na CDI- 10 e DSM-5. As pessoas diagnosticadas com algum “transtorno mental” foram encaminhadas para instituições privativas de liberdade. Esses espaços, por sua vez, são marcados por violências, negligências, abandono, mortes, eletroconvulsoterapias e segregação social. Entre os corredores das alas psiquiátricas e os pavilhões ou porões da manicomialização da loucura, aos poucos, consolidam em um cuidado em liberdade e promoção da saúde.

Para melhor ilustrar como as experiências do adoecimento psíquico são subjetivas e singulares, optei por apresentar trajetórias pessoais e vivências com instituições. Trago a história de Stela, uma mulher de cerca de 48 anos, autodeclarada negra, nascida na capital paulista. Ela foi internada em um hospital psiquiátrico aos 13 anos de idade, no

interior do estado de São Paulo, permanecendo hospitalizada por 20 anos. Vive, atualmente, nas moradias há 15 anos. Ela já teve a experiência de deixar o SRT, morando por um período com amigos e, em outro momento, sozinha. No entanto, em ambas as tentativas de sair das moradias, por não conseguir se organizar financeiramente, acabou retornando. Em diversos encontros, Stela sempre mencionava o desejo de morar com a mãe. Antes do término da pesquisa de campo, havia saído novamente do SRT e estava morando com ela. A seguir, apresento as percepções de Stela acerca das experiências vividas em uma instituição psiquiátrica:

- Minha mãe tem 70 anos e está bem! Ela veio do Nordeste com o meu irmão. Eu nasci em São Paulo. Tenho sangue de paulista e nordestina.
- Fiquei internada por vinte anos. Eu tinha apenas 13 anos! Eu ficava presa. Tinha psicólogos e enfermeiros, mas não eram legais, confiavam mais nas palavras dos funcionários do que nas dos pacientes. Minha vontade era sair do hospital mesmo. Vou te falar uma coisa, viu: todos os dias eu me ajoelhava antes de dormir e, quando acordava, eu rezava para sair daquele inferno! Porque hospital não é lugar para se viver. A gente não podia sair, não comia o que queria. Eles é que escolhiam. Tinha vezes em que estávamos com poucos passeios, e eles tiravam, sabe? Amarravam a gente. Eu passei por uma vida difícil.

(Trecho de diário de campo pessoal, 2024).

No início da pesquisa de campo inicial, analisei a desinstitucionalização por meio das experiências cotidianas e dos discursos, considerando as trajetórias pessoais e as percepções dos atores inseridos nos serviços de saúde. Ao adotar os discursos como metodologia, compreendo que transcendem a linguagem: representam a materialidade, entrelaçada com saberes práticos, cuidados, escutas e afetos. Durante a investigação, ouvi histórias impactantes, especialmente de mulheres marcadas por violências e abusos sexuais. Em relação as entrevistas com usuários, evitei perguntas sobre internação e relações familiares, considerando-as invasivas por envolverem memórias dolorosas. Questionei sobre o cotidiano de cada morador e sobre seus itinerários além dos SRTs e CAPS. Todavia, os discursos sobre a institucionalização nos manicômios permanecem presentes nos serviços, manifestadas por usuários e profissionais que atuaram em hospitais psiquiátricos.

De modo geral, as visitas aos serviços, muitos usuários falaram sobre seus projetos de vida, sonhos, gostos e lutas vinculadas ao longo de dois anos, tornaram-se encontros agradáveis de escuta, risadas e afetos. Alguns momentos eu e os usuários fazíamos companhia em silêncio, moramos em uma cidade com poluição sonora significativa. Acredito também que, para usuários, consideram os serviços de saúde como um local seguro e queriam ficar em silêncio, tendo em vista que muitos tem conflitos com os familiares e até mesmo com os outros usuários. Dessa forma, fui compreendendo a produção de subjetividades. Para os autores Guattari e Rolnik (2005), a subjetividade é produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais:

A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização (Guattari; Rolnik, 2005, p. 42).

Ao considerar as subjetividades de trabalhadores e usuários, inseri-me em diferentes caminhos para compreender os avanços e desafios da desinstitucionalização sob as perspectivas dos profissionais e pacientes, principalmente quanto às suas percepções sobre a reforma psiquiátrica. Não me detive nos prontuários nem no livro de passagem de plantão dos pacientes, onde predomina a lógica biomédica, voltada à prescrição medicamentosa ou para registros como: “paciente está agitado e desorganizado”. Dessa forma, pude compreender a ressignificação da loucura na contemporaneidade. Durante vários encontros, Stela mencionava: “Sou uma mulher louca” Portanto, o arcabouço teórico da desinstitucionalização ganhou, assim, significados e sentidos concretos na vida cotidiana.

Nos próximos parágrafos, apresento brevemente o perfil de alguns moradores do SRT. Utilizei nomes fictícios baseados em uma pergunta aos residentes sobre quais nomes consideravam bonitos. Por muitos anos, diversas pessoas que vivenciaram sofrimento psíquico e que foram hospitalizadas tiveram seus nomes, gênero e sexualidades ignorados nos manicômios. Atualmente, é comum nos serviços encontrar

usuários que desconhecem sua data e local de nascimento. Muitos prontuários registram pessoas como não alfabetizadas, sem informação dos pais e cidade de origem como “desconhecida”. Com isso, espero contribuir com o protagonismo dos usuários como indivíduos com nomes, histórias e direitos, considerando suas vozes e narrativas.

Dona Maria era a moradora mais idosa entre todas as casas visitadas, com 82 anos determinados por exame genético. Em seu prontuário, inexistem informações familiares. Negra, magra, mantém os esmaltes bem-feitos e os cabelos brancos. Institucionalizada desde recém-nascida - única informação demográfica registrada. Sem benefícios sociais ou documento de identidade, raramente interage. Respondia apenas quando chamada para as refeições. Durante um passeio de Uber, apoiou-se em meu braço. Trabalhadores interpretam seu silêncio como estratégia de sobrevivência. Nos encontros semanais, compartilhávamos um profundo silêncio; por vezes fixava seu olhar em minha direção, mas jamais vi ela sorrir.

Renato é um homem alto, branco e bem comunicativo, que aparenta ter 50 anos. Conversamos muitas vezes e todos os encontros perguntava o meu nome, ao responder Maycon, ele enunciava “Não é o Michael Jackson né” e depois ria, uma risada bem contagiante. Gosta de escutar músicas sertanejas das antigas e comprar tênis, de acordo com ele “ficava bem de *all star*”. De acordo com uma cuidadora ele era “o xodó da casa”.

Paulo, é um homem alto e aparenta ter 40 anos, conversamos poucas vezes, mas comentou que gostava de sair até a papelaria do bairro. É um dos moradores que possui um quarto individual, gosta de filmes de terror e de ler livros físicos, especialmente enciclopédias. Paulo das quatro moradias que realizei a pesquisa, apresenta total autonomia, não é curatelado e não precisa de acompanhamento dos cuidados para transitar na cidade.

João é um homem branco e com 58 anos. Passa o dia inteiro desenhando e anotando todas as palavras que escuta na televisão. Conversamos algumas vezes; contou-me que nasceu no Nordeste Ele gosta de ser vestir bem e tem um acompanhante terapêutico para fazer passeios no bairro. Já esteve internado diversas vezes em hospitais psiquiátricos e, ao longo do dia. Todas as vezes que estava na casa sempre me, ele perguntava sobre o significado de algumas palavras e automaticamente escrevia nos seus desenhos.

Andreia é uma mulher branca, com 68 anos, e tem histórico de algumas internações. Sempre mencionou que gostava do irmão, que constantemente liga para ela. Certa vez, comentou que não gostava de falar ao telefone porque 'as vozes dela

aumentam'. Nunca se casou e, com frequência, xinga as cuidadoras mulheres. Gosta de incensos e anda sempre com um caderno de orações na mão. Em alguns momentos, ajudei nas refeições, embora ela se alimente sozinha. De acordo com os trabalhadores, ela 'gosta de dengos'. Nossa relação sempre foi tranquila. Com o passar dos meses, aprendi a lidar com seu humor: às vezes, só me chamava de “moço” e, em outras, soltava xingamentos

Francisca é uma mulher branca, com 53 anos. Nunca foi hospitalizada. Morava com a mãe até a juventude, quando ambas passaram por uma situação de vulnerabilidade. Segundo alguns trabalhadores, a mãe dela é bem parecida com a filha, bem comunicativa. Francisca gosta de conversar sem parar, adora ouvir músicas e passear. Em todos os nossos encontros, sempre me perguntava se eu “morava em um prédio alto e alto”. Nunca esqueceu o meu nome e sempre dizia que dizia: “Me leva para comer um sonho na padaria”. Em diversos momentos, mencionava sentir falta da mãe. Atualmente, sua mãe, vive em outro município, em uma instituição de longa permanência para idosos. Em relação ao PTS de Francisca, ela raramente frequenta o CAPS, pois o serviço é administrado pela prefeitura e frequentemente sofre com a falta de trabalhadores para a realização das atividades coletivas.

Ao abordar as estratégias de desinstitucionalização dos moradores, é importante considerar a singularidade de cada um e sua possibilidade de circular pelas cidades. Em ambas as localidades, destacam-se os mecanismos de convívio no território. É na cidade que se constroem a subjetividade, a autonomia e a inclusão social, em articulação com a sociedade civil, visando romper com as violências e a estigmatização. Aqui, é preciso destacar novamente os princípios da reforma psiquiátrica, proposta por Paulo Amarante (1996), que abrange quatro eixos principais: (i) teórico-conceitual ou epistemológico: refere-se à desconstrução dos fundamentos, das noções e dos conceitos fundantes da psiquiatria, como, por exemplo, a noção de “doença mental”; (ii) técnico-assistencial: trata da organização dos serviços, articulando uma rede de espaços de sociabilidade, produção de subjetividades, geração de renda, apoio social, moradias e produção de vida; (iii) jurídico-político: enfatiza a transformação das instituições por meio da criação e revisão de legislações e (iv) sociocultural: diz respeito à relação com a loucura e com os objetos e ações culturais.

Para Amarante e Torre (2017, 2018), o maior desafio da desinstitucionalização refere-se à dimensão sociocultural, que envolve a construção do cuidado territorial e a possibilidade de transformação da relação com a loucura na sociedade. A garantia de direitos - incluindo trabalho, educação, movimentos artístico-culturais e por programas

de geração de renda - viabiliza a construção do cuidado em liberdade e ressignifica o lugar social da loucura. Como apontam Amarante e Torre (2017, p. 766): "as experiências de arte-cultura no campo da saúde mental constituem hoje um universo de novas formas de relação com a loucura e com a diferença, que contribuem para a mudança do imaginário social sobre a loucura e nas cidades".

O cuidado em liberdade precisa acontecer junto à sociedade civil e nas cidades. Segundo Guattari e Deleuze (2007), a sociedade contemporânea caracteriza-se pelo avanço técnico e pela desterritorialização, inseridos na ótica da "desterritorialização", resultante das transformações capitalistas, do neoliberalismo e que influenciam na vida cotidiana dos indivíduos. As possibilidades de produção de subjetividades mediante itinerários e agenciamentos surgem dos processos contínuos de desterritorialização e reterritorialização ao transitar pelos territórios, como potentes formas de habitar por meio das cartografias. Para os autores, o direito à cidade, onde os sujeitos constroem suas identidades, forma-se pelos processos de "desterritorialização" e "reterritorialização", sendo possibilitado pelas formas de produção de subjetividades, mediadas pelos itinerários e agenciamentos que emergem ao transitar pelos territórios. Pensar a desinstitucionalização no território é compreendê-la como um movimento diário, no qual o cuidado em liberdade acontece:

Podemos pensá-la como busca permanente, no âmbito da vida cotidiana, de subjetivação pelo cultivo do dissenso, processo contínuo de produção singular da existência. Heterogênese diz respeito à produção do diferente, do diverso, daquilo que escapa da homogeneidade, do comum, do medíocre. Recomposição de territórios existenciais, reterritorialização, ou seja, é desfazimento de um território existencial e produção de outros simultaneamente. (Deleuze, 2007, p. 171).

O primeiro aspecto da desinstitucionalização nos territórios relaciona-se ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional que prevê a elaboração de ações para o cuidado integral dos usuários. Este instrumento considera as singularidades de cada pessoa, como sua condição clínica, sofrimento psíquico, seus valores, crenças e, principalmente, aspectos socioeconômicos. Nesse

processo estabelecem-se o vínculo e as estratégias de inclusão social nos serviços e territórios.

Nesse contexto, todo usuário do CAPS e do SRT tem um profissional de referência, responsável pelo acompanhamento de suas demandas cotidianas. Entre suas atribuições estão: acompanhar o usuário em atividades externas, realizar a mediação com os familiares e auxiliá-lo nos comércios locais e nos centros de convivência coletiva. Uma das conquistas da reforma psiquiátrica foi a consolidação dos Centros de Convivência e Cooperativas na RAPS, conforme a Portaria GM/MS nº 5.738, de 2024, que estabelece esses dispositivos no âmbito do SUS. Os Centros de Convivência e Cooperativa constitui importante dispositivo que promove atividades culturais e ações de geração de renda por meio da Economia Solidária.

Em Campinas, todas as atividades de geração de renda ocorrem na sede do Cândido Ferreira, no distrito de Sousas, onde funciona o Núcleo das Oficinas de Trabalho (NOT). Trabalhadores e usuários relatam dificuldades na realização das oficinas por falta de transporte nos serviços, comprometendo a inclusão social prevista nos direitos sociais. No NOT, os usuários produzem artesanatos para venda à comunidade. Alguns usuários atuam ainda no restaurante administrado pelo Cândido Ferreira.

Alguns trabalhadores mencionaram que a geração de renda promovida pelo NOT prioriza o mercado e para o lucro institucional em detrimento do aspecto terapêutico das oficinas. Apontam também a carência municipal de projetos sociais laborais, incluindo programas de contratação de pessoas com deficiência, incluindo deficiência psicossocial. Uma psicóloga destacou que as políticas de inclusão social principalmente a pessoas com deficiência física. Na capital paulista, usuários participam do CECCO, mas trabalhadores observam que, por receberem PVC e BPC, a questão laboral raramente entra em pauta. Esta demanda surge especialmente entre egressos do HCTP, considerando sua experiência prévia com atividades laborais nas instituições de custódia.

Em relação aos benefícios sociais, um estudo organizado por Helder Lima *et al.* (2022) apontou os impactos das políticas públicas relacionadas ao auxílio-reabilitação. Os autores concluíram que, mesmo com todos os esforços de inclusão social nas cidades, muitas pessoas egressas das instituições asilares ainda enfrentam dificuldades para se inserirem no mercado de trabalho, uma vez que os anos ou décadas de internações geram um processo de cronicidade que compromete a saúde física e mental dos usuários.

A desinstitucionalização visa auxiliar na complexa tarefa, não de uma simples “reinserção social”, mas de uma inclusão social efetiva, promovendo autonomia nas

atividades diárias. Salles e Miranda (2016) apontam desafios relacionados ao uso do benefício social, principalmente quanto à autonomia financeira dos beneficiários - seja por conflitos com profissionais ou familiares, especialmente em casos de curatela. Os moradores que recebem benefícios nas residências utilizam o valor para comprar itens pessoais. Contudo, parte significativa desse recurso destina-se à alimentação.

O SRT representa uma conquista importante da reforma psiquiátrica. Com premissas fundamentadas no direito à moradia, um CEP e possibilidades concretas de vivências e socialização, permitem que esses espaços sejam considerados como ambientes de liberdade real e relações recíprocas (Nicácio, 2003; Andrade, 2020). O cuidado em liberdade possibilitou às pessoas transitarem pelas cidades, através de encontros interpessoais, da produção da vida cotidiana e da diversidade urbana. Henri Lefebvre (2001) “A cidade projeta no terreno uma sociedade, uma totalidade social ou uma sociedade considerada como totalidade, compreendida sua cultura, instituições, ética, valores, em resumo, suas superestruturas, incluindo sua base econômica e as relações sociais que constituem sua estrutura propriamente dita” (2001, p. 141).

Em relação às mobilizações diárias e ao direito de construir as cidades no cenário brasileiro, observa-se um campo marcado por diversas formas de sociabilidade. O autor David Harvey (2003) sustenta que o direito à cidade significa: “à liberdade de fazer e refazer as nossas cidades, e a nós mesmos, é, a meu ver, um dos nossos direitos humanos mais preciosos e negligenciados” (2003, p. 38). De um lado, o direito à liberdade permite as relações micropolíticas, através dos encontros e interações urbanas, permitindo trocas de saberes, experiências de sociabilidade e convivência social. Entretanto, diversos trabalhadores relataram as violências presentes nos territórios, incluindo estigmas, conflitos com vizinhos e até mesmo o medo da insegurança urbana. Conforme relatado por um acompanhante terapêutico:

Os usuários ainda sofrem muita violência e preconceito por parte da sociedade. Até mesmo alguns acompanhantes comunitários que trabalham nos serviços demonstram atitudes preconceituosas e não compreendem como funciona o processo de cuidado. Há casos em que esses *profissionais sentem vergonha de sair com os usuários nas ruas*, por falarem alto ou por apresentarem comportamentos considerados diferentes. Essa visão ainda precisa mudar. Eles têm limitações — assim como todos nós — e são vistos pela sociedade com olhares

completamente diferentes, marcados pelo estigma e pela exclusão (E-14, acompanhante terapêutico, grifos meus).

A possibilidade de circulação pelas cidades constitui um dos desafios centrais para a desinstitucionalização. Amarante e Torre (2018) alertam sobre o risco de limitar a reforma psiquiátrica à dimensão técnico-assistencial - um processo administrativo que retira pessoas das instituições asilares sem garantir projetos de vida para além dos serviços públicos. Para os autores, a dimensão jurídico-política pode se restringir a modificações legais do sistema de saúde mental apenas por meio de leis, que, na prática, não são acompanhadas por mudanças socioculturais efetivas (Amarante; Torre, 2018). Portanto, as transformações socioculturais são essenciais, incluindo a promoção da educação inclusiva contra o analfabetismo, geração de renda e inserção de tecnologias como práticas de cuidado.

De acordo com Suely Rolnik (2019), estamos vivenciando transformações do capitalismo global e da financeirização que ocasionam mudanças nas relações de trabalho e avanços das tecnologias e informações. Porém, mesmo com o desenvolvimento da tecnologia da Quarta Revolução Industrial ou Indústria 4.0, potencializando as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) para diversos fins na vida prática das pessoas, incluindo a inteligência artificial. Essas transformações tecnológicas produziram mudanças significativas nas relações sociais dos serviços.

No contexto da desinstitucionalização a utilização de celulares aproximou as pessoas com os familiares e outras formas de atividades terapêuticas. Nas palavras de um psicólogo “Sou referência de um morador que era bastante dependente para tudo, eu precisava acompanhá-lo até mesmo à lotérica para pagar as contas. A comunicação com os familiares também era complicada: ligavam, mas ninguém atendia. Decidimos comprar um celular para ele. Agora, conversa frequentemente com os familiares. Recentemente, chegou e disse que iria passar algumas semanas na casa do irmão, em outra cidade. Pegou o dinheiro e foi sozinho. O trabalho da desinstitucionalização é justamente promover a autonomia e a tecnologia tem nos auxiliado nesse processo” (E-16, psicólogo).

Em relação inclusão social por meio do trabalho e da educação, destaca-se um importante mecanismo de socialização e de fortalecimento da cultura cívica. O enfoque sobre as transformações promovidas pela educação e pelo trabalho, argumentando que a cultura cívica resulta de um complexo processo de socialização entre os cidadãos e as

mudanças político-institucionais e culturais. Trata-se de um processo contínuo, em que cada geração absorve a cultura cívica pela exposição às atitudes políticas e comportamentos das gerações anteriores (Almond; Verba, 1989, p. 368). Nos SRTs visitados, muitos usuários não mantêm contato com projetos da Economia Solidária, e as oficinas terapêuticas no CAPS realizam a educação inclusiva. A seguir, apresento um breve diálogo com uma psicóloga sobre educação, trabalho e participação política:

A inserção no trabalho formal é bastante rara entre os usuários do CAPS e inexistente nas moradias residências. ***Muitas pessoas apresentam longos hiatos em branco na carteira de trabalho***, o que frequentemente se torna um impedimento nos processos seletivos realizados pelos setores de Recursos Humanos de qualquer empresa. Em relação à participação política, vou contar uma história bastante interessante. Eu atendia um paciente que recebia benefício social por ser esquizofrênico. Certo dia, ele ficou irritado porque precisava pagar uma multa no cartório eleitoral por não ter comparecido às eleições. Ele foi até o cartório reclamar, dizendo que era um absurdo ser obrigado a votar, pois se considerava 'louco'. Mostrou uma carteirinha que comprovava sua condição e não conseguia entender como 'essa gente louca o manda votar' (E-5, psicóloga, grifos meus).

Em relação às moradias residenciais nos territórios, pude perceber que a prática de cuidado está mais voltada para um cuidado clínico. Alguns trabalhadores mencionaram que limites do trabalho da desinstitucionalização é consequência da judicialização da saúde. Conversei com diversos trabalhadores atuantes desde a criação das moradias, e muitos relataram que, no início da reforma psiquiátrica, realizavam viagens e mais atividades no território. Porém, com a redução das equipes, não se sentem confortáveis em sair com todos os usuários, considerando que, caso ocorra alguma intercorrência durante o percurso, poderão ser responsabilizados judicialmente. Em relação a precarização das condições de trabalho com alta rotatividade e não contratação de novos profissionais, impactam diretamente o cuidado e no vínculo estabelecido pelo Projeto Terapêutico Singular entre trabalhadores e usuários, como demonstrado por uma profissional na cidade de Campinas:

As pessoas só aparecem no CAPS em busca dos medicamentos e do atendimento com o psiquiatra. Eu até converso com os usuários e informo que os grupos coletivos foram retomados, ressaltando a importância de também da terapia com os psicólogos. Digo: 'Vamos lá conhecer a sua nova referência!'. No entanto, escuto com frequência respostas como: 'Eu não quero mais voltar ao meu passado. Essa pessoa, certamente, corre o risco de entrar em crise, ainda mais diante do desgaste provocado pela constante mudança na equipe (E-20, técnica de enfermagem).

A partir dos questionamentos da trabalhadora, observa-se que os CAPS têm priorizado atendimentos médicos, afastando-se da proposta original de terapias individuais e grupos focais. Um estudo sobre o cuidado em saúde mental em Campinas, conduzido por Rosana Onocko-Campos (2021), analisou o abandono do tratamento pelos usuários. A pesquisa revelou que os frequentadores do CAPS relatam desconforto no serviço, percebido como “não acolhedor, ameaçador, perturbador, desorganizado, abandonado, malcuidado” (2021, p. 100).

Parte 3. Avanços e desafios das políticas públicas de saúde mental



Fonte: Acervo particular do autor (2024).

Vivemos num mundo marcado entre outras coisas, por uma profunda crise das relações entre a democracia, a memória e a ideia de um futuro que possa ser compartilhado por toda a humanidade. Essa crise é agravada pela confluência entre o capitalismo e animismo, por um lado, e a recodificação um curso de todos os campos de nossa existência, no seio e por meio da linguagem da economia e da neurociência. Essa recodificação levanta dúvida sobre a ideia que fazemos do elemento humano e das condições de sua emancipação desde o século XVIII.

(Entrevista de Achille Mbembe, concedida para Arlette Fergeau em 2013)²⁰.

²⁰ Entrevista intitulado “A Europa já não é mais o centro de gravidade do mundo”. [Entrevista concedida a] Arlette Fargeau, Le Messenger, em outubro de 2023. Disponível em: < <https://www.buala.org/pt/cara-a-cara/a-europa-ja-nao-e-o-centro-de-gravidade-do-mundo>>.

3.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira: apontamentos atuais da desinstitucionalização no Brasil

As moradias residenciais funcionam, muitas vezes, como *um serviço-fim da reforma psiquiátrica*. Quando todas as alternativas falharam, encaminhamos as pessoas para elas. Claro que, dentro das moradias, realizamos um trabalho importante de desinstitucionalização, mas também vejo que muitas pessoas não sairão delas. **Atualmente, tem chegado pessoas de diversas locais, como sistema prisional ou pessoas em situação de rua.** Na leitura de muitos profissionais da equipe multiprofissional, algumas pessoas que chegam às moradias não apresentam nenhum transtorno mental; às vezes, apenas fazem uso de drogas, mas deveriam estar nas Unidades de Acolhimento Transitório. Eu acho que estamos transformando as moradias em um micro manicômio — só que agora nos serviços abertos. Não sabemos onde colocar tantas pessoas em situação de vulnerabilidade social e acabamos encaminhando-as para as casas residenciais (E-18, psicólogo, grifos meus).

Iniciamos a presente seção com o relato de um psicólogo sobre os perigos da transformação das moradias residenciais em espaços similares aos manicômios. Segundo a entrevista: "Atualmente, têm chegado pessoas de diversos locais, como do sistema prisional ou em situação de rua." Tal realidade decorre da aprovação da Portaria nº 3.588/2017, que reformulou a Portaria nº 3.088/2011, estabelecendo as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Na desinstitucionalização, definiu-se como público-alvo pessoas com histórico de internação por dois anos ininterruptos em hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas ou HCTP. Entretanto, ampliou-se o perfil dos novos ingressantes nos SRTs, incluindo pessoas oriundas dos sistemas prisionais comuns, das Unidades de Acolhimento Transitório, CTS e indivíduos em situação de rua. O critério único exigido é a presença de algum sofrimento psíquico e com histórico de internação.

Na visão de muitos trabalhadores, a nova legislação representa um risco de transformar as moradias em espaços similares aos hospitais psiquiátricos. O perfil dos novos ingressos é composto por homens em vulnerabilidade territorial e com histórico de uso de álcool e outras drogas, sem necessariamente apresentarem transtornos mentais. No

que diz respeito às pessoas que usam substâncias psicoativas e se encontram em situação de vulnerabilidade nas cidades, a RAPS prevê estratégias de cuidado por meio da Atenção Residencial de Caráter Transitório, exemplificada pela Unidade de Acolhimento para Adultos (UAA), que funciona como moradia temporária, não como uma Instituição de Longa Permanência (ILP). Os SRTs foram criados para atender pessoas em sofrimento psíquico, egressas de hospitais psiquiátricos e do HCTP, podendo servir como moradias transitórias ou permanentes. No presente, contudo, operam como centro de acolhida para perfis diversos, descaracterizando sua concepção original.

Ao longo de mais de quatro décadas da reforma psiquiátrica no Brasil, consolidou-se o entendimento sobre as transformações nas instituições psiquiátricas, que se tornaram mais humanizadas e focadas na promoção da saúde. Segundo Rosana Campos-Onocko (2019), os governos progressistas, especialmente no primeiro mandato do presidente Lula (2003–2011), realizaram investimentos significativos na RAPS. A partir de 2006, houve uma inversão nos gastos públicos: os serviços territoriais passaram a receber maior volume de recursos que as instituições asilares.

Em relação as desinstitucionalização como ferramenta depor meio da desospitalização, destaca-se que, na década da ditadura militar (1964-1985), o número de leitos hospitalares atingiu seu ápice: no ano de 1978, havia 80 mil leitos em hospitais públicos (Amarante, 2009, 2014). Atualmente, existem 10.890 leitos em hospitais psiquiátricos, representando uma redução de aproximadamente 70 mil vagas durante a reforma psiquiátrica. Permanecem 93 hospitais psiquiátricos em funcionamento e 27 ECTPs, incluindo o HCTP (Brasil, 2024). Conforme destacado a seguir:

Quadro 3. Redução dos hospitais psiquiátricos no Brasil (2012-2024)

Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total
2012	3	49	21	128	29	230
2015	3	45	23	123	28	222
2018	2	44	31	104	33	214
2021	2	58	32	100	36	228
2024	2	22	9	42	18	93

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD/SAES/MS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em 2011, foi aprovada a Portaria nº 3088, cuja última reformulação ocorreu pela Portaria GM/MS nº 3.588 de 2017, iniciando a operacionalização do sistema da rede intersetorial, denominada de Rede de Atenção Psicossocial, vinculada ao SUS. A Rede de Atenção Psicossocial opera em base territorial, regionalizada e comunitária, com a participação da União, Estados e Municípios para o funcionamento, o monitoramento e a fiscalização dos serviços que a compõem. Esse modelo de atendimento visa promover a saúde mental por meio da socialização e do fortalecimento de vínculos dentro dos territórios.

Em 2017, ocorre a aprovação da Portaria GM/MS nº 3.588, além de modificar o perfil das pessoas destinadas para a destitucionalização, alterou a reorganização dos serviços que compõem a RAPS, como a redução da Equipe Profissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades de Referência em Hospital Geral e a implementação de um novo CAPS, chamando de CAPS AD IV, destinado para casos graves e intensos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Em 2018, ocorre a aprovação da Portaria nº 2434, com reajustes para as instituições manicomiais como o Hospital Dia, sendo um hospital monovalente e com lógica do modelo asilar, indo na contramão de décadas de lutas antimanicomiais (Campos-Onocko, 2019, p.3).

A RAPS no Brasil segue as diretrizes e princípios do SUS como a universalidade garante que todos os cidadãos tenham acesso à saúde, a equidade busca atender as necessidades de saúde de forma justa e a integralidade. Atualmente, a RAPS é subdividida em sete modalidades e com diversos serviços de suporte: (1) Atenção Básica em Saúde; (2) Atenção Psicossocial Especializada; (3) Atenção de Urgência e Emergência; (4) Atenção Residencial de Caráter Transitório; (5) Estratégias de Desinstitucionalização e (7) Reabilitação Psicossocial. A RAPS tem objetivo de atuar no território com o caráter intersetorial e os profissionais da saúde mental devem oferecer apoio matricial às equipes de saúde da família, os agentes comunitários que fazem o matriciamento do território e que encaminham os usuários para os serviços públicos. Na figura e quadro a seguir apresento os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil:

Figura 2. Itinerários possíveis na Rede de Atenção Psicossocial no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde (2024).

Quadro 4. A Rede de Atenção Psicossocial no Brasil em 2024

Modalidade	Quando e como acessar?
Atenção Básica em Saúde -Unidade Básica de Saúde; -Núcleo de Apoio a Saúde da Família, apoio do matriciamento no território; -Consultório na Rua; -Apoio aos Serviços da Atenção do componente Residencial de Caráter; -Centros de Convivência e Cultura (CECOS), apoio oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade	 - Porta de acesso ao SUS; - Atenção Primária à Saúde (APS); - Prevenção e Promoção à Saúde; -Centro de Convivência e Cooperativa.

Atenção Psicossocial Especializada -Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade do Caps II, Caps III, Caps AD.	- Dispositivo central na assistência para acolhimento integral, nas quais os usuários podem permanecer para tratamento durante os estados mais agudos da doença por até 15 dias; - Consultas com a equipe multiprofissional e busca de medicamentos.
Atenção de Urgência e Emergência -Samu 192; -Salas de Estabilização; - Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e portas hospitalares à urgência/pronto-socorro; -Unidades Básicas de Saúde	- Cuidado clínico voltado para uma crise aguda e severa, como tentativas de suicídios, automutilação e outros agravo de saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório -Unidade de Acolhimento; (i) Unidade de Acolhimento para adultos (UAA) acima de 18 anos de idade, de ambos os gêneros. Podem acolher até 15 (quinze) pessoas; (ii) Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) para crianças e adolescentes. Podem acolher até 10 (dez) pessoas. -Serviço de Atenção em Regime Residencial	-Voltadas para pessoas em vulnerabilidade social e com uso nocivo e dependência de álcool e droga; - O acesso às Unidades de Acolhimento só deve ocorrer por meio dos Caps; - A previsão é que as pessoas estejam nesse espaço por até 6 meses.
Atenção Hospitalar -Enfermarias especializadas em Hospital Geral; -Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	- O cuidado hospitalar para situações de crise agudas e/ou severas decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como para pessoas com outros transtornos mentais agudizados, com e sem comorbidades clínica.
Estratégias de Desinstitucionalização -Serviços Residenciais Terapêuticos Em duas modalidades: SRT tipo I e SRT tipo II -Programa de Volta para Casa	- Destinados para pessoas com transtornos mentais que estiveram internados por mais de dois anos e interrompidos em Instituições Psiquiátricas e que necessitam de cuidado da equipe multiprofissional.
Reabilitação Psicossocial -Iniciativas de geração de trabalho e renda; -Empreendimentos solidários e cooperativas sociais; - Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO)	- Implantação e apoio ao financiamento público de projetos de geração de trabalho e renda na perspectiva da Economia Solidária;

	-Espaços culturais nas cidades, como museus, lazer, educação e programas de inclusão pelo trabalho para as pessoas com deficiência.
--	---

Fonte: elaboração própria, adaptado do Ministério da Saúde (2024).

Iniciativas que compõem as estratégias de desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso de substâncias psicoativas. Esse processo promove a inclusão social dos usuários em serviços considerados de “portas abertas” e articulados com a comunidade, em oposição ao modelo hospitalocêntrico (Stracini; Moreira, 2022, p. 70).

Os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde constituem elementos centrais no suporte ao tratamento e reintegração social das pessoas em desinstitucionalização, sob responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. A Portaria nº 3.588/2017 estabelece que municípios com população igual ou superior a 15.000 habitantes podem habilitar CAPS. A seguir, apresento as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial e Residências Terapêuticas, conforme dados da RAPS (Brasil, 2024):

- **CAPS I:** Serviço destinado para a assistência de pessoas em todas as faixas etárias que apresentam sofrimento mental grave e persistente, incluindo aquele decorrente do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas. Horário de funcionamento geralmente de 12 horas. São serviços indicados para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes;
- **CAPS II:** Serviço destinado para maiores de 18 anos que apresentam sofrimento mental grave e persistente. Horário de funcionamento geralmente de 12 horas. São serviços indicados para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes;
- **CAPS III:** Serviço destinado para maiores de 18 anos apresentam sofrimento mental grave e persistente, com leitos para as crises agudas. Horário de funcionamento de 24 horas e todos os dias da semana. São serviços indicados para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes;
- **CAPS i:** Serviço destinado para atender crianças e adolescentes que apresentam sofrimento mental grave e persistente, até 18 anos, incluindo aquele relacionado ao uso

de álcool e outras drogas, até 16 anos. São serviços indicados para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes;

- **CAPS AD:** Serviço destinado para atender pessoas maiores de 16 anos que apresentam sofrimento mental grave e persistente decorrente do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas. São serviços indicados para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

- **CAPS AD III Álcool e Drogas:** Serviço destinado para atender pessoas maiores de 16 anos que apresentam sofrimento mental grave e persistente decorrente do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas. Proporciona leitos para o acolhimento de crises aguda, com funcionamento de 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, e acolhimento noturno. São serviços indicados para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes;

- **CAPS AD IV Álcool e Drogas:** Serviço destinado para atender pessoas maiores de 16 anos que apresentam sofrimento mental grave e persistente decorrente do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas. Horário de funcionamento de 24 horas e todos os dias da semana. São serviços indicados para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes;

- **SRT tipo I:** Direcionadas às pessoas egressas de instituições e sem vínculo familiar, destinadas para pessoas com autonomia relativa do ponto de vista da saúde em geral. As moradias devem garantir até 8 vagas;

- **SRT tipo II:** Direcionadas às pessoas egressas de instituições e sem vínculo familiar, que necessitam de cuidados intensivos específicos ou possuem menor autonomia para executar tarefas diárias, portanto demandam ações mais próximas com apoio técnico diário e pessoal. As moradias devem garantir até 10 vagas.

Segundo Braga (2020), as estratégias de cuidado em liberdade devem ser exercidas no cotidiano, respeitando a forma singular de cada sujeito, especialmente, promovendo atividades nos territórios. Essas práticas se baseiam em novas formas de encontros, sociabilidade e na possibilidade concretos do cuidado em liberdade. Para a autora, além das mudanças socioculturais, há a necessidade de políticas de avaliação e aprimoramento do arcabouço político e jurídico da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Trata-se de um projeto complexo, que envolve ações coletivas para o enfrentamento dos preconceitos e estigmas. Consequentemente, a desinstitucionalização exige a inclusão por meio do trabalho, da educação, dos

movimentos artístico-culturais e da participação política. Essas ações têm configurado novas possibilidades na produção da vida e contribuído para a ressignificação da loucura e valorização da diversidade (Amarante; Torres, 2018, p. 1090).

A Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, dispõe em: 3.019 Centros de Atenção Psicossocial, subdivididos nas seguintes modalidades: CAPS I- 1.522; CAPS II- CAPSIII-146; Caps Infantil-344; Caps AD-338; Caps AD III-158 e Caps AD IV-3²¹. Dos 952 Serviços Residenciais Terapêuticos, subdivide-se em 330 moradias do tipo I e 622 moradias do tipo II e no total de 7.320 moradores. Possuem também 234 Equipes Multiprofissionais². 116 leitos em hospitais de referência como Hospital Geral, destinado para as crises agudas. Possui 86 unidades de Atenção Residencial de Caráter Transitório, subdividas em Unidades de Acolhimento, subdividais em 55 Unidades de Acolhimento para adultos (UAA) e 31 Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), responsável para acolher pessoas em situações de rua e indivíduos que fazem de álcool e outras drogas e que possuem ou não um transtorno mental (Brasil, 2024).

Quadro 5. Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde por Estados (2024)

Região	CAPS	SRT	UA/UAI²²	Equipes no CnR²³	Leitos em Hospital Geral	População (IBGE 2024)
NORTE	204	14	2	23	91	18.669.345
Acre	9	-	1	2	18	880.631
Amapá	8	-	-	4	-	802.837
Amazonas	28	11	-	3	-	4.281.209
Pará	106	2	-	9	29	8.664.306
Rondônia	21	-	-	1	12	1.746.227
Roraima	11	-	1	2	11	716.793
Tocantins	21	1		2	21	1.577.342
CENTRO OESTE	183	24	2	25	87	17.071.595
Distrito-Federal	14	-	1	6	45	2.982.818

²¹ Os Centros de Atenção Psicossocial tipo I e II, são serviços destinados para adultos nos municípios com população estimada entre 20.000 e 200.000 habitantes. Ressalta-se que o atendimento não é 24 horas. Já os CAPS tipo III, é responsável pela assistência para adultos em municípios com população acima de 200 mil habitantes, 24 horas e 7 dias por semana e apresenta-se leitos para acolhimento integral e temporário (até 15 dias) e podendo ser renovado de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (Brasil, 2024).

²² Atenção Residencial de Caráter Transitório, tem o objetivo de oferecer acolhimento voluntário de pessoas com uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar. As Unidades de Acolhimento Transitório operam em duas modalidades: para acolhimento adulto (UAA) ou acolhimento infantojuvenil (UAI).

²³ Equipes de Consultórios na Rua implantadas e habilitadas, por UF. Brasil, nov/2024.

Goiás	85	21	0	10	29	7.350.483
Mato Grosso do Sul	46	3	1	4	-	3.836.399
Mato Grosso	46	-	-	5	13	2.901.899
NORDESTE	1019	171	28	62	91	57.112.096
Alagoas	67	7	4	6	31	3.220.104
Bahia	278	17	1	13	2	14.850.513
Ceará	160	5	11	7	90	9.233.656
Maranhão	89	5	-	8	0	7.010.960
Paraíba	116	11	3	11	20	4.145.040
Pernambuco	151	104	6	10	121	9.539.029
Piauí	67	6	-	2	31	3.375.646
Rio Grande do Norte	47	4	-	4	11	3.446.071
Sergipe	44	12	3	2	29	2.291.071
SUDESTE	1.119	690	39	138	824	88.617.693
Espírito Santo	35	2	-	6	18	4.102.129
Minas Gerais	402	138	13	30	381	21.322.691
Rio de Janeiro	173	232	3	37	193	17.219.679
São Paulo	509	318	21	65	232	45.973.194
SUL	494	56	14	29	775	31.113.022
Paraná	157	17	6	9	65	11.824.665
Rio Grande do Sul	221	35	7	12	621	11.229.915
Santa Catarina	115	4	1	8	89	8.058.441
TOTAL	3.019	952	86	277	2116	212.583.750

Fonte: elaboração própria, adaptado pelo Ministério da Saúde (2024).

Os Centros de Atenção Psicossocial nas regiões do Sul e Nordeste apresentam maior Cobertura de CAPS/100 mil habitantes superior à média nacional. Rondônia é o único estado sem serviços com cobertura 24h (CAPS III ou ad III) habilitados. Mato Grosso não dispõe de CAPS ad III, enquanto Acre e Roraima, ambos na Região Norte, carecem de CAPSi habilitados (Brasil, 2024). Quanto aos Serviços Residenciais Terapêuticos, São Paulo concentra 33% das moradias do Brasil. Além do mais, a capital paulista concentra 21% dos serviços e Campinas 2,3% de todas as moradias do Estado.

Em 2024, estima-se 8.445 pessoas serão beneficiadas pelo Programa de Volta Para Casa, com 59 beneficiados na Região Norte; 712 do Nordeste; 174 do Centro-Oeste; 2.976 do Sudeste e 281 do Sul. Nas cidades de São Paulo e Campinas, grande parte dos moradores dos SRTs recebe dois benefícios: o PVC e BPC. Apesar dos avanços dos auxílios-reabilitação nos últimos anos, estudo de Strancini (2022) apontou que as pessoas internadas em hospitais não recebem nenhum tipo de benefício social, indicando cerca de 3.639 potenciais beneficiários do PVC após a desinternação. Outro ponto de dificuldade do programa é relativo à concessão dos benefícios para pessoas que estavam em situação

de rua, das comunidades terapêuticas e unidades de acolhimento transitório, muitos não atendem às exigências do PVC quanto à comprovação de dois anos de internação ininterrupta.

A Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas trouxe avanços na assistência psicossocial e representou significativo passo civilizatório ao fortalecer os direitos humanos por meio de uma rede intersetorial de cuidados. No entanto, um Relatório de Inspeção em Hospitais Psiquiátricos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com o Ministério Público do Trabalho e divulgado em 2019, apontou graves violações ainda persistentes. A inspeção em 40 hospitais psiquiátricos de 17 estados brasileiros revelou desrespeito ao cuidado integral às pessoas com sofrimento mental. O relatório identificou castigos, punições, confinamento e isolamento em espaços inadequados, medicalização excessiva, aplicação de contenção mecânica sem protocolos e, mais alarmante, casos de estupro nas instituições asilares (CFP, 2019).

Após décadas de lutas conduzidas pela reforma psiquiátrica através de diversos serviços que compõem a RAPS, iniciou-se em 2016 um processo de mudanças nas políticas públicas. Esse processo foi marcado inicialmente pela aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu um limite para despesas primárias por um período de vinte anos nas áreas da saúde e educação por vinte anos. Na saúde mental, pesquisas indicam o avanço de uma "contrarreforma psiquiátrica" (Nunes et al., 2019; Onocko-Campos, 2019; Cruz *et al.*, 2020), caracterizada pelo desmonte das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, situação agravada pela pandemia de COVID-19 e pelo subfinanciamento ou desfinanciamento do SUS.

De acordo com estudos de Nelson Cruz, Renata Gonçalves e Pedro Delgado (2020) apontam que entre 2016 e 2019, quinze documentos normativos - incluindo Portarias, Decretos, Notas Técnicas e Editais de Resoluções - foram consolidados na “Nova Política de Saúde Mental e Outras Drogas”, conforme Nota Técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS, redirecionando a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. A “Nova Política de Saúde Mental e Outras Drogas” estabelece a centralidade dos hospitais psiquiátricos, reduz financiamentos para serviços comunitários extra-hospitalares e prioriza o financiamento de comunidades terapêuticas. Essas mudanças representam um retorno ao paradigma proibicionista, enfraquecendo práticas de redução de danos e da Estratégia Saúde da Família, elementos fundamentais para o matriciamento territorial das pessoas em situação de rua e/ou uso de álcool e substâncias psicoativas (Brasil, 2018, 2019).

Duas alterações das políticas merecem uma maior atenção. Em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou a resolução 32, que reintroduziu o Hospital Dia - ambulatório para crises agudas dos usuários, porém sem a lógica territorial dos CAPS, aproveitando brechas da Lei da RBP nº 10.216/2001, onde prevê em seu artigo 4º: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Ademais, a resolução viabiliza maiores reajustes das diárias para internação em hospitais psiquiátricos. De acordo com Rosana Onocko-Campos afirma que nos últimos anos reabriram-se diversos hospitais monovalentes, contrariando acordos firmados com a Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS/OMS, constituindo instituições com práticas duvidosas de cuidados e violações de direitos humanos (Onocko-Campos, 2019, p. 1).

Destaco que a Nota Técnica 11/2019 não alterou bases legislativas das políticas públicas de saúde mental, mas estabeleceu novas diretrizes para a área. O documento propõe reorientações ideológicas, especialmente quanto às questões das drogas pela abordagem proibicionista, “guerra as drogas” e atendendo aos interesses de alguns setores da sociedade civil como as instituições religiosas, indústrias farmacêuticas e proprietários de hospitais (Passos, *et.al.*, 2023). A própria Nota Técnica descreve como: “O Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (Brasil, 2019). As portarias permanecem vigentes e não foram revogadas pelo novo no terceiro mandato do governo Lula, iniciado em 2022, particularmente devido à expansão das Comunidades Terapêuticas.

Em 2023, ocorre o decreto presidencial 11.392 criou o Departamento de Apoio a Comunidades, vinculado à Secretaria Executiva do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Diversas entidades ligadas à saúde mental, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP), criticaram o decreto. Entre os avanços da reforma psiquiátrica, destacam-se: o reajuste do valor do auxílio-reabilitação psicossocial do PVC, instituído pela Lei nº 10.708/2023; a aprovação da Lei nº 5.738/2024, que incluiu o CECCO na RAPS; a Portaria nº 2.198/2023, que estabeleceu a estratégia antirracista para a saúde mental no âmbito do Ministério da Saúde; e a Resolução CNJ 487/2023, que instituiu a política antimanicomial do Poder Judiciário, visando o fechamento gradual dos manicômios judiciais.

Quando abordamos os avanços, desafios e retrocessos das políticas públicas de saúde mental, precisamos considerar as mudanças das instituições psiquiátricas no Brasil. Nesse contexto, é fundamental abordar o neo-institucionalismo. Essa abordagem inicia um debate sobre a revolução comportamentalista, que floresceu entre 1920-1930 no campo das Ciências Sociais, Humanas e Psicologia, contribuindo com reflexões sobre as políticas públicas a partir dos ideários em que os sujeitos tomam decisões baseados nos seus interesses e em suas experiências cognitivas e subjetividades. As tomadas de decisões são consideradas como escolhas racionais para implementação de políticas públicas e sociais, embora não fossem vistas como irracionais pelos intelectuais da psicologia experimental. Nesse contexto, o comportamento dos indivíduos e das políticas públicas pode ser compreendido como interações entre sistemas de política, o sistema político e de sociabilidade, no decorrer de ciclos políticos, principalmente por meio da “alocação autárquica de valores da sociedade” (Easton, 1953).

Os intelectuais do neo-institucionalismo receberam influência de pensadores como Max Weber, Alexis de Tocqueville e Jean-Jacques Rousseau (Immergut, 2007). Suas reflexões sobre o papel do Estado e das democracias liberais abordam questões fundamentais: como os atores se comportam? O que fazem as instituições? Por que as instituições se mantêm? (Peres, 2008). As correntes do novo institucionalismo, embora dialoguem com marxistas, pluralistas, culturalistas e teóricos das elites - todos interessados no papel do Estado -, não constituem um campo homogêneo. Elas criticam comportamentalistas e utilitaristas que explicam a ação coletiva pelo conjunto de interesses individuais e sua influência nas decisões dos atores sociais e instituições.

O novo institucionalismo baseia-se em duas lógicas: a estratégica (calculadora) e cultural cívica e garantia de direitos. Dentro dessa perspectiva, as escolhas racionais inserem-se na dinâmica estratégica como as regras do jogo, interesses individuais agrupados que promovem uma mobilização coletiva (Oslon, 1999), resultando em benefícios comuns (Arrow, 2000). Os neo-institucionalistas apresentam duas perspectivas sobre as escolhas do cálculo racional e cultural (Mahoney; Rueschmeyer, 2003, 2006; Mahoney; Then, 2010).

Na visão da corrente sociológica, denominado como teoria das organizações, corrente sociológica influenciada pelas ideias de Max Weber, destaca-se a importância das instituições quanto aos papéis dos atores estatais e o papel dos servidores públicos como atores fundamentais para o ordenamento público. Assim, o Estado vincula-se à forma das organizações estatais e à "racionalidade abstrata de fins e meios (burocracias)

e as esferas influenciadas por um conjunto variados de práticas associadas à cultura" (Peres, 2008, p.207). Em outras palavras, a interação entre Estado e seus agentes molda as decisões das instituições e da política, sendo responsável pela mediação dos conflitos para a eficácia das agendas, políticas e práticas culturais.

Na perspectiva do novo institucionalismo sociológico considera a cultura é vista como uma rede de hábitos, símbolos, signos e cenários que fornecem modelos comportamentais para compreender a dinâmica do jogo político. A relação entre instituições e a ação individual ocorre em duas dimensões: na normativa, os indivíduos desempenham papéis específicos, influenciando condutas e mantendo a estratificação social; paralelamente, as instituições moldam não apenas as normas de atuação, mas também constroem identidades e valores individuais e coletivos.

O pensamento sociológico contribuiu para o campo da saúde mental, devido ao interacionismo físico e simbólico. As normas sociais orientam as ações dos atores, e por meio das interações, os sujeitos constroem suas identidades em relação ao poder, violência e controle. Um autor crucial que analisou as instituições foi o sociólogo Erving Goffman (2015), ao estudar hospícios, campos de concentração, entidades religiosas e organizações militares, onde as instituições totais produzem práticas culturais que marcam a rígida hierarquização e normatização dos corpos. No caso dos indivíduos em sofrimento psíquico, essas instituições podem produzir a carreira institucionalizada do “doente mental”, levando a estigmatização ou “mortificação do eu” (Goffman, 2015; Amarante, 2007, p.54).

O neo-institucionalismo histórico, também denominado estruturalista, analisa as relações de poder dos atores sociais e políticos inseridos na sociedade, principalmente pela análise histórica comparada, considerando que não apenas a história, mas também o tempo são relevantes (Pierson, 2004). As instituições compõem-se de interesses diversos e distribuição de poder, possibilitando mudanças no contexto político por meio de vetos, transformações institucionais (interpretações e sua aplicação) e ação dos atores dominantes (Peters, 1998).

Uma vez adotada uma trajetória específica, seria necessário um grande esforço ou até mesmo um choque externo para alterar a direção e o curso das instituições no futuro. Nessa perspectiva, os autores Hall e Taylor (1996) argumentam que os institucionalistas históricos associam-se a uma perspectiva particular de desenvolvimento histórico, defendendo um modelo de causalidade social que é dependente da trajetória, denominada como “*Path Dependence*”. Tal conceito, refere-se

o quanto fatores históricos, quando inseridos em um determinado momento, influenciam os resultados das políticas e percursos institucionais. As instituições, ao iniciarem sua trajetória, envolvem-se progressivamente com o caminho escolhido e, ainda que essa trajetória seja irreversível, os desafios emergentes reforçam sua escolha inicial, rejeitando “o postulado tradicional de que as mesmas forças operativas gerarão os mesmos resultados em todos os lugares em favor da visão de que o efeito de tais forças será mediado por características contextuais de uma dada situação frequentemente herdadas do passado” (Hall; Taylor, 1996, p.941).

Para finalizar, Pierson (2004), as mudanças de trajetórias decorrem de alterações político-institucionais entre categorias e dimensões causais. Os fenômenos temporais incluem desastres ambientais (dimensões causais e temporal curtas), meteoros (dimensão causal curta e temporal longa), terremotos (dimensão causal longa e temporal curta) e questões ambientais como o aquecimento global (dimensões causais e temporal longas). Os fenômenos que melhor descrevem as dinâmicas sociais são aqueles com horizonte temporal mais extenso, como as mudanças climáticas global. As categorias de análise compreendem: processos cumulativos (dimensões causais e temporal longas), cadeias causais com efeitos limiares (dimensão causal longa e temporal curta), efeitos limiares (dimensão causal curta e temporal longa) e efeitos estruturais (dimensões causais e temporal curtas).

3.2 Rede de Atenção Psicossocial nos municípios de Campinas e São Paulo

A criação de um sistema de saúde universal, integral e gratuito representa a garantia do direito à saúde em um país marcado por desigualdades no Brasil. Destaco também as desigualdades no âmbito estadual e municipal: cidades com maior poder econômico conseguem investir melhor na estruturação dos serviços (Arretche, 2015). Por conseguinte, os efeitos da Emenda Constitucional nº 95 são bem frequentes nos serviços e, especialmente as relações público-privadas.

Os serviços da RAPS já nasceram administradas pelas Organizações Sociais da Saúde, mas ao longo das entrevistas diversos trabalhadores mencionaram a expansão do terceiro setor também para as UBS nos últimos anos, o que constitui como a mercantilização da saúde, alinhando-se aos interesses da privatização e do modelo neoliberal. Esses fatores contribuem diretamente para a regressão na proteção de direitos

trabalhistas, para o enfraquecimento da participação política de minorias e populações em situação de vulnerabilidade social, e, conseqüentemente, para o agravamento das condições de vida da população (Brown, 2019; Dardot; Laval, 2016).

As Organizações Sociais da Saúde foram implementadas no país por meio da aprovação da Lei Federal nº 9.637, de 1998, implementou as Organizações Sociais da Saúde no país, criando a possibilidade de regulamentar instituições do Terceiro Setor. Estas se constituem como entidades sociais sem fins lucrativos para prestar assistência em diversos serviços, como saúde e educação, entre outros. Elas atuam mediante contratos com os estados e municípios. Ao longo das décadas, essas organizações se consolidaram e passaram a influenciar diretamente a relação entre o Estado e a participação da sociedade na gestão dos serviços públicos. Conforme o artigo 1º da referida lei:

O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta lei (Brasil, 1998).

De acordo com Telma Menucci e Sandra Gomes (2018) apontam que uma conjuntura financeira e econômica desfavorável marcou o início da operacionalização do SUS. Embora criado para ser um sistema igualitário, gratuito e universal, sua implementação coincidiu com a instabilidade econômica do período, no contexto das transformações da Reforma do Estado entre 1994 e 1995. As autoras destacam que os recursos de financiamento não asseguravam a efetivação dos princípios constitucionais, comprometendo o acesso equitativo à saúde e os processos de descentralização e regionalização do SUS (Menucci; Gomes, 2018).

As OSS surgiram com a proposta de promover a descentralização da gestão dos serviços públicos em todo o território nacional. Segundo Bresser-Pereira (1999), o modelo do Terceiro Setor poderia representar uma alternativa viável, configurando-se como um espaço intermediário entre a administração pública estatal e a privada, um modelo considerado como “público não estatal”. Indo em direção aos estudos do Donadone e Baggenstoss (2017), “as parcerias entre Estado e sociedade reproduzem transformações sociais, políticas e econômicas, e a descentralização promovida abre portas para a participação da sociedade no processo de gestão estatal sob novas

configurações" (2017, p. 133). Nessa perspectiva, a chamada “terceira via” representaria um rearranjo do papel estatal, no qual o Estado deixaria de ser o principal protagonista na administração direta dos bens públicos - como nos serviços de saúde -, assumindo prioritariamente funções regulatórias e fiscalizadoras por meio do Tribunal de Contas da União e das esferas estaduais e municipais.

Nesse contexto, o que está em jogo são as relações de poder alinhadas ao modelo neoliberal, refletindo o progressivo afastamento do Estado de sua responsabilidade pública. As críticas dirigidas às OSS concentram-se, principalmente, nos desafios relacionados à transparência e ao controle da gestão. Destacam-se a dificuldade de acesso aos contratos firmados com instituições privadas e escassez do planejamento, fiscalização, supervisão e controle da aplicação dos recursos públicos. Durante a pesquisa, constatou-se a falta de transparência na remuneração dos trabalhadores das OSS, especialmente quanto ao Conselho Diretor. Essa falta de transparência financeira dos recursos públicos ao terceiro setor, culminou com a criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) em 2018, no âmbito estadual, pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP).

A partir dos anos 2000, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) passaram a executar grande parte dos serviços da política de saúde mental nos municípios de São Paulo e Campinas. Nesse contexto, os Serviços de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em Campinas, estabeleceram um contrato de cogestão no final da década de 1990. Em São Paulo, o Fundo Municipal de Saúde (Fumdes), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, foi criado pela Lei nº 10.830/1990, durante a gestão da prefeita Luíza Erundina (1989–1992), sendo posteriormente modificado pela Lei nº 13.563/2003, na gestão da prefeita Marta Suplicy (2001–2004), posteriormente o modificou. Entrevistas com trabalhadores da cidade de São Paulo revelaram que a construção dos serviços de saúde mental iniciou durante a gestão de Erundina.

Na cidade de São Paulo, diversos citaram a precarização das condições de trabalho sob a égide do neoliberalismo. Segundo Wendy Brown (2019), o neoliberalismo contemporâneo é um modelo de difícil concepção, simultaneamente ultracapitalista, ultraneoliberalista e conservador, que promove a destruição da dimensão social, resultando no enfraquecimento dos direitos, justiça social e da liberdade. A autora enfatiza que é pela política que os indivíduos reivindicam suas condições de liberdade: “A política nos conecta além dos laços pessoais e das trocas de mercado. Nela praticamos ou falhamos praticar a justiça, a liberdade e o cuidado; na política que a igualdade,

essencial à democracia, é construída e desconstruída” (Brown, 2019, p.53). Assim, a racionalidade neoliberal gera conflitos nas relações do trabalho e reorganiza o Estado, como expressam alguns trabalhadores sobre as ambivalências a respeito das OSS:

Os trabalhadores da saúde, contratados pelas OSS chegam com a ideia de atuar por um curto período, eles querem mesmo atender em clínicas particulares ou hospitais como o Sírio-Libanês ou Einstein. Tenho a sensação de que os trabalhadores das OSS ***não seguem a lógica de um trabalho em rede***. Acho que as pessoas ainda não entenderam que a saúde mental funciona em rede e possui diversas formas de administração, mas tudo isso faz parte do SUS. Parece que há uma ideia de que quem apresentar os melhores resultados para o município, ganhará mais espaço em determinada região (E-10, técnica de saúde);

O processo de terceirização dos serviços já caminha na contramão do projeto da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, estimular direitos políticos, reivindicações, ***a conscientização dos trabalhadores e atuação nos movimentos sociais não é algo que profissionais sem estabilidade consigam realizar***. Se os trabalhadores das OSS organizarem uma greve, certamente sofrerão punições e até demissões. A OSS não irá investir em cursos de capacitação dos trabalhadores, tampouco manter um quadro de bons profissionais. Por exemplo, eu realizei várias especializações custeadas pelo município, assim como muitos outros colegas, e devolvi esse investimento para a população através do meu trabalho, dediquei a minha vida toda para o funcionalismo público (E-5, psicóloga, grifos meus);

Numa grande metrópole acredito que há a necessidade das OSS e uma maior variedade de instituições em todo o município, nenhuma monopoliza todo o município. No entanto, trabalhar em uma OSS é bastante desafiador. Dependendo da gestão municipal, a organização pode ser vista ora como aliada, ora apenas como prestadora de serviço. Além disso, ***os trabalhadores precisam atuar sob uma lógica empresarial, dentro de uma dinâmica de sobrevivência***, buscando garantir a preservação de seus empregos (E-1, gestor do CAPSad, grifos meus).

Os discursos dos trabalhadores apontam para a precarização das condições de trabalho, os conflitos envolvendo as relações público-privadas e o papel da descentralização dos serviços em todo o território. Dessa forma, Graça Druck (2013) sintetiza alguns pontos centrais do neoliberalismo nas relações organizacionais: (i) a mercantilização da força laboral, a destituição de direitos trabalhistas, o desemprego, os subempregos e as exaustivas jornadas, que ocasionam o adoecimento dos trabalhadores; (ii) os padrões de gestão e organização laboral, marcados pela articulação entre as esferas pública e privada; (iii) as condições de insegurança e saúde no ambiente profissional e os impactos dos modelos de desenvolvimento e do uso de tecnologias; (iv) o isolamento e a perda de enraizamento e de vínculos da categoria profissional, resultantes do enfraquecimento dos movimentos sociais e das lutas sindicais; (v) a violação de direitos trabalhistas, por meio do desmonte da CLT e do surgimento de novas formas de exploração no cenário laboral contemporâneo.

Um estudo publicado em 2022 sobre o Censo das Organizações Sociais de Saúde no Brasil estimou a existência de 1.074 estabelecimentos administrados por serviços terceirizados, dos quais 1.015 mantinham contratos ativos em 2018. O levantamento utilizou dados dos sítios eletrônicos das secretarias estaduais e municipais de saúde em todas as regiões do país e com dados do IBGE. Os resultados demonstram que as Organizações Sociais concentram-se nas regiões Sudeste e Sul do país, representando 69% do total (Barcelos, 2022). Além disso, revelou que no estado de São Paulo destaca-se pelos melhores resultados em termos de transparência pública das Organizações Sociais de Saúde, sob fiscalização e auditoria da Secretaria de Estado da Saúde e do Tribunal de Contas do Estado. A seguir, apresento os dados das OSSs atuantes na RAPS nos dois municípios propostos pela pesquisa, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DataSus) em 2025:

Quadro 6. Caracterização das Organizações Sociais de Saúde em Campinas e São Paulo em 2024

OSS	Ano da criação	Ano da qualificação	Caracterização	Gestão	Diretor Presidente	N. de contratos (2022)
São Paulo- SP						
SPDM- Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	1933	1998	Entidade privada de fins não lucrativos de apoio a mantenedoras (filantrópica)	Municipal/ Estadual	Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira (Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Unifesp)	71
ASF- Associação Saúde da Família	1992	1998	Entidade privada de fins não lucrativos	Municipal/ Estadual	Dr. Ricardo Oliva (Médico Sanitarista)	44
SECONCI- Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo	1964	1998	Serviço social autônomo ligado ao grupo empresarial (filantrópica)	Municipal/ Estadual	Maristela Alves Lima Honda (Diretora das empresas JHD Construções Ltda. e OITI Technologies Ltda)	39
AFNE- Associação Filantrópica Nova Esperança	2003	2003	Entidade privada de fins não lucrativos de apoio a mantenedoras (filantrópica)	Municipal/ Estadual	Lucas Sartori (Formado em Administração pela FGV-SP)	26
SBCD- Sociedade Beneficente Caminho de Damasco	1939	1998	Entidade privada de fins não lucrativos de apoio a mantenedoras (filantrópica)	Municipal/ Estadual	Dr. Francisco Le Voci (médico associado a Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica)	25
INTS- Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde	2009	2009	Entidade privada de fins não lucrativos ligado ao grupo empresarial (filantrópica)	Municipal/ Estadual	Alan Kertzman (Formando em Administração pela INSPER-SP)	24

Santa Marcelina- Casa de Saúde Santa Marcelina	1832	2003	Entidade privada de fins não lucrativos de apoio a mantenedoras (filantrópica)	Municipal/ Estadual	Irmã Rosane Ghedin	21
Monte Azul- Associação Comunitária Monte Azul	1979	2009	Entidade privada de fins não lucrativos de apoio a mantenedoras (filantrópica)	Municipal	Renate Keller Ignacio (Pedagoga e arte-educadora)	12
Fundação ABC- Fundação do ABC	1967	2006	Entidade privada de fins não lucrativos de apoio de mantenedoras (filantrópica)	Municipal/Estadual	Dr. Luiz Mário Pereira de Souza Gomes (Advogado)	09
Campinas -SP						
CEJAM- Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim”	1991	2022	Entidade privada de fins não lucrativos ligado ao grupo empresarial (filantrópica)	Municipal	Profa. Dra. Janete maculevicius (Nutricionista e Diretora do Departamento de Nutrição do HC da USP-SP)	06
SSCF- Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”	1924	2003	Entidade privada de fins não lucrativos de apoio de mantenedoras (filantrópica)	Municipal	Dra. Rafael Manrique (Terapêutica Ocupacional)	1 contrato de cogestão

Fonte: Elaboração própria, adaptado do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DataSus) 2025.

No município de São Paulo, existem 277 contratos com as OSS em 2022. As principais organizações atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial e SRTs, são: (1) Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), responsável pelo Hospital São Paulo, Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo; (2) A Associação Saúde da Família; (3) Santa Marcelina, mantenedora do Hospital Santa Marcelina, referência na região Leste da cidade de São Paulo; e (4) Monte Azul; (5) Fundação ABC (FABC), mantenedora da Faculdade de Medicina do Grande ABC; e (6) Hospital Israelita Albert Einstein, que gerencia diversos hospitais privados e

administração de serviços públicos. Em Campinas, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, sob um contrato de cogestão com a prefeitura desde a década de 1990.

O município de São Paulo-SP possui 6 Coordenadorias Regionais: Norte, Oeste, Sudeste, Sul, Leste e Centro, além de 96 distritos sanitários. Campinas-SP conta com 5 Coordenadorias Regionais: Norte, Sul, Leste, Nordeste e Sudeste, conforme ilustram a Figura 2 (Rede de Atenção Psicossocial em Campinas-SP) e a Figura 3 (Coordenadorias Regionais em São Paulo-SP).

Figura 3. A Rede de Atenção Psicossocial em Campinas- SP



Fonte: Serviços de Saúde Dr. Cândido Ferreira (2024)²⁴

²⁴ Relatório anual de atividades 2024. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1IsvEsmQobANGCx1c5QH95oHdrrZ0MjYr/view>>.

Figura 4. Coordenadorias Regionais de Saúde em São Paulo - SP



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2025)²⁵.

²⁵ Dados mais completos dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde da Rede Municipal de São Paulo. Disponível em: <https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/epidemiologia_e_informacao/mapoteca/32424>.

A Rede de Atenção Psicossocial de São Paulo- SP é composta por: 101 Centros de Atenção Psicossocial, sendo 35 Caps AD; 33 Caps Infanto-Juvenil e 33 Caps adultos; 73 Serviços Residenciais Terapêuticos com aproximadamente de 653 moradores; 15 Unidades de Acolhimento Transitório; 13 hospitais gerais com capacidade de 165 leitos, 33 equipes multiprofissionais, incluindo enfermagem de psiquiatria, consultórios na rua e 24 CECCO. Em Campinas, a RAPS ocorre por meio de um contrato de cogestão desde o final da década de 1990, entre a Prefeitura Municipal e o Cândido Ferreira, dispõe de: 6 Caps III; 3 Caps AD; 2 Caps Infanto-Juvenil, 20 SRTs e 5 CECCO²⁶. Tais serviços são responsáveis pela assistência básica a uma população estimada em torno d 1.080.112 habitantes²⁷.

Quadro 7. Dados da Atenção Psicossocial em São Paulo e Campinas (2024)

Região	Caps/ Leitos	SRT/ moradore s	Unidades de Acolhiment o Transitório	Equipe ou profissio nais	Leitos/Hospit al Geral ²⁸	CECCO	Pop.
SÃO PAULO							
Norte	15/42	16/132	-	-		7	2.534.762
Leste	21/43	17/162	-	-		4	2.392.968
Oeste	10/26	08/67	-	-		2	1.039.33
Centro	7/66	01/10	-	-		-	431.106
Sudeste	24/49	13/111	-	-		6	2.661.047
Sul	24/96	18/171	-	-		5	2.584.762
Total	101/322	73 / 653	15 UAA Adulto/01 UAIJ	33 equipes	165/13	24	14.178,73 7
CAMPINAS²⁹							
Norte	01/08	02/17	-	59	-	-	200.000

²⁶ Dados obtidos pela transparência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira em Campinas. Disponível em: <<https://candido.org.br/candido/transparencia/>>.

²⁷ Dados obtidos pelo portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>.

²⁸ Dados obtidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cid>>.

²⁹ Dados obtidos pelo Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1IsvEsmQobANGCxl5c5QH95oHdrrZ0MjYr/view>>.

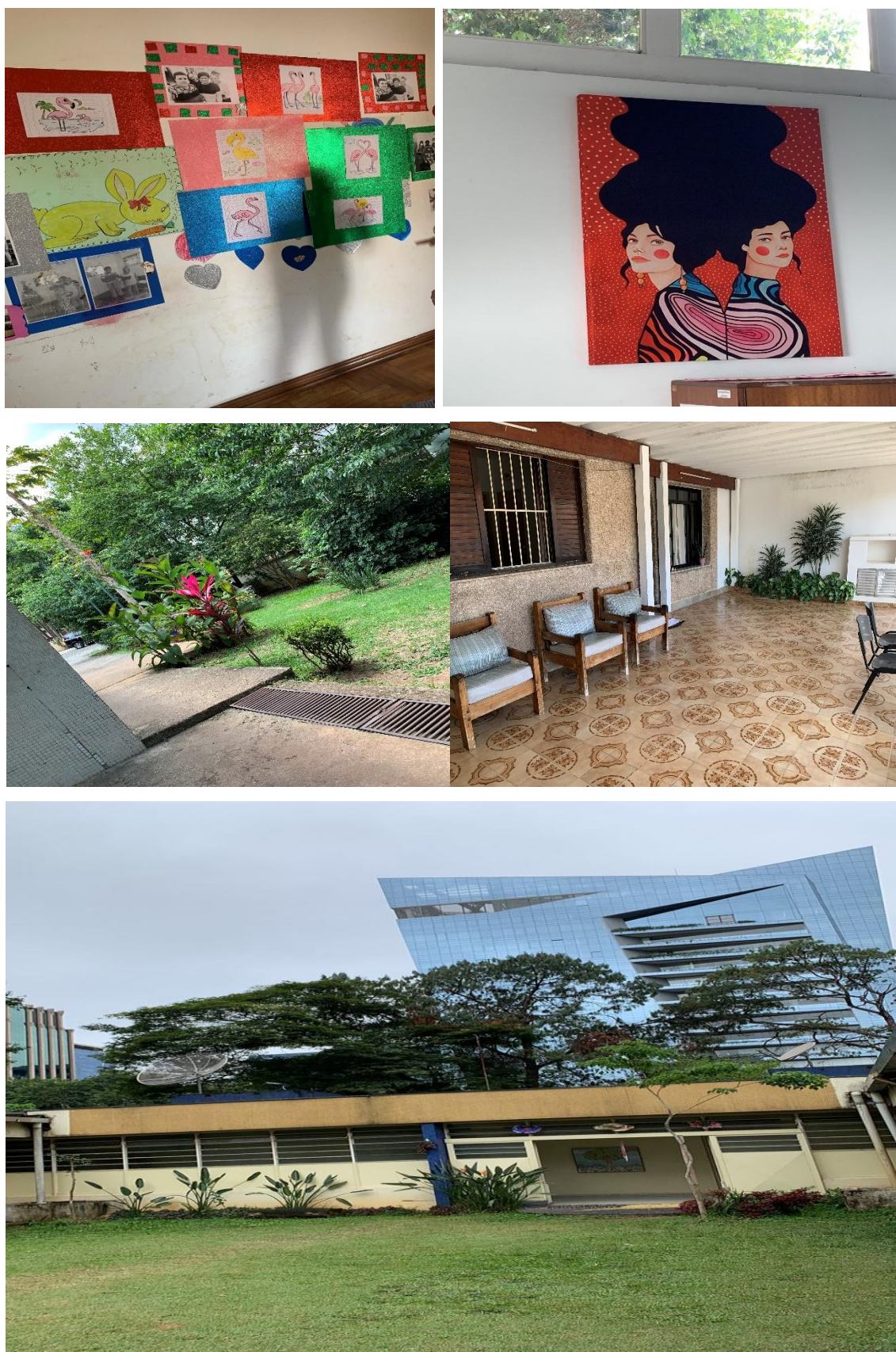
Sul	02/16	02/18	01 UAA	120	-	02	260.000
Leste	03/16	03/22	-	132	-	01	248.939
Noroeste	02/16	03/20	-	110	-	01	145.000
Sudeste	03/16	05/37	-	144	-	01	260.000
Distrito de Sousas (Sede)	-	05/48	-	89	-	-	20.000
Total	11/71	20/162	01	654 profissionais	03/28	05	1.113,939

Fonte: Elaboração própria, adaptado do Relatório Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira (2024) e Secretaria Municipal de São Paulo (2025).

O CAPS de Campinas, onde realizei as entrevistas com os trabalhadores, foi o primeiro CAPS 24 horas da cidade. O serviço abrange 34 bairros com diferentes características sociodemográficas e é referência para os distritos de Barão Geraldo e Nova Aparecida. Diante dessa ampla cobertura, muitos trabalhadores relatam não conseguir atender a toda demanda.

Em ambas as cidades, os serviços do CAPS e os SRTs funcionam em casas alugadas, localizadas em diferentes bairros residenciais, com perfis variados de classe social. Os valores mensais dos aluguéis variam entre R\$ 7 mil e R\$ 15 mil. De modo geral, todos os trabalhadores da saúde apontaram que as casas possuem boa infraestrutura, são de fácil acesso ao transporte público e estão próximas a comércio locais. Todavia, muitos relataram problemas relacionados à falta de manutenção — realizada por empresas terceirizadas e, principalmente, dificuldades na locação de novos imóveis, pois diversos proprietários resistem a alugar para este serviço. Por fim, apresento uma compilação de fotos dos serviços nos dois municípios.

Figura 5. Compilação de imagens dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Acervo pessoal do autor (2025).

3.3 Nó da Reforma Psiquiátrica: os manicômios judiciários e as Comunidades Terapêuticas

Nesta seção, apresento os desdobramentos atuais da Política Nacional de Saúde Mental e Outras Drogas, com base na Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, em 2023, que institui a política antimanicomial no Judiciário brasileiro. A resolução prevê o fechamento gradual e definitivo dos leitos nas instituições denominadas Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs). Além disso, proponho uma breve reflexão das Comunidades Terapêuticas no Brasil, serviços considerados como unidades de acolhimento transitório na reforma psiquiátrica, destinadas às pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas.

Apesar dos avanços da reforma psiquiátrica voltada à desinstitucionalização e a aprovação da Resolução 487/23 do CNJ, ainda existem pessoas internadas em hospitais de custódia e alas de tratamento psiquiátrico. Esse é um conflito histórico envolve o judiciário e os serviços de saúde mental. Os HCTP são destinados para pessoas que cometeram infrações penais e apresentam transtornos mentais graves e/ou persistentes têm sua condição psíquica avaliada - não recebem penalização jurídica, mas são declarados inimputáveis ou semi-imputáveis e encaminhadas para hospitalização mediante medidas de segurança (Brasil, 1940).

O Código Penal brasileiro, prevê que, apesar de serem consideradas total ou parcialmente incapazes de entender o seu ato inflacionário como criminalidade e periculosidade, cabendo uma medida de segurança, que consiste na internação em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) – Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e, na ausência deles, Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) – ou no tratamento ambulatorial nas redes pública ou privada de saúde (Brasil, 1940). A internação e o tratamento ambulatorial destinados para os ECTPs, segue em consonância com o artigo 97, §1º, do Código Penal, ocorrem por tempo indeterminado e têm prazo mínimo de um a três anos (Brasil, 1940). Esse prazo refere-se ao tempo determinado pelo juízo para que haja uma reavaliação da pessoa com algum tipo de transtorno mental e que cometeu algum ato que viola o código penal, portanto, pessoa considera em conflito com a lei.

Em relação às internações compulsórias por meio da medida de segurança nos HCTPs, essas instituições são consideradas híbridas entre os campos da saúde e da justiça no contexto das internações compulsórias por medida de segurança. O primeiro Hospital

de Custódia brasileiro foi inaugurado em 1921, no Rio de Janeiro. Na década de 50, em homenagem ao seu primeiro diretor, a instituição recebeu o nome de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, na cidade do Rio de Janeiro (RJ) e somente em 1986 passou a denominar-se oficialmente Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Carrara, 1998). Com o Código Penal de 1940, estas instituições começaram a executar a medida de segurança - sanção penal direcionada a pessoas consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis, conforme perícia médica e por meio do Exame de Verificação da Cessação de Periculosidade (EVCP), estabelecido pelo Código Penal (Brasil, 1940). O censo de 2011 dos HCTPs registrou 3.989 pessoas em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sendo 92% homens, 7% de mulheres e 44% autodeclaradas pretas e pardas (Diniz, 2013).

O Código Penal define a pessoa inimputável no artigo 26: “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (Brasil, 1940). Quando a pessoa é considerada inimputável mediante laudos da medicina forense determinam a inimputabilidade, levando à aplicação de medidas de segurança baseadas na avaliação de periculosidade através do EVCP. Este exame avalia a capacidade para os atos cometidos, cabendo ao médico a responsabilidade de indicar a condição de inimputável ou semi-imimputável, aspecto considerado na decisão final da sentença jurídica.

A consequência jurídica, no caso da semi-imputabilidade, há a condenação com redução de pena (de um a dois terços) ou substituição por medida de segurança (art. 98 do Código Penal). Se a pessoa for considerada como inimputável, diante da inimputabilidade, o artigo n. 26 do Código Penal prevê sua absolvição, sendo submetido à medida de segurança devido à periculosidade social (Brasil, 1940). Em suma, as medidas de segurança são as sanções aplicáveis a pessoas em sofrimento psíquico e que cometeram infrações penais e não foram penalizadas. A inimputabilidade ou semi-imputabilidade, prevista no art. 26 do Código Penal, que define a condição da inimputabilidade. A inimputabilidade é reconhecida após instauração do incidente de insanidade mental e a realização de um exame médico-legal. Com essa condição confirmada, instaura-se a medida de segurança, conforme previsto no Código Penal, nos artigos 96 a 99, como apresentado a seguir:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Brasil, 1940).

As medidas de segurança e as internações nos HCTPs, observa-se que, na prática, funcionam não como instituições de saúde mental, mas sim como sistemas prisionais, reproduzindo a lógica de instituições privativas de liberdade através de mecanismos de violência, controle social e punição (Diniz, 2013). Um dos principais aspectos críticos dessas práticas é a violação dos Direitos Humanos e o descumprimento da Lei nº 10.216/2001, que trata da proteção e os direitos das pessoas com experiência de transtornos mentais, especialmente em seu artigo 4º, que estabelece: “§ 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, como ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (Brasil, 2001).

As medidas podem ser impostas por tempo indeterminado e permanecem até que seja verificado, por perícia médica, o encerramento da periculosidade do internado. Todavia, a lei determina que a internação ou o tratamento devem durar entre 1 e 3 anos. A medida de segurança é finalizada mediante a cessação da periculosidade, cabendo ao sistema judiciário e laudos psiquiátricos determinar sua imposição na avaliação do caso, considerando o risco presumido de reincidência criminal. A medida será extinta apenas quando um laudo atestar a cessação do transtorno mental ou do risco; caso contrário, a internação será mantida, representando na prática para muitas pessoas uma prisão perpétua para muitos indivíduos (Quinaglia; Calegari, 2018). Dessa forma, as medidas de segurança representam a dicotomia entre sanidade e periculosidade, naturalizando a atuação do Estado, que a priva de liberdade, por meio do Exame de Verificação da Cessação da Periculosidade:

Ocorre que a medida de segurança figura como espécie de sanção penal, razão pela qual ela só pode ser aplicada por um juiz de direito após o regular trâmite do processo penal e desde que preenchidos os seus requisitos legais, que são: (I) a prática de um injusto penal (ou seja, um fato típico e antijurídico); (II) a comprovação de inimputabilidade ou semi-imputabilidade por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto (o que se dá por meio de perícia: o exame de sanidade mental); (III) e, por fim, a periculosidade do agente. E é exatamente aí, no último requisito, que se encontra o grande problema das medidas: afinal, no que consiste a tal periculosidade criminal? (Lebre, 2013, p. 274).

Os HCTPs são intrinsecamente conflitantes no contexto da reforma psiquiátrica, pois mantêm características de instituição asilar, e não de saúde. O debate sobre a desinstitucionalização das pessoas vindas dos hospitais judiciários para os serviços de base comunitária revela a falta de diretrizes e de diálogo entre o Ministério Público do Estado de São Paulo, a Secretaria de Administração Penitenciária de SP e os serviços da RAPS. Quando o Poder Judiciário determina a desinternação, as pessoas são direcionadas aos municípios com vagas em residências terapêuticas, sem uma equipe mediadora entre o Judiciário e os trabalhadores da RAPS. Os egressos dos HCTPs devem permanecer nos SRTs por, no mínimo, um ano, até que o juiz suspenda a medida de segurança. Essa judicialização da saúde evidencia os desafios enfrentados e as lacunas deixadas pela reforma psiquiátrica, como apontado pelos profissionais.

A falta de diálogo com o Judiciário nos processos de desinstitucionalização é muito grave. Acredito que nenhum trabalhador é contrário em receber as pessoas dos hospitais de custódia, mas precisamos fazer de uma forma ordenada, coletiva e responsável. Os egressos da HCTP, em sua maioria, são pessoas com transtornos mais severos e com histórico de agressões e violências graves. *Não podemos estigmatizar, mas também não podemos romantizar o transtorno mental, alguns casos uma pessoa em crise se torna mega agressiva.* O Judiciário frequentemente oculta as trajetórias dessas pessoas. Recentemente, atendi um novo morador egresso do HCTP, sem nenhuma informação sobre a sua vida e diagnósticos. O usuário apresentava questões neurológicas e os familiares também se recusaram

em passar informações do passado e das internações psiquiátricas. Enfim, eu fiquei sem chão, é impossível realizar um cuidado adequado sem essas informações básicas das pessoas (E-11, psicólogo, grifos meus).

As pessoas que chegam dos hospitais de custódia, mesmo com todas as limitações da medida de segurança, têm mostrado um caminho interessante: algumas conseguem organizar a sua vida e deixar as moradias. Um morador conseguiu um trabalho enquanto estava em medida de segurança, após o término ele decidiu morar sozinho. Porém, foi um trabalho realizado somente com os trabalhadores do CAPS e sem o auxílio do Ministério Público. O Poder Judiciário não divulga os prontuários das pessoas, acho isso nada democrático. Por outro lado, compreendo os motivos do Judiciário, eles estão adotando o processo da reforma psiquiátrica em suas instituições, realizando a desinstitucionalização e muitas vezes o maior entrave é a própria RAPS, *se os profissionais de saúde souberem de toda a história dos pacientes, talvez houvesse resistência dos serviços em aceitá-los* (E-18, psicólogo, grifos meus).

Durante as entrevistas realizadas junto aos profissionais, notei que os egressos dos HCTPs suscitam maiores ambivalências. Alguns trabalhadores demonstraram-se favoráveis a recebê-los nas moradias, outros manifestaram resistência, principalmente devido à concepção de uma dupla estigmatização: são pessoas em conflito legal e que vivenciam sofrimento psíquico, frequentemente associadas à periculosidade, inclusive nos serviços extra-hospitalares. Ademais, identifiquei os paradoxos da categorização da loucura, inserida na tentativa de estabelecer uma normalidade socialmente aceita pelos próprios trabalhadores. Quando um usuário possui transtorno mental, mas não apresenta episódios recorrentes de crise, raramente entra em conflito com a equipe. Em contrapartida, caso o morador demonstre mais autonomia e questione normas da casa ou tenha crises frequentes, enfrentará mais disputas e conflitos com os profissionais.

De modo geral, as críticas também se concentraram com falta de diálogo com o Poder Judiciário e na restrição da autonomia para definir a modalidade de moradia adequada. As decisões judiciais determinam somente moradias do tipo II, com profissionais em período integral. Entretanto, segundo gestores e trabalhadores, parte

desses residentes poderia habitar moradias do tipo I, voltadas a pessoas com maior autonomia. Dessa forma, um trabalhador demonstra os desafios cotidianos da desinstitucionalização dos egressos do HCTP: “Me sinto mais como uma vigilante ou carcereira. Somos responsáveis por acompanhar os usuários nos territórios, mas, na prática, os moradores com autonomia saem sozinhos. Um morador recém-chegado do HCTP tem bastante autonomia, mas, devido à medida de segurança, precisamos acompanhá-lo nas saídas, consequentemente não conseguimos, não conseguimos fazer com a frequência necessária. Ele já mencionou diversas vezes - ***Vocês me tiraram de uma prisão e me colocaram em outra***” (E-7, técnica de enfermagem, grifos meus).

Em relação à falta de diálogo com o Poder Judiciário, o Estado de São Paulo, que possui o maior número de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) do país, não dispõe de equipe para acompanhar o processo de desinstitucionalização dos egressos. Os dados da Secretaria da Administração Penitenciária paulista indicam aproximadamente 2.160 pessoas estejam nessas instituições em 2022³⁰. No Brasil, existem duas experiências voltadas à superação do manicômio judiciário: o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), em Minas Gerais, e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), em Goiás. Ambos representam transformações significativas no combate à lógica manicomial aplicada às pessoas em conflito com a lei.

A primeira experiência, proposta pelo Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário implementou sua primeira experiência em 2020, através da Resolução nº 944 de Minas Gerais. Trata-se de uma equipe multiprofissional, formada por membros do Ministério Público e da saúde, acompanha o processo de desinternação dos manicômios judiciais até o encaminhamento para a RAPS. Conforme o Censo dos Hospitais de Custódia, elaborado por Débora Diniz (2013), apesar do protagonismo mineiro, o programa ainda não contempla toda a população em medida de segurança. Minas Gerais mantém três manicômios judiciais em funcionamento - em Juiz de Fora, Barbacena e Ribeirão das Neves - que adotam a prática da internação asilar, baseada no modelo de hospitais psiquiátricos.

A segunda experiência decorrida no estado de Goiás, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), criado em 2006, mostrou-se mais eficaz para as políticas públicas de saúde mental. O programa atua pela Secretaria de Saúde do Estado

³⁰ Disponível em: < <https://www1.sap.sp.gov.br/uni-prisionais-mas/hos.html> >.

de Goiás e em diálogo com Poder Executivo, Ministério Público, Poder Judiciário e da RAPS. Desde sua implementação, equipes multiprofissionais acompanham pessoas em conflito com a lei desde a sentença da medida de segurança, encaminhando-as aos serviços da RAPS e evitando internações em manicômios judiciais. Como resultado, Goiás tornou-se o primeiro estado a fechar todos os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Sobre as transformações do programa PAILI, Lúcio Costa (2014) argumenta:

O PAILI constitui o primeiro programa brasileiro estruturado no âmbito da saúde pública que aceitou o desafio de trilhar novos caminhos junto às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Ao contrário das múltiplas experiências de consolidação de novos serviços extra-hospitalares desenvolvidas desde a instituição da Lei 10.216/01, a exemplo dos CAPS que hoje totalizam mais de 2.000 no Brasil, o PAILI é o único Programa na área ligado à estrutura de uma Secretaria Estadual de Saúde, não contando com outras atuações nas quais possa se mirar e perceber eventuais contradições ou equívocos (Costa, 2014, p.115).

Os dois modelos de desinstitucionalização apontam caminhos para um cuidado mais humanizado às pessoas internadas em manicômios judiciais. Os programas demonstram a relevância do trabalho integrado entre instituições de saúde e justiça, com equipes multiprofissionais das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde acompanhando os casos de desinstitucionalização. Essa realidade nos leva a refletir também sobre a violência contra pessoas com experiência de loucura e que cometeram infrações penais. Os laudos psiquiátricos que orientam as decisões dos juizes ainda se baseiam no Código Penal de 1940 - legislação desatualizada frente às transformações das políticas públicas de saúde mental, reproduzindo conceitos racistas inspirados por Cesare Lombroso e contribuindo para a marginalização dos vulneráveis. Nesse contexto, Haroldo Caetano e Silvia Tedesco (2021) analisam das rupturas estigmatizantes na associação entre loucura e periculosidade:

Vale reforçar que não existe ser humano perigoso. Perigosa é a produção de medo nas pessoas. Perigosa é a própria teoria da periculosidade, inspirada no trabalho de Cesare Lombroso, de indisfarçável cunho racista e que não se sustenta em bases científicas. Perigosa é a sociedade contaminada por uma produção contínua de preconceitos

sobre a loucura. Já não cabe a teoria da periculosidade como referência para pensar o humano na sua complexidade e na dimensão das inúmeras possibilidades do ser e, como consequência, não deve ser fundamento para a definição de recurso (Caetano; Tedesco, 2021, p. 201).

A concepção de periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, representando disputas entre os saberes penais e psiquiátricos (Foucault, 2005a; 2014a). Os diagnósticos psiquiátricos e as medidas de segurança funcionam como formas de punição e, frequentemente, equivalem à prisão perpétua. Quando os EVCP indicam, segundo a avaliação médica, que persiste o “perigo” para a sociedade, essas pessoas podem permanecer indefinidamente nas instituições manicomiais. O censo realizado por Débora Diniz (2013) revelou vulnerabilidades sociais significativas das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei: “população majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho, que geralmente comete infrações penais contra familiares ou pessoas do ambiente doméstico” (Diniz, 2013, p. 15).

O levantamento dos HCTPs sobre custódia e tratamento psiquiátrico mostrou que, em 2011, existiam 3.989 homens e mulheres internados em hospitais ou alas psiquiátricas de presídios, constituindo um desafio para as políticas de desinstitucionalização. A infração penal estigmatiza os indivíduos, especialmente aqueles que cometeram homicídio. O Censo revelou que 606 pessoas permaneciam internadas por tempo superior à pena máxima em abstrato prevista para a infração cometida (Diniz, 2013). O Supremo Tribunal Federal estabelece trinta anos como limite máximo de pena aplicável a indivíduos imputáveis (Brasil, 2005, 2012). A reincidência específica por homicídio atinge 5% da população com registro de reinternação nos hospitais de custódia, concentrando-se no âmbito familiar (49% do total). As mulheres, embora representem minoria nos manicômios judiciais (uma para cada doze homens), os crimes graves cometidos por elas concentram-se em 24% contra os próprios filhos (Diniz, 2013, p. 15).

Ao abordar as pessoas privadas de liberdade no sistema judiciário, a Política Nacional de Humanização (PNH) estabelece práticas de cuidados e assistência que garantem atendimento digno e humanizado, considerando os marcadores sociais da diferença, tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde (Brasil, 2014b). Somadas as A Resolução n. 487 do CNJ enfatiza a necessidade de uma abordagem integrada no tratamento da saúde mental das pessoas em conflito com a lei e estabelece

diretrizes para sua consideração abrangente (CNJ, 2023). Em articulação com a política antimanicomial do poder judiciário, a Portaria GM/MS n. 4.876, de 18 de julho de 2024, institui a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst). Tais equipes têm com objetivo de acompanhar todo o processo de desinstitucionalização dos egressos dos HCTP e promovem diálogo entre o Poder Judiciário e os serviços da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Todavia, nas duas cidades onde realizei a pesquisa de campo, nenhum trabalhador ou gestor mencionou que a EAP-DEinst estavam nos serviços.

* * * *

As Comunidades Terapêuticas surgiram no Reino Unido, no contexto da Psiquiatria de Setor e da Psicoterapia Institucional. Seu precursor foi Maxwell Jones, e elas foram incorporadas aos Estados Unidos por meio dos psiquiatras David Cooper e Ronald Laing. As CTs emergiram propondo um tratamento mais horizontalizado, mobilizando diversos atores para questionar os saberes da psicopatologia clássica, que classificava a psique com base na dicotomia entre o normal e o patológico (Amarante, 2007; Canguilhem, 2006). No Brasil, surgiram como instituições filantrópicas, funcionando como casas transitórias para pessoas que fazem uso de álcool e drogas, conforme a Portaria 3.088 de 2011, embora não tivessem protagonismo nos serviços de tratamento.

Não há dados precisos sobre o número de comunidades terapêuticas existentes no território nacional. Estima-se aproximadamente 2 mil, segundo o relatório sobre o financiamento público dessas instituições (CEBRAP, 2020). O relatório concluiu que a partir de 2017, essas entidades passaram a receber mais recursos públicos. O cuidado proposto pelas CTs baseia-se em três pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade, entrecruzando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas espirituais. Pesquisa do IPEA (2018) revelou que setores religiosos administram 95% das instituições são administradas por setores religiosos no Brasil muitas delas e não atuam com o programa de redução de danos previsto no campo da saúde mental. As CTs ganharam visibilidade a partir de 2011, com o programa Crack: É

Possível Vencer³¹, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), por meio de financiamento público e da ampliação desses serviços na RAPS.

No Brasil, as Comunidades Terapêuticas (CTs) conceituam-se como serviços de saúde de caráter transitório, voltados exclusivamente para internações voluntárias de pessoas com problemas de álcool e drogas. Esse serviço fundamenta-se no convívio entre pares, no resgate dos vínculos familiares, comunitários e sociais, na construção da autonomia e na busca por novas formas de reinserção social (Brasil, 2019c). O acolhimento dura até 180 dias, com possibilidade de extensão por mais 90 dias, conforme a necessidade individual. As CTs dividem-se em duas modalidades: (i) Comunidades Terapêuticas de Tratamento, que atendem pessoas com transtornos mentais, integram-se aos serviços da RAPS e submetem-se à regulamentação e fiscalização do Conselho Federal de Medicina, conforme a Resolução CFM nº 2056/2013; (ii) Comunidades Terapêuticas de Acolhimento, que atuam em consonância com a Política Nacional sobre Drogas, seguindo diretrizes do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad). A seguir, abordo aspectos da saúde mental e as questões das substâncias psicoativas:

A sociedade brasileira é profundamente dictofóbica e moralista com o consumo de drogas, sustentado por uma cultura de “guerra às drogas” e associado aos pobres como marginalidade. Na Vila Madalena, conhecida como uma região boemia, encontrará jovens de classe média e alta consumindo álcool, drogas e cigarros. Na Vila Madalena, esse consumo não é interpretado como drogadição, mas como lazer, socialização e vida urbana. Existe um limite tênue na forma como a sociedade discrimina, se você faz consumo em excesso, mas consegue se manter ativo e produtivo nas suas obrigações. Atendemos, com frequência, casos de consumo de cocaína entre executivos e grandes corporações, mas sempre é velado, se a o indivíduo apresentar uma boa performance no mercado de trabalho, isso não será debatido como um problema para a sociedade. *Ninguém se incomoda com as cenas de uso na região da Faria Lima e Paulista, mas se incomodam com a Cracolândia* (E-1, gestor do CAPSad, grifos meus).

³¹ Decreto nº 7.179/2010 “Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências” (Brasil, 2010). Decreto nº 7.637/2011 “Altera o Decreto nº 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” (Brasil, 2011)

Outro ponto importante abordado nas entrevistas com os trabalhadores especialmente do CAPSad, destacou-se o risco de se associar o uso de substâncias psicoativas apenas às pessoas em situação de rua, ignorando sua presença em todas as classes sociais. De um lado, observa-se uma juventude sem perspectiva de futuro, devido à dificuldade de inserção no mercado de trabalho, decorrente das transformações do capitalismo no século XXI, como a precarização das condições de trabalho na era digital, exemplificados pela “uberização” e “pejotização” (Antunes, 2018, p. 29). Por outro lado, alguns trabalhadores mencionaram o aumento do número de idosos nos serviços, muitos deles em situação de vulnerabilidade social (Siqueira, 2014):

O transtorno mental é resultado um conjunto de fatores socioeconômicos. Vivemos em uma sociedade desigual, algumas pessoas não conseguem comprar um gás de cozinha, estão cozinhando com álcool, tendo um enorme risco incidente de queimaduras e explosões principalmente. A questão econômica, digo poder comprar as coisas básicas da vida. ***Vivemos em uma sociedade que fomenta constantemente o consumo***, mas não oferece condições para que todos possam acessar aquilo que é desejado. As drogas também se inserem nessa lógica da ausência. Por exemplo, o consumo de crack se difunde com mais intensidade entre pessoas que já não têm mais nada a perder. Trata-se também de uma forma econômica de explorar quem está na absoluta miséria. O corpo de alguém em situação de rua, caído em uma calçada, ainda pode ser explorado e estimulado a consumir uma pedra, um corote de cachaça. Ou seja, ainda é possível garimpar e explorar corpos que já foram espoliados de tudo (E-1, gestor do CAPSAD, grifos meus).

Diversas pesquisas indicam um movimento de contrarreforma, especialmente com o retorno da manicomialização por meio das Comunidades Terapêuticas (Karam, 2008), considerando as disputas entre diversos setores pelo fundo público e a mercantilização do sofrimento psíquico. De acordo com Karam (2008), a reforma psiquiátrica brasileira inicialmente concentrou-se na desinstitucionalização dos egressos de hospitais psiquiátricos, buscando legitimar-se como movimento social. Ao ampliar as reflexões sobre as substâncias psicoativas, até hoje a RPB enfrenta tensões relacionadas ao antiproibicionismo e à criminalização, caracterizadas pela ilegalidade das drogas e pela desconsideração do sofrimento psicossocial.

Considerações finais



Fonte: Acervo pessoal do autor (2024)

A desinstitucionalização é um trabalho artesanal. Envolve uma equipe multiprofissional e mudança da sociedade, pois ainda está enraizada na nossa cultura a ideia de que, para tratar, é preciso internar. Podemos colocar cortinas, quadros e abajures nas residências terapêuticas, mas elas sempre serão instituições de saúde e vigilância. Nosso trabalho em saúde mental não partimos da lógica de que precisamos recuperar tantos por cento. O nosso trabalho é de estar na vida das pessoas, sustentando o cuidado delas.

(Discurso de um profissional da SRT)

Numa certa sexta-feira, eu estava sentado com Ronaldo na varanda de sua casa em um SRT em São Paulo. Como de costume às sextas-feiras, aguardava seu retorno do passeio à Avenida Paulista para seguirmos nosso protocolo habitual. Iniciávamos com café - ele pegava a xícara da visita e dizia: "Precisamos tratar bem os amigos." Após o café, mostrava-me sua coleção de livros, filmes e músicas. Ronaldo gosta dos filmes dos cineastas Federico Fellini, Pier Paolo Pasolini, Ingmar Bergman e Francis Ford Coppola, mas sempre reclamava da ausência de uma televisão no quarto para assistir os filmes. Ronaldo gosta de livros de filosofia. Em vários momentos, relatou que não gostava de Michel Foucault, embora admirasse Sartre. Em sua estante improvisada no guarda-roupa, guardava obras de Jean-Paul Sartre, Friedrich Hegel e do Marquês de Sade. Comentava sobre a incompreensão das pessoas quanto à relevância dos escritos de Sade para a psicanálise de Freud e Lacan, principalmente sobre a pulsão. Confesso que meu cérebro sempre "desligava" quando ele abordava esse tema - considero a psicanálise muito complexa.

A coletânea de livros de arte continha imagens de quadros clássicos e renascentistas, com páginas amareladas pelo tempo e folhas soltas, mas que ele preservava cuidadosamente numa caixa de plástico. Eu ficava impressionado com a riqueza dos detalhes de cada assunto. Ronaldo conhecia a localização precisa dos quadros originais nos museus, mesmo quando as informações constavam em suas coletâneas. Frequentemente, anotava suas recomendações de obras de arte e álbuns de *jazz* e *blues*. Quando mencionei gostar de Nina Simone, ele concordou entusiasticamente. Em um certo dia, ele me perguntou qual era uma cantora negra de referência como Nina Simone. Respondi Beyoncé, ouvimos o álbum dela e ele achou linda a voz.

Ronaldo é um homem branco de aproximadamente 60 anos. Em um encontro casual, perguntei sua idade. Ele me olhou, riu e respondeu: "Sabe, depois dos 30 anos não vale mais a pena contar". Na infância, seus pais o levaram a um psiquiatra, que tranquilizou a família: "Não há nada de errado com ele. É apenas uma criança com inteligência ímpar." Nascido em uma família de classe média paulistana, relatou ter saído de São Paulo somente uma vez para viajar com os pais ao Rio de Janeiro. Apreciou o mar e o calor, mas que preferia o clima de São Paulo, considerando os dias cinzentos mais agradáveis. Atualmente, suas saídas dos SRTs limitam-se a passeios na Avenida Paulista ou consultas clínicas. Mencionou seu desconforto com o CAPS III, evitando frequentá-lo. Diferentemente do perfil comum dos moradores das moradias e CAPS, concluiu o

ensino médio, teve boa estrutura familiar e com experiências educacionais sólidas, fatores que moldaram suas práticas subjetivas futuras (Bourdieu, 2007).

A supervisora do SRT relatou a trajetória de Ronaldo: filho único, seus pais deixaram diversos imóveis na cidade. Após o falecimento deles, os sobrinhos assumiram a administração das propriedades familiares. Ronaldo passou por internações em hospitais psiquiátricos e não mantém contato com os sobrinhos, relacionando-se somente com o advogado amigo de seus pais, que considera um importante suporte. Seu representante legal é um outro advogado contratado pela família. Mensalmente, Ronaldo comparece ao escritório de advocacia entregar os comprovantes de suas despesas. Recebe o benefício do Programa de Volta Para Casa” e dispõe de um cartão de crédito com limite de mil reais mensais.

No que diz respeito a curatela do Ronaldo, a supervisora comentou em uma conversa informal de que o setor jurídico da OSS já tentou judicializar o caso para garantir uma pensão ao paciente. O processo, contudo, foi arquivado nas instâncias do Judiciário. A supervisora declarou: "Trabalho na saúde mental. Vejo que a reforma psiquiátrica é linda na teoria, mas, na prática, ainda é só negligência. Em alguns casos, não conseguimos garantir nem o básico, como a emissão de documentos e o acesso a benefícios sociais. O Ronaldo é só mais um caso. Os pais cuidam até morrer, depois a família se apropria de seus bens".

Voltando aos encontros com o Ronaldo, de uma certa forma sempre me questionei o fato de que era bem comunicativo, falava constantemente da relação afetiva com os pais, da infância juventude, da rotina diária na moradia, os objetos pessoais que comprava e as idas para a Avenida Paulista, mas em nenhum momento mencionou o período de internação e nem projeto para o futuro. Nesse sentido, foi somente no final do mês de dezembro de 2024, enquanto estávamos sentados na varanda ouvindo músicas, lembro-me que era a música “construção” do Chico Buarque, no refrão que descreve “morreu na contramão atrapalhando o tráfego”, ele sempre ria, era uma risada alta, no qual em diversos momentos os cuidadores frequentemente pediam moderação, principalmente durante as reuniões gerais com os trabalhadores da casa.

Enfim, naquele final de tarde, eu perguntei se ele estava feliz com as festas do final de ano e para a minha surpresa foi o único momento que ele mencionou o futuro e me disse: “Olha, eu não gosto muito do final de ano, para ser sincero eu não gosto de morar aqui e nem frequentar o CAPS, eu sempre tive uma teoria, ter dinheiro, uma boa companhia e saúde a vida passaria tranquilamente, infelizmente não tenho nada. Eu

sempre tive uma saúde boa. Agora, preciso realizar uma cirurgia no olho, mas o hospital demora demais para marcar. É horrível também ter que pedir recibo de tudo toda vez que saio — algumas vezes, eu acabo esqueço”, depois disso ele ficou em silêncio e pediu para mudar de música. Em relação aos recibos, já presenciei cuidadores reclamando dos esquecimentos dos recibos e que gastava demais nos passeios.

Ao sair da moradia, no trajeto de retorno para casa, fui então atravessado por um questionamento: será que as pessoas egressas das instituições asilares realmente vivenciam um cuidado em liberdade? A reforma psiquiátrica no Brasil constitui um campo heterogêneo, permeado por uma transversalidade de saberes e de serviços intersetoriais. O processo se organiza através de diversas possibilidades e caminhos, estruturados em eixos: teórico-conceitual ou epistemológico, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural, todos caracterizados por disputas, relações de poder e possibilidade de resistências. Desde sua genealogia, no contexto da redemocratização brasileira, o campo da saúde mental recebe posicionamentos favoráveis e contrários à reforma.

Um ponto importante de partida é que as políticas públicas de saúde mental voltadas às estratégias de desinstitucionalização requerem análise a partir de suas práticas concretas e impactos cotidianos. É evidente que a aprovação da Reforma Psiquiátrica, por meio da Lei nº 10.216/2001, foi um marco importante na ruptura com o modelo manicomial. No entanto, há a necessidade de compreender as experiências e trajetórias pessoais de quem vivencia a desinstitucionalização — como os usuários e os trabalhadores dos serviços. Ao considerar os discursos como metodologia, reconheci a importância das memórias e das experiências, passadas e presentes, como formas de produção de subjetividades.

Outro elemento importante é que, ao analisar como as políticas públicas de saúde mental são vividas no cotidiano, compreendi a importância da ressignificação da loucura e as limitações do cuidado em liberdade. Melhor dizendo, tive contato com muitos moradores dos SRTs, percebi que eles não queriam estar nas casas, não se sentiam pertencentes aos bairros e não tinham autonomia sequer para escolher um SRT que se sentissem acolhidos, seguros e confortáveis. Apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, existem lacunas significativas entre a legislação e a prática, principalmente quanto à problematização dos tipos de internação e da curatela. Além disso, persistem os desafios enfrentados pela Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, considerando o processo de desinstitucionalização dos egressos dos HCTPs nos serviços extra-

hospitalares. O maior desafio da inclusão dessas pessoas nas moradias residenciais e no CAPS é a reprodução da perspectiva de dupla estigmatização entre loucura e periculosidade por grande parte dos trabalhadores.

Ao realizar a pesquisa de campo nos serviços de saúde mental, dediquei-me a escutar os discursos sobre a desinstitucionalização e seus sentidos e percepções acerca do cuidado em liberdade. Tais discursos produzem subjetividades, tensionam as instituições psiquiátricas e revelam práticas de resistência antimanicomial. Analisei também os marcos legais das políticas públicas em diálogo com a literatura sobre desinstitucionalização. Os resultados indicaram que, desde 2016, houve retrocesso nas políticas públicas de saúde mental, evidenciado pelo subfinanciamento do SUS e da RAPS, pela reabertura de leitos em hospitais psiquiátricos e pelo crescimento das Comunidades Terapêuticas (Onocko-Campos, 2019; Nunes *et.al.*, 2019).

A presente análise focou nas práticas rotineiras dos serviços voltados às estratégias de desinstitucionalização, considerando as trajetórias pessoais e as percepções sobre as mudanças das instituições psiquiátricas do modelo asilar para serviços de base comunitária. Primeiramente, sintetizei os debates da literatura sobre a implementação de políticas públicas de saúde mental, no âmbito da institucionalização, desinstitucionalização e as mudanças institucionais mediante as garantias fundamentais de direitos. Além do mais, realizei um estudo etnográfico multilocal desenvolvida na Rede de Atenção Psicossocial de Campinas-SP e na capital paulista, especialmente a compilação de materiais normativos das políticas públicas relacionados ao processo de desinstitucionalização e a realização de 21 entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores.

Outro aspecto importante de mencionar, busquei compreender a dimensão sociocultural do processo de reforma psiquiátrica por meio da desinstitucionalização. Destacamos as experiências e interações cotidianas de usuários e trabalhadores com as políticas públicas, os itinerários nas cidades e a inclusão social pelo trabalho, moradia, movimentos artístico-culturais, geração de renda e lazer que sustentam o cuidado em liberdade. Para isso, analisei os discursos relacionados às práticas de cuidado, saberes e os caminhos possíveis voltados para a desinstitucionalização nos territórios e direito à cidade. Especialmente, considerei as garantias dos direitos fundamentais à saúde, à educação, aos movimentos artístico-culturais e à participação social que considero como forma equânime e integral de práticas de cuidado voltadas às pessoas egressas das instituições asilares.

A presente pesquisa se debruçou em duas hipóteses: (i) o cuidado em liberdade, executado por redes setoriais e de base comunitária, possibilita a inclusão social por meio dos direitos sociais e (ii) Os profissionais de saúde mental desenvolvem um trabalho orientado ao atendimento integral conforme previsto pelo modelo biopsicossocial ou prevalece uma abordagem centrada nos saberes da biomedicina.

Em relação à primeira hipótese, a pesquisa demonstrou que a grande maioria dos usuários acessa os benefícios sociais e outros serviços de saúde, incluindo saúde mental. No entanto, a inclusão social por meio da educação, da geração de renda e da participação em movimentos artístico-culturais para além do CAPS, promovidos pelos Centros de Convivência e Cooperativas, a pesquisa sinalizou quase invisibilidade nos serviços. O estudo revelou que as dimensões socioculturais da desinstitucionalização, principalmente na articulação com a sociedade civil, apresentam grandes desafios para sua garantia. A equidade de acesso à cidade para as pessoas em processo de desinstitucionalização constitui uma resistência cotidiana. Muitos usuários ainda enfrentam violências e estigmatização nos territórios, inclusive por parte dos cuidadores e nas

No que se refere a segunda hipótese, confirmo sua validação. Os serviços de saúde mental nos quais realizei a pesquisa de campo concentram-se e respondem, majoritariamente, a um conjunto de paradigmas oriundos do campo das “*psis*” (psicologia, psiquiatria e psicanálise), tanto em práticas assistenciais quanto em ações dos gestores. Apesar dos avanços promovidos pela implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com o protagonismo das equipes multiprofissionais influenciadas pela Saúde Coletiva e ancoradas no modelo biopsicossocial, ainda há uma predominância de um cuidado centrado em abordagens clínicas e na biomedicalização. Assim, diversos trabalhadores alertaram sobre os riscos de reprodução da lógica manicomial nos serviços extra-hospitalares, onde a desinstitucionalização limita-se à desospitalização.

A realização da pesquisa de campo foi fundamental para construir hipóteses junto aos atores sociais nos serviços públicos de saúde. O objetivo foi compreender a política pública pelas necessidades cotidianas, analisando os discursos sobre experiências institucionais e as potencialidades e desafios nas estratégias de desinstitucionalização. Para verificar essas hipóteses, realizei um estudo de caso de caráter etnográfico nos serviços públicos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial: Centros de Atenção Psicossocial do tipo III, CAPSad e Serviços Residenciais Terapêuticos, incluindo visitas com usuários e trabalhadores aos Centros de Convivência e Cooperativa, parques e

museus. Também realizei percursos em estabelecimentos privados como shoppings e comércios locais nos bairros onde se localizam os CAPS e SRTS.

A opção adotada foi a realização de campo nos serviços de saúde, destacando a necessidade da compreensão de como os direitos são vivenciados nas rotinas diárias e na perspectiva das vivências e percepções dos avanços e desafios das políticas públicas de saúde mental e principalmente considerando as histórias singulares de cada sujeito. Dessa forma, os temas transversais da política pública de saúde mental, movimentos sociais, cidadania, as relações de poder e subjetivação e itinerário estão compondo o andamento do estudo. Enfim, a seguir apresentarei três eixos de reflexões dos desafios persistentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira como apontamentos da pesquisa:

(1) Uma análise crítica do processo de desinstitucionalização nos serviços intersetoriais revela que o fechamento dos leitos psiquiátricos ocorreu sem a devida expansão da rede. Isso expõe aos usuários ao risco de desassistência, principalmente em casos de crises agudas e severas encaminhados ao Hospital Geral com enfermaria psiquiátrica. As relações de poder nas instituições mostram que as Organizações Sociais de Saúde (OSS), desde sua criação em 1998, migraram da administração de hospitais de grande porte para a Atenção Básica, gerindo Unidades Básicas de Saúde; Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos. No contexto brasileiro, os serviços públicos pelas OSS ocorrem de forma heterogênea, acentuando desigualdades socioeconômicas no acesso aos serviços do SUS;

(2) O cuidado à saúde mental nos Serviços Residenciais Terapêuticos envolve estratégias de desinstitucionalização de pessoas internadas por longo período, visando processos de autonomia, construção de direitos de cidadania e acesso a benefícios sociais, como o Programa de Volta para Casa e Benefício da Prestação Continuada. É importante ressaltar que a superação do modelo asilar transcende os serviços substitutivos e demanda profissionalização dos trabalhadores e capacitação, principalmente dos cuidadores das moradias terapêuticas. Estes, por vezes, reproduzem práticas manicomialistas nas residências através do controle social, infantilização dos moradores, restrição de espaços e contenção mecânica em crises agudas, sem protocolos mais humanizados. Por fim, este eixo procurei enfatizar as subjetividades e protagonismos dos usuários e profissionais de saúde como formas de resistência ao desmonte das políticas públicas desde 2016;

(3) Inclusão social e pluralidade do cuidado à saúde mental: A falta da atenção psicossocial apresenta lacunas na criação de ações de inclusão social para grupos marginalizados, como a assistência à juventude sem histórico de hospitalização, a implementação de cuidados mediante tecnologias inovadoras e a inserção no mercado de trabalho. É necessário analisar os cuidados relativos ao envelhecimento populacional e à inclusão das comunidades LGBTQIA+, quilombolas, ciganos, saúde indígenas e negras. Para a população negra, aprovou-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2009, fundamentada no "reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade" (Brasil, 2009). Contudo, muitos profissionais relatam desconhecer essa política e apontam a ausência de iniciativas nos serviços para abordar tais questões de uma saúde mental mais inclusiva e democrática.

No Brasil, o modelo manicomial produziu privação de liberdade, estigmatização, controle e exclusão da loucura da vida social por meio do isolamento terapêutico, resultando na institucionalização das pessoas com experiências da loucura, afastando-as do convívio coletivo e da participação social. Atualmente, novos desafios se impõem à reforma psiquiátrica, exigindo formas renovadas de luta para superar as violências manicomiais persistentes em diversos espaços da sociedade. A análise das estratégias de desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica brasileira revela um processo em constante reformulação e rearranjo. O movimento constituiu-se de forma fragmentada, com particularidades singulares em cada território. Assim, embora exista uma política nacional de saúde mental, cada região apresenta características específicas que influenciam a assistência e as políticas públicas e sociais.

Ademais, diversos interlocutores - usuários, gestores e trabalhadores - confirmam, o desmonte das políticas públicas do SUS, impulsionado pela privatização dos serviços públicos sob a hegemonia neoliberal. Soma-se a isso uma mudança ideológica da reforma psiquiátrica, intensificada pelo financiamento de instituições com modelo asilar como as Comunidades Terapêuticas. O CAPS, elemento central para sustentar toda a rede de atenção, está se transformando em um ambulatório clínico, distanciando-se de seu papel original de promover atividades internas e externas no território, sobretudo as oficinas terapêuticas e as psicoterapias em grupos.

A luta antimanicomial é cotidiana. Retomo aqui a entrevista de Bruno Latour, presente no prólogo deste trabalho: “Onde está o poder? E, quando o tivermos encontrado,

o que fazer com ele?" (Latour, 2016). Nas sociedades contemporâneas, torna-se necessário encontrar caminhos alternativos de luta e contrapoder. Durante diversas entrevistas, os trabalhadores apontaram o racismo estrutural e estruturante da sociedade como gerador de sofrimento psíquico. Neste contexto, destaco a necessidade de mais estudos que proponham uma reforma psiquiátrica fundamentada em princípios antirracistas e, especialmente, pesquisas envolvendo o processo de desinstitucionalização dos egressos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil, onde a política antimanicomial no Poder Judiciários prevê o fechamento gradual de todos os manicômios judiciais no Brasil.

Ao longo deste trabalho, apresentei múltiplos desafios e limitações da desinstitucionalização, com base nas trajetórias intersubjetivas e nas experiências de transitar pelos territórios. Entretanto, sabemos que a manicomialização e as segregações sociais pelos hospitais psiquiátricos persistem no cuidado em liberdade; assim, as práticas de cuidado integral à saúde nos serviços devem integrar ações feministas, antirracistas e decoloniais. Além disso, é crucial fortalecer e promover ações que ultrapassem os serviços de saúde mental nos territórios, contemplando políticas de reconhecimento das memórias e experiências, passadas e presentes, das vítimas das instituições asilares e projetos de reparação no Brasil.

Cabe ressaltar as experiências de Stella do Patrocínio, uma mulher negra que foi brutalmente retirada do convívio da cidade e que morreu atrás das grades físicas do manicômio, em 1992, na cidade do Rio de Janeiro. Nesta seara, ela afirmou: "Eu sei que o meu passado; eu presentei bem atenção como foi; o presente; eu continuo prestando atenção como é; mas o futuro; eu não sei como vai ser; é difícil descobrir como será meu futuro" (2009, p. 74). Em outro momento, nos áudios de seus poemas, transcritos a partir de suas vivências, Stella do Patrocínio demonstra que a luta antimanicomial não pertence somente aos usuários, trabalhadores e familiares, mas constitui uma resistência coletiva, como expressou: "Me mostrar que eu não sou sozinha, que tem outras iguais, semelhantes a mim e diferentes" (2009).

Ao propor uma reflexão sobre a desinstitucionalização a partir do paradigma do cuidado em liberdade - conceito crucial da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial -, reconhecemos tratar-se de uma ideologia que demanda lutas e resistências cotidianas para sua concretização. A percepção do cuidado em liberdade perpassa a subjetividade para os interlocutores ao longo da coleta de dados há a confirmação do desmonte das políticas públicas do SUS, com auxílio da privatização dos

serviços públicos sob a hegemonia neoliberal. Somadas a isso, temos acompanhado também uma mudança ideológica da reforma psiquiátrica, acirradas por financiamento de instituições com modelo asilar. Ou seja, o CAPS que é central para sustentar toda a rede de atenção está se tornando cada vez mais um ambulatório clínico, fugindo do seu papel inicial de promover atividades internas e externas no território. Tais novas ações do Estado evidenciam um campo de interesses e de poder, indo em interesses de grupos conservadores no Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Psiquiatria em promover uma mercantilização do sofrimento psíquico, atendendo os interesses das indústrias farmacêuticas e donos de hospitais psiquiátricos e a ascensão das Comunidades Terapêuticas nos últimos anos no Brasil.

Ao longo da pesquisa, um dos vocábulos mais recorrentes nos discursos dos trabalhadores foi a 'precarização das condições de vida', fator que, segundo eles, favorece o adoecimento psíquico. Concordo que as iniquidades sociais contribuem para esse adoecimento, mas é importante considerarmos os sentidos atribuídos às nossas vidas, que não segue uma lógica linear, com muitos aspectos fora de nosso controle. Certamente, o sofrimento psíquico é uma possibilidade inerente à condição humana; todos estamos sujeitos a vivenciar algum tipo de adoecimento ao longo da vida. Por fim, recorro às palavras de Clifford Geertz (2001 *apud* Lévi-Strauss, 1985): “passageiros desses trens que não que são nossas culturas, cada qual movendo-se em seus trilhos próprios, com sua própria velocidade e em sua própria direção. Os trens que correm lado a lado, indo em direções similares e com velocidades não muito diferentes da nossa, são-nos ao menos razoavelmente visíveis, quando os olhamos de nossos compartimentos” (2001, *apud* Lévi-Strauss, 1985, p.75).

Referências

Agamben, G. **Homo sacer: O poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte. Editora: UFMG, 2004.

Agamben, G. **O que é um dispositivo?** Outra Travessia, ed.5, Santa Catarina, 2005.

Agier, M. **Antropologia da cidade. Lugares, situações, movimentos**. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2011.

Aguiar, A. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN)**. Dissertação. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

Alencar, A; Redondo, L; O. Transtornos mentais e a deficiência psicossocial. Programa de Esquizofrenia da Escola Paulista de Medicina (**PROESQ-UNIFESP**), 2017.

Almeida, S. **Racismo estrutural**. São Paulo. Editora Jandaíra, 2019.

Almond, G; Verba, S. **The civic culture: political attitudes and democracy in five nations**. Princeton: Princeton University Press, 1989.

Amarante, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

Amarante P. [clínica] e a Reforma psiquiátrica. In: Amarante P, organizadores. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003.

Amarante, P. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Amarante, P. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. Cad. Bras. Saúde Mental, vol 1, no1, jan-abr., 2009.

Amarante, P. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado, Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. ed. Fiocruz, 2014.

Amarante, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015a.

Amarante, P. **Salud mental y atención psicossocial**. Madri: Grupo 5, 2015b.

Amarante, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015c.

Amarante, P; Torre, E. H. Madness and cultural diversity: innovation and rupture in experiences of art and culture from Psychiatric Reform and the field of Mental Health in Brazil. **Interface (Botucatu)** v. 21, n. 63, p. 763-774, 2017.

Amarante, P; Nunes, M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Cienc. Saúde Colet.** 23(6):2067-2074. 2018.

Amarante, P; Torre, E. “De volta à cidade, sr. cidadão” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 52(6): 1090-1170, nov. dez. 2018.

Andrade, R.D.R. Discussão X construção do caso clínico. **CliniCAPS – Impasses da Clínica**, n.1, jan.-abr. 2007.

Andrade, A.P; Maluf, S. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. **Saúde soc.** vol.26 n.1 São Paulo jan./mar. 2017.

Andrade, A.P. Agenciamentos sociais e ações do Estado: Parada do Orgulho Louco no Brasil. **Anuário Antropológico**, v.45, n.2, pp.126-143. Universidade de Brasília. maio-agosto, 2020.

Antunes, R. **O Privilégio da Servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.

Anzaldúa, G.E. "Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do Terceiro Mundo". Trad. Édina de Marco. **Revista Estudos Feministas**, v. 8, n. 1, p. 229-236, 2000.

- Arbex, D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- Arendt, H. **O que é política**. Rio de Janeiro: Bertrant Brasil, 2009.
- Arendt, H. **A Condição Humana**. 13 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2020.
- Arendt, H. **Origens do Totalitarismo**, tradução. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- Arretche, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas (2001). In Barreira e Carvalho (Orgs.), **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais** (pp. 43-56). São Paulo, SP: IEE/PUC-SP, 2001.
- Arretche, M (org.) **Trajetórias das desigualdades**: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos. São Paulo: Editora Unesp; CEM, 2015.
- Arrow, K. J. **Increasing returns**: historiographic issues and path dependence. The European Journal of the History of Economic Thought, v.7, n.2, p.171-180, 2000.
- Basaglia, F. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- Basaglia, F. **As instituições da violência**. In: Basaglia Franco, organizador. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- Basaglia, F. **A Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 2005.
- Basaglia, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**; org. Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- Basto, F. I.; Bertoni, N. (Orgs.). **Pesquisa sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Iicr/Fiocruz, 2014.
- Bastos, F. **III Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas pela População Brasileira**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2017.

- Barbosa, R. **Presença negra numa instituição modelar: o hospício de Juquery.** Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (USP), 1992.
- Barcelos, C; Andrade, M; Botega, L; Malik, A. Censo das Organizações Sociais de Saúde brasileiras. J. Bras. Econ. Saúde, 13(Supl.1), p.15-30, 2022.
- Bardin, L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70, 2016.
- Barros, S.; Bichaff, R. (Org.). **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo.** São Paulo: Fundap: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, 2008.
- Barros, S; Batista, L; Dellosi, M; Escuder, M. Censo Psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde. Soc.** São Paulo, v.23, n.4, p.1235-1247, 2014.
- Bauman, Z. **Modernidade Líquida.** Rio de Janeiro, Zahar, 2003.
- Bichir, R; *et.al.* A primeira infância na cidade de São Paulo: o caso da implementação da São Paulo Carinhosa no Glicério. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania,** São Paulo, v. 24 | n. 77 | 1-23, 2019.
- Birman, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. *In:* Bezerra, J.R, B; Amarante, P. (Orgs.) **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- Bobbio, N. **Ensaio sobre Gramsci e o conceito de Sociedade Civil.** São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- Bobbio, N. *A Era dos Direitos.* Trad.: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- Bourdieu, P.; Chamboredon, J. C. e Passeron, J. C. **Le métier de sociologue.** Paris: Mouton, 1968.

Bourdieu, P. Os usos sociais das ciências: por uma sociologia do campo científico. Editora Unesp, 2004.

Bourdieu, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004. Bourdieu, P. **O Poder Simbólico**. 9ªed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

Bourdieu, P. **A distinção**. Porto Alegre/São Paulo: Zouk/ Edusp. Originalmente publicado como La distinction: critique sociale du jugemet. Paris: Léséditions de Minuit, 2007.

Braga, C. Argumentos para utopias da realidade e a experiência da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 1-11, 2020

Brandão, E; Alzuguir, F. **Gênero e Saúde**: uma articulação necessária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. 31 Dez 1940. Disponível em: <[http:// www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848. Htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.Htm)>.

Brasil. Manifesto de Bauru. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>>.

Brasil. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei.8.742 de 07 de setembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742compilado.htm>.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Federal 9.637/1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 42, 18 maio 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 106/2000**. In: Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106/ GM/MS**, de 11 de fevereiro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 23, 24 fev. 2000.

Brasil. **Lei 10216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001.

Brasil. **Lei. 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil para as pessoas com deficiência mental., 2002.

Brasil. **Lei n. ° 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1 ago. 2003.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus 84.219-4**. Medida de Segurança. Projeção no tempo. Limite. 16 ago. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992**, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF, 2009.

Brasil. **Decreto nº 6.949**, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União. 26 agosto de 2009.

Brasil, Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010.

Brasil. **Portaria n.2842**, de 20 de setembro de 2010. Aprova as Normas de Funcionamento e Habitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas-SHRad, 2010b.

Brasil. **Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, 27 de junho a 1 julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>.

Brasil. **Portaria 3088**, 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), 2011a.

Brasil, **Portaria nº 3.090**, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011b.

Brasil. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus** 208.336-SP. Penal. Inimputável. Aplicação de medida de segurança. 20 mar. 2012.

Brasil. Comissão Nacional da Verdade. Relatório. Brasília: CNV, Vols. I, II, III, 2014a. Disponível em: <http://www.cnv.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=571>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Pessoa Privada de Liberdade. Brasília: MS, 2014b.

Brasil, **Lei n. 13.105**, de 16 de março de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm>.

Brasil. **Lei nº 13.146**, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*. 7 julho de 2015.

Brasil. Ministério da Justiça. **Cartilha crack, é possível vencer. Enfrentar o crack, compromisso de todos**. Brasília, DF: Ministério da Justiça; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, ano 10, nº 12, out. 2015.
Brasília. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental.
Disponível em: <
[https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation >.](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation%202015.pdf), 2015.

Brasil. **Portaria no 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>.

Brasil. **Portaria no 2434**, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html>.

Brasil, **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**. Os efeitos do programa bolsa família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. Brasília, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. **Lei n.13.840** de 5 junho de 2019, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários/ dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas, 2019 a.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.730**, 16 de outubro de 2019. Dispõe sobre o financiamento e incentivo de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos, 2019b.

Brasil. Presidência da República. Secretária-geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas, 2019c.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.108**, de 31 de maio de 2021 - Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

Brasil. Portaria **GM/MS Nº 596**, de 22 de março de 2022. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017.

Brasil. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**, setembro de 2022. Disponível: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps>>.

Brasil. **Portaria GM/MS nº 2.198**, de 6 de dezembro de 2023, Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD. Saúde Mental em Dados – 13, Ano 19, nº 13. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD – Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Bresser-Pereira, L. **Entre o Estado e o mercado**: o público não-estatal. In: Bresser-Pereira LC, Grau NC, organizadores. O público não-estatal na reforma do Estado. Rio de Janeiro: Editora FGV; 1999. p. 15-48, 1999.

Bresser-Pereira., L. **A crise financeira global e depois**: um novo capitalismo? Novos Estudos 86, março 2010.

Brown, W. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão da política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Politeia, 2019.

Butler, J. **Vida precária**: os poderes do luto e da vida violência. 1.ed.; 1 reimp, Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

Caetano, H. Tedesco, S. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.45, n.128, jan.-mar, 2021.

Campos G.W. O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, 2000.

Camargo, J.R., **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo, Hucitec, 2003.

Canguilhem, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6 ed. revista. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006.

Castro, J. Política social e desenvolvimento no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v.21, Número Especial, p.1011-1042, dez. 2012.

Castro, E. **Vocabulário de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

Castells, M. Ruptura: a crise da democracia liberal. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

Capoccia, G. When Do Institutions “Bite”? Historical Institutionalism and the Politics of Institutional Change. **Comparative Political Studies**, vol. 49(8), pp. 1095-1127, 2016.

Carrara, S. **Crime e loucura**. Rio de Janeiro: Eduerj; 1998.

Castells, M. **Ruptura**: a crise da democracia liberal. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

CEBRAP. **Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. Esse relatório do CEBRAP em parceria com a Conectas Direitos Humanos e com apoio da Open Society Foundation, 2020.

CFM. **Resolução n.2056**. Dispõe de Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização. Disponível: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2013/2056_2013.pdf>.

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

DF. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf>, 2018.

CFP. Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho Impresso no Brasil: 2ª edição – março 2019.

Chiabotto, C. C; Robinson, P. G. Cartografia das tensões no cuidado em saúde mental a partir da ferramenta analisadora “usuário-guia”. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, 2023.

Chizzotti, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

Collins, Patricia Hill. **Intersectionality as critical social theory**. Durham and London: Duke University Press, 2019.

Costa, Suely. “Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva”. Florianópolis: **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, 2002.

Costa., J. A História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Ed. Garamond Universitária, 5. edição, 2007.

Costa, L. **Uma porta, várias saídas** [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2014.

Costa, S. Desigualdades, interdependência e Políticas Sociais no Brasil. In: Pires, Roberto. R. (org.) **Implementando Desigualdades: reprodução de desigualdades na Implementação de Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

Cunha, M.C. O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. 2a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988. 217p. 2.

Cruz, N. F, Gonçalves, R; Delgado, P.. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

Dahl, R. **On Democracy**. New Haven, CT, Yale University Press, 1998.

Dâmaso, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: Teixeira, S. F. (Org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1995.

Dahl, R. On Democracy. New Haven, CT, Yale University Press, 1998.

Dardot, P; Laval, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

Davis, A. **A liberdade é uma luta constante**. São Paulo: Boitempo, 2018.

David, E. C. Aquilombar a cidade: território, raça e produção de saúde em São Paulo. Revista do centro de pesquisa e formação, n. 10, 2020.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Organização das Nações Unidas de 1948. Disponível: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>.

Deleuze, G. Política. In: Conversações. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora, 1992.

Deleuze G, Guatarri F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2. Ed. 34: São Paulo, vol. 1, 2, 3, 4 e 5, 2011.

Delgado, P. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 4, 2019.

Diniz D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília, DF: Editora UnB; 2013.

Donadone, J; Baggenstoss, S. Intermédios e as novas configurações no tecido organizacional brasileiro: um estudo sobre as organizações sociais de saúde. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v.29, 2017.

Draibe, S. Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: Hochman, Gilberto.; Arretche, Marta.; Marques, Eduardo, (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Durkheim, E. **As regras do método sociológico**. Trad. Margarida Garrido Esteves, in **Comte/Durkheim**. São Paulo, Abril Cultural (col. Os Pensadores, 33), 1985.

Druck, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v.14, Sup, p.15-43, 2016.

Easton, D. **The Political System**: Na Inquiry into the State Of Political Science. New York: Alfred A. Knopf, 1953.

Elias, N. O processo civilizador, volume 1: uma história dos costumes. 1 ed.- Rio de Janeiro: Zahar, 2volume, 1993.

Elias, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de janeiro: Jorge Zahar, 1994.

Elias, N. O processo civilizador, volume 1: uma história dos costumes. 2 ed.- Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

Fanon, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EdUfba, 2008.

Fanon, F. **Alienação e Liberdade**: escritos psiquiátricos. Título original: *Écrits sur l'aliénation et la liberté*. Tradução de Sebastião Nascimento. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

Faria, C.A; Marques, E. **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora Unesp, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

Fairclough, N. **Analysing Discourse**: Textual Analysis for Social Research. Londres: Routledge, 2003.

Federici, C. A. G; Guzzo, M. S. L; Liberman, F. Presença comum: dispositivos para invenção na formação em Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 26, 2022.

Fernandes, V. Implantação do Sistema Único de Saúde em Angra dos Reis: a saúde vista como produção de vida. **Caderno IPUB**, v. 4, p. 24, 1996.

Fiore, M. Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos. (Tese de Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, 2013.

Fonte, E.M. **From institutionalization of madness to psychiatric reform: the seven lives of the public agenda on mental health in Brazil** [Internet]. Rev Prog Pós-graduação Sociol UFPE., 2012

Foucault, M. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Foucault, M. **Ditos e Escritos**, v.I-X. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

Foucault, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

Foucault, M. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

Foucault, M. **Poder e saber**. In: Mota, M. B (orgs). *Ditos e Escritos IV*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

Foucault, M. **História da Loucura**, tradução José Teixeira Coelho Neto-8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005a.

Foucault, M. **Arqueologia do Saber**. 7 ed. Tradução Luiz F.B. Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b.

Foucault, M. **Nascimento da biopolítica**. Tradução: Eduardo Brandão. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Foucault, M. **O Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

Foucault, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 39.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

Foucault, M. **Microfísica do poder**. 28a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014a.

Foucault, M. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France (1926-1984) pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. 24a ed. São Paulo: Loyola; 2014b.

Foucault, M. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Organização Manoel Barros da Motta. 3.ed. –[Reimpr.]. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2019.

- Foucault, M. **O nascimento da clínica**. 7. ed, [Reimpr.] Rio de Janeiro: Editora Forense, 2020a.
- Foucault, M. **História da sexualidade: O cuidado de si**. 7.ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2020b.
- Foucault, M. **A sociedade punitiva**. São Paulo: Editora WFW Martins Fontes, 2015.
- Franco, T. M; Vinuto, J; Vargas, J. D. Quando a segurança é a prioridade: Práticas de gestão em instituições híbridas de interface com a prisão. **Dilemas, Rev. Estud. Conflito Controle Soc.** – Rio de Janeiro – Edição Especial – n. 5, 2023.
- Fraser, N. “Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós socialista”, em SOUZA, Jesse (org.) **Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea**. Brasília. Editora UnB, 2001.
- Fraser, N. Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação. **Revista Estudos Feministas**, 15(2), 291-308, 2007.
- Freire, P. **Educação como prática da liberdade**. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1986.
- Furtado, J; *et.al*. Moradias extra-hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas: análise de uma experiência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 179-183, 1998.
- Furtado JP, *et al*. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: Uma avaliação interdisciplinar. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]; 18(12):3683–93, 2013.
- Garcia, C. Resistência a partir de Foucault. In. Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade. Izabel Passos (org). 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.
- Guattari, F; Rolnik, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- Geertz, C. **Nova luz sobre a antropologia**. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

- Geertz, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2019.
- Giddens, A. **As Consequências da Modernidade**. São Paulo, Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.
- Godoi, L; Berlotti, L; Garcia, É; Rosa, T; Tanaka, O. Apoio matricial como ferramenta da articulação entre atenção básica e Caps: O que os dados secundários mostram? **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.44, n. especial 3, p.107-127, outubro 2020.
- Goffman, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva; 2015.
- Goffman, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 2021.
- Gouveia; R. **Mulheres, Cuidado e Materialismo na Reforma Psiquiátrica Brasileira: o lado oculto da história**. (Dissertação). Rio de Janeiro, 2011.
- Gouveia. R. Fanon e a loucura. **Revista Quatro Cinco e Um**. Folha de S. Paulo, 2021. Disponível em: <<https://www.quatrocincoem.com.br/br/artigos/psicologia/fanon-e-a-loucura>>.
- Hall, P.; Taylor, R. **Political Science and the Theree New Institutionalisms**. Poltical Studies, Nottinham, v.44, n.3, p.993-957, aug., 1996.
- Hall, P; Taylor, R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, Issue 58, p. 193-223, 2003.
- Hall, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 12.ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2020.
- Haraway, D. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismosocialista no final do século XX. In: TADEU, T. (org.). **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
- Harvey, D. O direito à cidade. **Rev Piaui** 2013; 82. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/o-direito-a-cidade/>>.
- Harvey, D. **Paris, Capital of Modernity**. New York, 2003.

Harvey, D. O Capital Vai ao Trabalho. In: Harvey, David. O Enigma do Capital e as Crises do Capitalismo. São Paulo. Boitempo, p. 53- 57, 2011.

Harvey, D. **Le capitalisme contre le droit à la ville**. Néolibéralisme, urbanisation, résistances. Paris: Éditions Amsterdam, [2003] 2011.

Harvey, D. **Rebel Cities**: from the right to the city to the urban revolution. Nova Iorque: Verso, 2012

Hochaman, G; Arretche, M; Marques, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Honneth, A. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34, 2009.

Huntington. S. **A terceira onda**: a democratização no final do século XX. São Paulo: Ática, 1994.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>>.

Immergut, E. “**O Núcleo Teórico do Novo Institucionalismo**”. In Saravi, E. e Ferrarezi, Elizabete (orgs.). Políticas Públicas (coletânea), 2007

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Comunidades terapêuticas**: temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. - Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

Jaim. J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Kantorski LP, Cortes JM, Guedes AC, et al. O cotidiano e o viver no Serviço Residencial Terapêutico. **Rev Eletr Enf**, 2014.

Karam, M. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In B. Labate, S. L. Goulart, M. Fiore, E. MacRae, & H. Carneiro (Orgs.), **Drogas e Cultura: Novas Perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

Kerstenetzky, C. O Estado do Bem-Estar Social no Brasil. In: KERSTENETZKY, C. L. **O Estado do Bem-Estar Social na idade da razão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

Kinker, L; M, M. Abertura de possíveis no cuidado em saúde mental em momentos de crises. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.45, n.128, p. 178-190, 2021.

Kinoshita, R. T. O circuito dos afetos na drogadição: uma explicação alternativa para a servidão às drogas. **Interface, Botucatu**, v. 25. 2021.

Kilomba, G. **As memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Tradução Jess Oliveira. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

Kinoshita, R. T. **Autopoiese e Reforma Psiquiátrica**. São Paulo, HUCITEC, 2016.

Lancetti, A. **Contrafissura e Plasticidade Psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

Lancetti, A. **Clínica peripatética**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

Latour, B. **Jamais Fomos Modernos**. Ensaio de Antropologia Simétrica. Rio de Janeiro: EDITORA 34, 1994.

Latour, B. **A esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru: EDUSC, 2001.

Latour, B. **Políticas da natureza: como fazer ciência na democracia** / Bruno Latour; tradução Carlos Aurélio Mota de Souza. - Bauru, SP: EDUSC, 2004.

Latour, B. **Reagregando o Social: uma introdução à teoria do ator-rede**. Salvador: EDUFBA-EDUSC, 2012.

Lotta, G. **Burocracia e implementação de políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

Lotta; G. S; Pires, R. R. Categorizando Usuários “Fáceis” e “Difíceis”: Práticas Cotidianas de Implementação de Políticas Públicas e a Produção de Diferenças Sociais. **DADOS**, Rio de Janeiro, vol.63(4), 2020.

LECUCA. Levantamento de Cenas de Usos em Capitais. São Paulo, janeiro de 2020.
Disponível em: <<https://revistadependenciaquimica.com.br/wp-content/uploads/2020/12/Relatorio-LECUCA-SP-Final.pdf>>. , 2020.

Lebre, M. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem?
Responsabilidades, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 271-280, set. 2012/ fev., 2013.

Lefebvre, H. **O Direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

Lévi-Strauss. **The View from Afar**, trad. De J. Neugroschel e P. Hoss, Nova York, Basic Books, 1985.

Lévi-Strauss. **Le Nouvel Observateur**. “Lévi-Strauss et la pensée sauvage”, (hors-série). “Lévi-Strauss – le dernier des géants”, mai. 2008.

Lima Sheila, B.S. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis**, 24(1):67-88, 2014.

Lima, E. L; Mörschbacher, M. Contribuições e desafios do institucionalismo histórico na Ciência Política contemporânea. **BIB**, n. 81, pp. 103-122, 2017.

Lima, H; Silva, D; *et.al*. Avanços e desafios do Programa de Volta para Casa como estratégia de desinstitucionalização: revisão integrativa. **Ciência &Saúde Coletiva**, 27(1). 89-100 p., 2022.

Lobosque, A.M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.

Lüchmann.; Rodrigues, J. O movimento antimanicomial no Brasil. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. vol.12 n.2. Rio de Janeiro: mar./abril. 2007.

Maciel, S, *et.al*. Desafios e cuidados na clínica da toxicomania. In S. C. Maciel (Org.), **Redes de assistência em saúde mental e dependência química** (pp. 137-156). João Pessoa: Editora Ideia, 2016.

Magnani, J. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 17, n. 49, 2002.

Magnani, J. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 129-156, jul./dez, 2009.

Magnani, *et.al.* **Etnografias urbanas: quando o campo é a cidade**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2023.

Mahoney, J.; Rueschmeyer, D. **Comparative Historical Analysis in the Social Sciences**. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2003.

Mahoney, J.; Rueschmeyer, D. **Historical contexto and path dependence**. In. E.; TILLY, C (orgs). Oxford handbook of contextual political analysis. Oxford, UK: Oxford University Press, p.454-471, 2006.

Mahoney, J.; Thelen, K. **A Theory of Gradual Institucional Change: Explaining Institucional Change: Ambiguity Agency and Power**. Cambridge University Press, p.1-37, 2010.

Marshall. T. H. **Citizenship and social class and olther essays**. Cambridge: Cambridge University Press, 1950.

Martins, B. B. Desenvolvimento e desigualdades em Amartya Sen. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Menucci, T. **A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política**. (orgs.) Hochaman, Gilberto; Arretche, Marta; Marques, Eduardo. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Menicucci, T; Marques, A. “Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde”. DADOS – Revista de Ciências Sociais, v. 59, n. 3, pp. 823-865, 2016.

Menucci, T. Gomes, S. **Políticas Sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

Merhy, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

- Merhy, E. E. **Os Caps e seus trabalhadores**: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013a.
- Merhy, E. E. **Engravitando palavras**: o caso da integralidade. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. (Org.). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013b.
- Minayo M. C. **O desafio do conhecimento**. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.
- Minayo. M.C (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- Misse, M. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria. "bandido". **Lua Nova**, n. 79, p. 15-38, 2010.
- Moreira, J. Psiquiatria. In: Academia Nacional de Medicina (Org.). Em comemoração do centenário do ensino médico. Rio de Janeiro: **Jornal do Commercio**, p. 433-448, 1908.
- Nascimento, A. O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Editora Perspectiva, 2016.
- Nascimento, A. **O quilombismo**: documentos de uma militância pan-africanista. São Paulo, Rio de Janeiro: Perspectiva, Ipeafro; 2019.
- Nicácio, M. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.
- Norris, P. **Critical Citizens**: global support for democratic government. Cambridge: Oxford University Press, 1999.

Nunes, M., *et.al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Cien Saude Colet.** 24(12):4489-4498, 2019.

Oliveira, W. **Antropologia, Política e Etnografia: entre fronteiras disciplinares e problemas empíricos.** In: Perissionotto, R. M., Codato, A. Metodologia do Estudo de Elites, 2013.

Oliveira, W. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2011.

Oliveira, P. I. Bolsonaro defende liberdade e cogita decreto de livre circulação. Agência Brasil, Brasília. Disponível em:< <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2021-05/bolsonaro-defende-liberda>>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Onocko-Campos, R. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 35 (11) 31 out 2019.

Onocko-Campos, R; Bandeira, N. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v.45, n.128, 2021.

Oslon, M. **A Lógica da Ação Coletiva**, São Paulo, Edusp. 1999.

Paim, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

Paoli, M. **"Movimentos Sociais no Brasil: Em Busca de um Estatuto Político"**, in Helmann, M. (org.). **Movimentos Sociais e Democracia no Brasil**, São Paulo, editora Marco Zero, 1995.

- Passos, I. Poder, normalização e violência: incursões foucaltianas para a atualidade. (org) Passos, Isabel. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.
- Passos, R. G. Trabalhadores do care na Saúde Mental, contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado. Tese Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Humanas, 2016.
- Passos, R. G. Holocausto ou Navio Negreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Revista Argumentum*, Vitória, v.10, n.3, p.10-23, 2018.
- Passos, R. G., *et.al.* Comunidades Terapêuticas, drogas e a disputa do Fundo Público. *Argumentum*, 15(3), 2023.
- Patrocínio, S. **Reino dos bichos e animais é o meu nome**, MOSÉ, Viviane (org). 2ª edição, Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009.
- Peres, P. Comportamento ou instituições: a evolução histórica do neo-institucionalismo da ciência política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 23(68), p. 53-71, 2008.
- Pereira, M; *et.at.* Luta antimanicomial e feminismo: inquietações e resistências. Melissa de Oliveira Pereira (organização). Rio de Janeiro: Autografia, 2019.
- Pereira, M; *et.at.* Luta antimanicomial e feminismo: formação e militâncias. Melissa de Oliveira Pereira (organização). Rio de Janeiro: Autografia, 2020.
- Peters, G. **Comparative Politics: Theory and Methods**. New York: New York University Press, 1998.
- Pierson, P. "The new politics of the welfare State". **World Politics**, 48 (2): 143-179, 1996.
- Pierson, P. **Increasing returns, path dependence and the study of politics**. *American Political Science Review*, v.94, n.2, p.251-267, 2000.
- Pierson, P. Politics in time: **History, institutions and social analysis**. Princeton: Princeton University Press, 2004.

Pitta, A. M. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

Polanyi, K. **A grande transformação**: origens políticas e econômicas de nossa época. Rio de Janeiro: Contraponto, 2021.

Quinaglia Silva, É; Calegari, M. Crime e loucura: estudo sobre a medida de segurança no Distrito Federal. **Revista Antropológicas**, Recife, v. 29, p. 154-187, 2018.

Quinaglia Silva, É; Levy, B. F; Zell, F. S. C. Mulheres perigosas: A dualidade desviante das loucas infratoras. **Anuário Antropológico**, v. 45, n. 2, p. 28-53, 2020.

Rawls, J. **Justiça como Equidade**: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Relatório Mundial sobre Drogas 2022 fornece uma visão global da oferta e demanda de opiáceos, cocaína, cannabis, estimulantes do tipo anfetamina e novas substâncias psicoativas (NPS), bem como seu impacto sobre a saúde. Disponível em:

<<https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>>, 2022.

Relatório de atividades dos Serviços de Saúde Dr. Cândido Ferreira-Campinas em 2021, Disponível: < <https://candido.org.br/portal/transparencia/>>, 2021.

Rede Nossa São Paulo. **O Mapa da Desigualdade é uma publicação da Rede Nossa São Paulo**. Brasil (CC BY-NC 3.0 BR), 2024. Disponível em:

<<https://www.nossasaopaulo.org.br/>>. Acesso em 01 dezembro de 2024.

Reis, Ridenti M, Motta RP. A ditadura que mudou o Brasil: 50 anos do golpe de 1964. Rio de Janeiro: Zahar; 2014. 267p. [1964, Cinquenta anos depois].

Ribeiro, S. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, set. 2004.

Rocha, F; Giordano S. A persistência da higiene e da doença mental: contribuição à história das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1989.

- Rolnik, R. **Guerra dos lugares**. A colonização da terra e da moradia na era das finanças. São Paulo: Boitempo, 2015.
- Rotelli, F; De Leonardis, Ota; Mauri, D. **Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados**. In: NICÁCIO, F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, p. 17-59. 2001.
- Sá, E.N. **Análise de uma organização pública complexa no setor Saúde: o conjunto Juqueri no Estado de São Paulo** [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1983.
- Sader, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 4ª edição 2001.
- Sales, M; Barros, S. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um centro de atenção psicossocial na vida cotidiana. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1275-1292, 2014.
- Salles, A; Miranda, L. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. **Psicol Soc**; 28(2):369-379, 2016.
- Santos Junior, B. **Direitos Humanos priorizados pela justiça**. Natal: DHnet Rede Direitos Humanos e Cultura, 2019.
- Santos, B. S. Reinventar la democracia. In Reinventar la democracia - reinventar el estado. Buenos Aires: CLACSO, 2005.
- Santos, B. S. **Direitos humanos, democracia e desenvolvimento**. São Paulo: Cortez, 2013.
- Sarti, C. “A dor, o indivíduo e a cultura”. *Saúde e Sociedade*, 2001.
- Sarti, C. **O reconhecimento do outro: uma busca de diálogo entre Ciências Humanas e Ciências da Saúde**. São Paulo, tese de livre docência, Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina, 2003.

- Sarti, C. Corpo e Doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 25 N° 74, 2010.
- Sarti, C. **Rastros da violência: a testemunha**. sociol. antropol. | rio de janeiro, v.10.03: 1023 – 1042, set. – dez., 2020.
- Saraceno B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: TeCorá; 2001.
- Siqueira, M. D. “**Vivendo bem até mais que 100!**”: envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos no Brasil. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- Seignour, A. “Méthode d'analyse des discours: L'exemple de l'allocution d'un dirigeant d'entreprise publique”. **Revue Française de Française de Gestion**, 2011/2, nº 211, 2011.
- Senellart, M. Situation des cous. Sécurité, territoire, populations. Paris: Seuil Gallimard, 2004.
- Siblot, Y. **Faire valoir ses droits au quotidien**: les services publics dans les quartier populaire. Paris: Presses de Sciences-P, 2006.
- Sommer, R. Espaço pessoal: as bases comportamentais de projetos e planejamentos. São Paulo: EPU/EDUSP, 1973.
- Souza, C. Federalismo e Descentralização na Constituição de 1988: Processo Decisório, Conflitos e Alianças. **DADOS - Revista de Ciências Sociais** 44 (3):513-560, 2001.
- Souza, C. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. In: Sociologias. Ano 8, n 16, Porto Alegre, jul/dez 2006.
- Souza. K. In: Paixão, Humberto. (org). **Dispositivos de poder/saber em Michel Foucault**: biopolítica, corpo e subjetividade. (org) de Kátia Menezes de Sousa e Humberto Pires da Paixão. - São Paulo: Intermeio; Goiânia: UFG, 2015.

Stracini, M; Moreira, M. Os sentidos do morar sob a ótica dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial: experimentações do viver na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(1): 69-78, 2022.

Surjus, L. **Narrativas políticas**: o olhar dos usuários sobre o caps (centro de atenção psicossocial) de Campinas. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

Telles; Paoli, M. **Direitos sociais**. Conflitos e negociações no Brasil Contemporâneo. In: Cultura e políticas dos movimentos sociais latino-americanos. Belo Horizonte: UFMG, p. 101-105, 2000.

Toledo, E. **História da sexualidade e loucura: as psicocirurgias no Hospital Psiquiátrico de Juquery sob o prisma de gênero** (1936 - 1951). Revista Temporalidades, vol. 7,1 n. 2 (mai./ago. 2015) - Belo Horizonte: Departamento de História, FAFICH/UFMG, 2015.

Yasui, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Wieviorka, M. **La violence**. Paris: Hachette-Littératures, 2005.

Wikinson, P. **O livro da mitologia**. São Paulo: Globo Livros, 2018.

Zanello. Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processo de subjetivação/ Valeska Zanello. -1 edição-Curitiba: Appris, 2018.

Anexos

Anexo 1. Autorização do CEP da UFSCar



**UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ATORES E(M) MOVIMENTOS: ANÁLISE DAS RESISTÊNCIAS

ANTIMANICOMIAIS

Pesquisador: MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO **Área Temática:**

Versão: 3

CAAE: 54781221.8.0000.5504

Instituição Proponente: CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.834.012

Apresentação do Projeto:

Pesquisador apresenta solicitação de emenda do projeto, conforme consta no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2059089_E2.pdf de 29/11/2022

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2059089_E2.pdf	29/11/2022 18:42:38		Aceito
Outros	CartaApresentacaoEmenda.pdf	29/11/2022 18:41:24	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Cronograma	CronogramaAtualizado.pdf	29/11/2022 18:39:15	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	CartaApresentacao_Emenda.pdf	11/03/2022 17:09:45	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	16/12/2021 18:46:30	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito

Declaração de Pesquisadores	DeclaracaodePesquisador.pdf	16/12/2021 18:46:05	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	FolhadeRostoAssinada.pdf	16/12/2021 18:24:42	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	Roteiroparaentrevistasemiestruturadaao susuarios.pdf	16/12/2021 16:16:14	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	Roteiroparaentrevistasemiestruturadaao sprofissionais.pdf	16/12/2021 16:14:49	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	ListadeCentros participantes.pdf	16/12/2021 16:13:47	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	AutorizacaodaCoordenadoriaRegionalde SaudeOesteSMSdeSaoPaulo.PDF	16/12/2021 16:10:48	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Declaração de concordância	AutorizacaodoServicodeSaudeDrCandido FerreiraCampinas.pdf	16/12/2021 16:09:34	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.pdf	16/12/2021 16:05:20	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisaDoutorado.pdf	16/12/2021 16:03:52	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaodeInfraestrutura.pdf	16/12/2021 16:00:58	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

São Carlos, 21 de dezembro de 2022

Assinado por:

Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Anexo 2. Autorização da SMS/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATORES E(M) MOVIMENTOS: ANÁLISE DAS RESISTÊNCIAS

ANTIMANICOMIAIS

Pesquisador: MAYCON LEANDRO

DA CONCEICAO Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54781221.8.3001.0086

Instituição Proponente: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-OESTE

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.928.021

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2070089.pdf	21/02/2023 15:53:20		Aceito
Outros	RespostaspendenciasdoparecerdoCEP.pdf	21/02/2023 15:50:19	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_5904163.pdf	21/02/2023 15:48:18	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito

Outros	Capturasdetela.pdf	21/02/2023 15:46:31	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Trabalhadoresdesaude_versaocorrigida.pdf	21/02/2023 15:44:22	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_UsuariosdeSaudeMental_versaocorrigida.pdf	21/02/2023 15:43:22	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	CartaApresentacaoEmenda.pdf	29/11/2022 18:41:24	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	CartaApresentacao_Emenda.pdf	11/03/2022 17:09:45	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	FolhadeRostoAssinada.pdf	16/12/2021 18:24:42	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	Roteiroparaentrevistasemiestruturadaaosusuarios.pdf	16/12/2021 16:16:14	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	Roteiroparaentrevistasemiestruturadaaosprofissionais.pdf	16/12/2021 16:14:49	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	ListadeCentrosparticipantes.pdf	16/12/2021 16:13:47	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Outros	AutorizacaodaCoordenadoriaRegionaldeSaudeOesteSMSdeSaoPaulo.PDF	16/12/2021 16:10:48	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDO.pdf	16/12/2021 16:05:20	MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO	Aceito
Projeto Detalhado	ProjetodePesquisaDoutorado.pdf	16/12/2021	MAYCON LEANDRO	Aceito

Página 09 de

/ Brochura Investigador	ProjetodePesquisaDoutorado.pdf	16:03:52	DA CONCEICAO	Aceito
----------------------------	--------------------------------	----------	--------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 06 de março de 2023

Assinado por:
Doralice Severo da Cruz
(Coordenador(a))

Anexo 3. Roteiro de entrevistas

1. Sobre a formação acadêmica e profissional

- Nome, data de nascimento, formação técnica e/ou acadêmica? (Onde fez sua graduação/técnico? Houve especializações ou pós?)
- Como você se autodeclarada pelo IBGE? (Branco(a); Negro(a); Pardo(a); Amarelo(a) ou Indígena?)
- Como foi o seu percurso até ser um profissional da área de saúde?
- Como se deu o seu percurso para ser um trabalhador na Rede de Atenção Psicossocial?
- Como foi o seu percurso até ser um profissional de saúde mental?
- Como você avalia a relação de sua formação acadêmica com a sua atuação profissional? (A grade curricular é atualizada com a realidade dos atendimentos? Se há problemáticas, como poderiam ser solucionadas?)

2. Sobre a atuação profissional na Rede de Atenção Psicossocial

- Qual a sua atuação específica no Centro de Atenção Psicossocial e/ou Serviço Residencial Terapêutico?
- Como você avalia a importância da sua profissão ao cuidado da saúde mental? Qual a sua percepção sobre a atuação com outras profissões que compõem a rede de atenção psicossocial?
- Qual sua opinião sobre a relação de sua profissão com os laudos responsáveis para os diagnósticos dos usuários nos CAPS/SRTs?
- Como sua profissão contribui para o atendimento prestado atualmente na RAPS? Como é o seu contato com a família dos usuários nos serviços de saúde? Eles visitam com frequência os usuários? Como você considera a relação dos usuários com os seus familiares?
- Aponte as satisfações e insatisfações de sua atuação nos CAPS/ SRTs.
- Qual a sua opinião sobre o atendimento à saúde mental no município de Campinas/ São Paulo?
- Como a pandemia recente causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2) afetou a sua rotina diária nos serviços?

3. Sobre políticas públicas de saúde mental e atuação na Rede de Atenção Psicossial.

- Como você avalia a construção do campo da saúde mental no SUS? (Qual a sua opinião sobre o SUS atualmente?)
- Como considera o processo da reforma psiquiátrica brasileira? Qual a sua opinião sobre a aprovação da lei n.10.216?
- Você participa de algum movimento nacional social? (Você participa de atividades extras promovidas pela prefeitura?)
- Como você analisa a política pública de saúde mental em conjunto com a sociedade civil?
- Qual a sua opinião sobre a lógica manicomial por parte da sociedade?
- Como você avalia a estruturação da RAPS no território intersetorial no município que trabalha? Você gosta da estrutura dos serviços (CAPS, SRTS, Consultório na Rua, Oficinas de Inclusão Social e serviços de Emergência e Urgência)
- Como avalia a atual construção multiprofissional pela política pública brasileira de saúde mental nos SRTs? (Como sua área pode contribuir para mudanças?)
- Como você avalia as novas aprovações de leis da PNSM? (da Lei nº 13.840/ 2019 que aborda o Políticas Públicas sobre Drogas e da Nota Técnica Nº 11/2019)
- Você tem conhecimento sobre o posicionamento de tais aprovações no Conselho profissional que você é filiado? (Você recebe algumas diretrizes desses Conselhos?)

Finalização da entrevista: Você gostaria de completar com alguma outra informação que não foi mencionado?

Muito Obrigado pela sua colaboração e atenção!