



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

Maycon Leandro da Conceição

**TRAJETÓRIA DA CIDADANIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE
SAÚDE MENTAL: O CASO DO SERVIÇO DE SAÚDE CÂNDIDO
FERREIRA**

São Carlos

2021

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

Maycon Leandro da Conceição

**TRAJETÓRIA DA CIDADANIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE
SAÚDE MENTAL: O CASO DO SERVIÇO DE SAÚDE CÂNDIDO
FERREIRA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos.

Orientador: Thales Haddad Novaes de Andrade

Financiamento: Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

São Carlos

2021

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a)

Conceição, Maycon Leandro

Trajetória da cidadania na política pública de saúde mental:
o caso do Serviço de Saúde Cândido Ferreira / Maycon Leandro da
Conceição. -- São Carlos: UFSCar, 2021.

119 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2016.

1. Cidadania. 2. Reforma Psiquiátrica. 3.
Desinstitucionalização. 4. Movimentos Sociais. 5. Políticas
Públicas. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Maycon Leandro da Conceição, realizada em 26/02/2021.

Comissão Julgadora:

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

Prof. Dr. Gabriel Ávila Casalecchi (UFSCar)

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

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

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política.

Dedico essa dissertação aos usuários, familiares e profissionais dos serviços de saúde mental, que seguem na luta para uma sociedade com justiça social e resistências de acesso à Rede de Atenção Psicossocial sem manicômios.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento da pesquisa, que me permitiu dedicação exclusiva, promovendo meu aperfeiçoamento acadêmico e pessoal.

Agradeço principalmente ao meu orientador, Professor Doutor Thales Haddad Novaes de Andrade, agradeço pela orientação, pelas discussões nos grupos de pesquisa e pela colaboração deste trabalho. Com respeito e admiração, Thales, você me ensinou a importância da construção de uma pesquisa no campo da Ciência Política de cunho mais social e contribuir de alguma forma para o debate, tão necessário, acerca das políticas públicas de saúde mental no Brasil.

Gostaria também de agradecer aos professores doutores do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Profa. Dra. Simone Diniz e Prof. Dr. Gabriel Casalecchi, pelo ensino-aprendizado em disciplinas durante meu percurso do mestrado. E, em especial ao Gabriel Casalecchi, pela participação na banca do Exame da Qualificação e Defesa, você me orientou em cada aula, cada discussão textual a importância de ser um pesquisador mais crítico com a literatura. Agradeço à Profa. Dra. Carolina Raquel Duarte de Mello Justo, por me auxiliar no meu interesse inicial pela temática sobre as políticas públicas no decorrer da minha graduação. Também agradeço à Profa. Dra. Sônia Regina da Cal Seixas, pela participação na Banca de Defesa, contribuindo para a construção de um trabalho bem fundamentado e estruturado.

Agradeço também aos funcionários e técnicos terceirizados da UFSCar, em especial ao secretário do PPGPol, José Olímpio, sempre solícito. Também agradeço ao Prof. Dr. Juan Carlos Aneiros Fernandez do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, inspirador dos meus questionamentos aos saberes biomédicos e apoiar na minha trajetória acadêmica nas Ciências Sociais.

Aos profissionais do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira-Campinas e à equipe do CAPS Estação, onde foi realizado este estudo de caso, gostaria de lhes agradecer pela concessão da coleta de dados, sempre cedendo entrevistas com gentileza e paciência, mesmo num ano atípico. Contribuíram em encontros emocionantes, através de compartilhamentos de suas rotinas diárias, suas trajetórias históricas, suas opiniões e, especialmente seus medos, aflições e experiências.

Aos amigos e familiares ao longo dos anos da minha vida, companheiros nos momentos descontraídos e complexos, demonstrando que podemos construir uma amizade através das diferenças e singularidades e até mesmo pelo distanciamento social imposto pelo Covid-19.

Por fim, manifesto meus agradecimentos aos meus pais, Zé e Leia que me auxiliam com apoio e carinho, demonstrando que podemos superar os desafios cotidianos nas horas intensas. À minha irmã e amiga Andreia e especialmente à minha avó Iga por me ensinar que podemos ser protagonistas da nossa própria história. Agradeço igualmente minha avó Aurelina (in memoriam) e à memória da minha grande tia Kátia, pela sua força e perda brusca enquanto estava no processo de escrita dessa dissertação.

*Vocês que vivem seguros
em suas cálidas casas,
vocês que, voltando à
noite,
encontram comida quente e rostos amigos,*

*Pensem bem se isto é um homem que
trabalha no meio do barro, que não
conhece paz, que luta por um pedaço
de pão, que morre por um sim ou por
um não.*

*Pensem bem se isto é uma
mulher, sem cabelos e sem
nome, sem mais força para
lembrar, vazios os olhos, frio o
ventre, como um sapo no
inverno.*

*Pensem que isto aconteceu:
eu lhes mando estas
palavras.
Gravem-na em seus corações,
estando em casa, andando na rua,
ao deitar-se, ao levantar-se;
repitam-nas a seus filhos.*

*Ou, senão, desmorone-se a sua casa,
a doença os torne inválidos,
os seus filhos virem o rosto para não vê-los.
(É isto um homem, Primo Levi)*

*Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar seguir
Receita tal*

*A receita cultural
Do marido, da família.
(Triste, louca ou má, Francisco el hombre)*

RESUMO

A partir de um estudo de caso (2019-2020) realizado no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira em Campinas-SP, a presente pesquisa buscou-se analisar a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), visando compreender as transformações objetivas e subjetivas da cidadania na perspectiva dos usuários egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. Partimos da pergunta: quais discursos acionados pelos atores dos serviços de saúde mental que são afetados cotidianamente pelas diretrizes da PNSM, que se relacionam com a garantia e acesso aos direitos sociais, políticos e civis, negociações de poder e, as configurações dos novos dispositivos legais, assistenciais dos serviços e ações no campo da reforma antimanicomial? Para tal, procura-se evidenciar as articulações da cidadania como elemento central da legislação das políticas públicas e ao refletir sobre as trajetórias do processo de desinstitucionalização, emergem novos protagonismos antimanicomiais e a ressignificação da loucura contemporânea são redefinidos. Os dados indicam a complexidade do processo da reforma psiquiátrica brasileira, permeados de diversos planos normativos, culminando em reconfigurações institucionais e conflitos políticos, sociais e culturais. Concluiu-se que os atores denominados com transtornos graves e persistem manter-se vinculado a estigmatização e patologização da doença mental, conflitos com internação jurídica, dificuldades acerca da inclusão pelo trabalho, educação, movimentos artísticos e sociais, ocupação à cidade e, sobretudo a vulnerabilidade social e a mercantilização do sofrimento psíquico.

Palavras-chave: cidadania, reforma psiquiátrica, desinstitucionalização, movimentos sociais, políticas públicas.

ABSTRACT

Based on a case study (2019-2020) carried out at the Dr. Cândido Ferreira Health Service in Campinas-SP, the present research sought to analyze a National Mental Health Policy (PNSM), covering the objective and subjective transformations of citizenship in perspective of users discharged from long hospitalizations in psychiatric hospitals. Starting from the question: which speeches triggered by the actors of mental health services that are affected daily by the PNSM guidelines and that are related to the guarantee and access to social, political and civil rights, power negotiations and the configurations of the new legal devices, assistance of services and actions in the field of anti-asylum reform? To this end, the aim is to highlight the articulations of citizenship as a central element of public policy legislation and when reflecting on the trajectories of the deinstitutionalization process, new anti-asylum protagonisms emerge and the resignification of contemporary madness is redefined. The data indicate the complexity of the Brazilian psychiatric reform process, permeated by several normative plans, culminating in institutional reconfigurations and political, social, cultural conflicts. It was concluded that the actors named with serious and persistent disorders remain linked to stigmatization and pathologization of mental illness, conflicts with legal internment, difficulties regarding inclusion through work, education, artistic and social movements, occupation of the city and, above all, social vulnerability and the commodification of psychological suffering.

Keywords: citizenship, psychiatric reform, deinstitutionalization, social movements, public policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, TABELAS E ANEXOS

| | |
|---|-----|
| Figura 01- Divisão dos Serviços de Saúde Dr. Cândido Ferreira..... | 51 |
| Tabela 01 – Rede de Atenção Psicossocial, em 2019..... | 46 |
| Tabela 02 – Leis instituídas no Brasil, período de 1841 a 2020..... | 48 |
| Tabela 03 – Modalidades dos CAPS e SRT em Campinas-SP..... | 54 |
| Tabela 04 – Custeio decorrido em 2019..... | 55 |
| Tabela 05 -Redução dos leitos hospitalares..... | 78 |
| Tabela 06 – Redução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas..... | 86 |
| Anexo 01- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... | 106 |
| Anexo 02- Autorização de pesquisa acadêmica no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira..... | 111 |
| Anexo 03- Roteiro para entrevista semi-estruturada..... | 112 |
| Anexo 04- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 116 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BPC- Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I e II- Centro de Atenção Psicossocial (atendimento diurno para adultos)

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial de adultos (24 horas)

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CFM – Conselho Federal de Medicina

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CT – Comunidade Terapêutica

ESF – Equipe de Saúde da Família

LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental

MNLA- Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MS - Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RPB- Reforma Psiquiátrica Brasileira

SUS - Sistema Único de Saúde

SSCF- Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

| | |
|---|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 14 |
| 1.1. Construção do problema de pesquisa e abordagem teórico-metodológica | 19 |
| 2. RELAÇÃO DA CIDADANIA E SAÚDE MENTAL | 28 |
| 2.1. Percurso da cidadania..... | 29 |
| 2.2. Institucionalização da loucura e negação da cidadania..... | 34 |
| 2.3. Desinstitucionalização da loucura e novas perspectivas de cidadania..... | 37 |
| 3.MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E LEI FEDERAL Nº 10.216/ 2001 | 40 |
| 3.1. Lei n º 10.216- Reforma Psiquiátrica Brasileira..... | 44 |
| 3.2. Atenção em Saúde Mental no município de Campinas-SP | 51 |
| 3.3. Estudo de caso | 55 |
| 4. AVANÇOS E IMPASSES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA | 59 |
| 4.1. Diversidade multiprofissional | 59 |
| 4.2. Protagonismo dos usuários e territórios | 68 |
| 4.3 Entre campo e mudanças Institucionais, Políticas, Culturais e Sociais | 71 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 90 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 96 |

1. APRESENTAÇÃO

A cidadania em sociedades contemporâneas sob regimes de Estados Democráticos de Direitos é uma luta diária, incorporados por diversos elementos- a cidadania das mulheres, negros, indígenas e homossexuais- Entretanto, ao adotar à saúde mental só pela categoria cientificamente de “doente mental”, o sujeito é desconstituído de seus direitos políticos, jurídicos e civis, tornando-se assim um mero não cidadão.

Paulo Amarante¹

A epígrafe apresentada acima analisa as diferentes questões envolvendo a trajetória da cidadania em interface com a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), permeados por uma diversidade de conceitos e multidisciplinaridade na literatura de saúde mental e da Ciência Política. De um lado, a pesquisa compreende a relação desenvolvida, por exemplo, na função especificamente dos usuários de serviços de saúde mental para a garantia dos direitos plenos, à igualdade, à participação, à justiça social e à dignidade humana. Nesse sentido, também tentamos compreender os avanços, rupturas e desafios do processo da reforma psiquiátrica no Brasil, a partir da inclusão pelo trabalho, pela arte-cultura, mobilização dos movimentos sociais e o direito de ocupação das cidades, configurando-se um vasto caminho de ressignificação da loucura na contemporaneidade.

Por outro lado, uma das maiores conquistas da reforma psiquiátrica ao longo de quatro décadas foi a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, responsável por implementação de políticas públicas no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, sob responsabilidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a criação de uma ampla rede de atenção psicossocial em todo o território nacional, pautado no cuidado em liberdade e novas reorientações assistenciais psiquiátricas. Tais realizações são derivados das lutas dos movimentos antimanicomiais, resultando-se como instrumentos de emancipação social e de reconhecimento identitários dos atores sociais em sofrimento mental, através de ações contra hegemônicas de mudanças institucionais, políticas e culturais contra violações dos direitos humanos, proteção da dignidade humana e, especialmente, a equidade aos grupos marginalizados e excluídos da sociedade.

¹ O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p.17.

No presente estudo teve como objetivo analisar os direitos inerentes ao percurso da cidadania e articulados com as políticas públicas, concebidas como políticas sociais referentes as ações do Estado (HOCHMAN, 2007; FARIA & MARQUES, 2018), à função das formulações dos governos nas políticas setoriais (à saúde) e programas da reforma do Estado (ARRETCHE, 2003, p.7-8). Para essa reflexão, o direito à saúde é definido como acesso integral, universal e igualitários, atribuído no artigo 196º da Constituição Federal de 1988², expondo “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Nesse contexto, a Constituição de 1988 foi fundamental para a construção democrática no país a partir de definições da Seguridade Social, direito igualitário à saúde, inclusão do sistema previdenciário e assistencial, consolidados com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1992, onde foi operacionalizado o Sistema Único de Saúde, pautado em um “regime híbrido”, com participação de recursos públicos e privados, “apesar da definição legal de um sistema púnico, público, universal e gratuito” (MENICUCCI, 2007, p.305).

Ademais, a Constituição da República Federativa do Brasil, fundamentou-se os direitos e deveres do Estado e ações coletivas da sociedade civil, organização dos poderes, defesa do Estado, tributação e do orçamento, ordenamento econômico, financeiro e social. Em relação a cidadania, a partir do seu preâmbulo denomina a cidadania como pilares do contrato social: “Um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça”. Por fim, os termos mais específicos da cidadania presentes na Carta Magna, também é expressa no artigo 1º, inciso II, artigo 5º, no inciso XXXIV, LIV, LXXI e LXXVII, e na Lei nº 10.835-2004 (instituinto a renda básica da cidadania), podendo ser sintetizado em que os homens e mulheres são iguais perante a lei, ao exercício dos direitos de liberdade, à vida, à igualdade constitucionais e da distinção referentes à nacionalidade, à soberania e aos direitos.

Isto posto, esta dissertação procura discutir algumas características evidenciados pela bibliografia e da realização do estudo de caso, demonstrado na seguinte argumentação: (i) o processo da reforma psiquiátrica é complexo, plural e composto de inúmeros planos

² Constituição da República Federativa do Brasil/ Marcos Antônio Oliveira Fernandes, organização. -22. ed.-São Paulo: Rideel, 2016. – (Códigos e Legislação Rideel), p.5-6.

normativo (Leis, Portarias, Notas Técnicas e Decretos), configurações teóricas e práticas, o que torna sua reflexão um desafio (ANDRADE & MALUF, 2017; TORRE & AMARANTE, 2018; LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007). Logo, a aprovação da Lei número 10.216 de 2001, que dispõe sobre os direitos e modelo assistencial da saúde mental, é resultado que o Estado brasileiro tem sido capaz de elaborar políticas públicas frente a heterogeneidade dos movimentos antimanicomial. (ii) a construção da cidadania e concepção da doença mental diz respeito diretamente às relações específicas travadas entre os usuários com o Estado e em conjunto com a sociedade. Nesse raciocínio, os sujeitos tornam-se cidadãos na medida em que se sentem fazendo parte especificamente de um Estado Democrático de Direito e integrado à sociedade. Esse fato é decorrente de que a cidadania e o adoecimento mental não percorrem um caminho linear, mostrando a presença de diversos desdobramentos, avanços, retrocessos e (re)arranjos político-institucionais e políticos-culturais e sociais.

O trabalho inicia-se principalmente com o intuito de compreender o processo de desinstitucionalização no município de Campinas e suas implicações em políticas públicas. Para tal, mobilizamos a compreensão da legislação intitulado como a reforma psiquiátrica, através da aprovação da Lei n ° 10.216 de 2001, propondo a construção de serviços substitutivos ao invés do modelo asilar e (re)organização dos serviços através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo como acesso principal ao Sistema Único de Saúde feitos através da Atenção Básica de Saúde e às Redes de Atenção à Saúde. Assim, para fazê-lo, foi realizado uma incursão de campo no Serviços Residencial Terapêutico, responsável pelo processo de inserção biopsicossocial. Nossa proposta foi considerar os discursos acionados pelos usuários e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial-Estação, tipo III (destinado para adultos e funcionalidade de 24 horas), sobre a cidadania na saúde. Por fim, foi realizado observação participante e aplicação de vinte entrevistas semiestruturadas com trabalhadores ocorreu no um período de setembro a dezembro de 2020.

A partir de um recorte temático sobre a desinstitucionalização dos serviços e da loucura, movimentos possíveis a partir das lutas e resistências dos movimentos sociais, responsáveis por transformações sociais desde a redemocratização brasileira. Tais mobilizações sociais no campo da saúde mental foram marcadas pela atuação do protagonismo diversos atores sociais, como usuários, trabalhadores de saúde, gestores, parlamentares e familiares e, principalmente pelos membros do Movimento da Luta Antimanicomial e Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Tais mobilizações

dos movimentos anti-proibicionistas e emancipatórios, permitiram mudanças nas políticas sociais e envolvendo toda sociedade civil. O processo da reforma foi responsável por um conjunto de reorientações da assistência psiquiátrica, através dos eixos norteadores como teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural, que ora se entrelaçam, ora são conflitantes e/ou consensuais e geram tensões no campo dos saberes da política pública de saúde mental (AMARANTE, 1996, 2010, 2018).

Para tentar responder a hipótese que baseou esse estudo, de que há uma relação intrínseca da cidadania na construção identitária dos atores, incluindo a loucura contemporânea. Partimos de um diálogo das transformações da ação coletiva realizadas nas mobilizações dos movimentos sociais, pautados em mudanças de políticas sociais, políticas-institucionais, articulados na reforma sanitária, com movimento nacional da luta antimanicomial, que impulsionaram a ampliação da noção de direitos, consolidados na Constituição de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (CHAUÍ, 2007; DAGNINO, 2000, 2002; DOIMO, 1995; DRAIBE, 2007; GOMES, 2006; LÜCHAMANN 2002; LÜCHMANN & RODRIGUES, 2007; TEIXEIRA & TATAGIBA, 2005; PAOLI, 1995; SADER, 2001). Dessa forma, tentamos compreender a atuação do Estado e das políticas públicas de saúde mental através da concepção proposta Evelina Dagnino, a partir da construção de um regime democrático instituído no Brasil permitiram possibilidades da consolidação de uma “nova cidadania”, sendo formas do ideário de direitos, cujo ponto de partida é, a concepção dos sujeitos em direito a ter direitos (2000, p.86).

Os dados levantados permitem um diálogo a partir bibliografia envolvendo a cidadania e interseccional com o campo da saúde mental, análises de gênero, relações étnico-raciais, vulnerabilidade social, relações de poder, corpo, subjetividades e os processos de saúde e doença. Embora atualmente o Estado reconheçam os usuários a condição de sujeito de direito, novas formas de restrição de acessos são desenvolvidas por conta da especificidade de suas demandas. Ou seja, a conquista da mobilização dos novos movimentos sociais e consolidação das políticas à saúde mental, nos dias de hoje, se vêm ameaçadas no cenário político brasileiro, especialmente com a aprovação da Portaria nº 3.588, em 2017, sendo reintroduzida pela primeira vez na Rede de Assistência Psicossocial a figura do Hospital Dia (hospital monovalente de lógica manicomial), flexibilização das moradias dos serviços residenciais terapêuticos em zonas rurais, desobrigação dos municípios na efetivação da atenção comunitária estruturada com equipes de Núcleo de Apoio da Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Portanto, no primeiro ano do governo Bolsonaro em 2019, ocorreu a divulgação da Nota Técnica Nº 11/2019, referente as novas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2017b) e da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2018, 2019a), com reabertura de leitos públicos/privados em hospitais psiquiátricos, retirada da menção de redução de danos, banalização do uso de Eletroconvulsoterapia (eletrochoques), consolidação dos recursos financeiros e parcerias com clínicas privadas de reabilitação, chamadas Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2017b, 2019a), que em sua maioria são ligadas as instituições filantrópicas e religiosas, apresentando um cuidado mental a base de fé, terapia pelo trabalho, abstinência e principalmente por internações involuntárias. Também ocorreu a aprovação da Lei nº 13.840/2019, promovendo a redução da participação do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e facilitação das interdições compulsórias por vias da judicialização.

Sendo assim, a organização textual é resultado de analisar a trajetória da cidadania a partir das perspectivas dos atores sociais na rede pública de saúde mental, constituído nas seguintes etapas: Na segunda seção apresentaremos uma breve contextualização do exercício dos direitos articulados com a construção da loucura, pautada pelos saberes biomédicos psiquiatrizantes. Trazemos à luz também a atuação dos movimentos sociais, reflexões da desconstrução da loucura ao colocar em problemática os embates políticos, novas construções de novas oportunidade do protagonismo dos usuários como sujeito de direitos e deveres inseridas na sociedade civil.

Na terceira seção apresentamos inicialmente o contexto das lutas dos movimentos sociais, em especial do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Além disso, apresentamos o que significou, em termos da realidade atual o redirecionamento da assistência psiquiátrica no país, com a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial, garantidas através da aprovação da Lei 10.216. É também nesta seção que discutiremos o estudo de caso no município de Campinas-SP. A quarta seção é dedicado à discussão dos resultados dos dados obtidos, seus movimentos nos processos desencadeados pela reforma psiquiátrica. Apresentamos como as experiências dos profissionais e usuários da pesquisa estão marcadas pela definição de lugares relacionais e hierárquicos, bem como por processos complexos onde se engendram estratégias micropolíticas de sujeição e resistências. Discute-se como as práticas e discursos acionados neste contexto se configuram como práticas de cuidado, mas também como resistências de acesso aos direitos. Na última seção, abordaremos as considerações finais.

A seguir, apresentaremos a construção do problema de pesquisa e os procedimentos metodológicos utilizados através do levantamento bibliográfico, realização do estudo de caso na cidade de Campinas, no interior paulista. Propondo uma contribuição do campo da Ciência Política através de uma pesquisa interdisciplinar envolvendo cidadania, políticas públicas, movimentos sociais e reforma psiquiátrica brasileira.

1.1. Construção do problema de pesquisa e abordagem teórico-metodológica

O objetivo desta dissertação foi realizar uma análise crítica da trajetória da cidadania na constituição atual das políticas públicas de saúde mental e compreender o desenvolvimento do exercício dos direitos a partir de diversos elementos que constituem a cidadania, como as relações de poder, reflexões sócio-políticas e culturais, gênero, raça, classe e vulnerabilidade sociais. Com esse intuito, procurar-se-á discutir as possíveis fronteiras teóricas e práticas das formas singulares e coletivas inseridos na reforma psiquiátrica brasileira. Deste modo, o problema de pesquisa central pode ser expressado na seguinte pergunta: quais discursos acionados pelos atores dos serviços de saúde mental que são afetados cotidianamente pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental sobre as percepções da garantia e acesso aos direitos sociais, políticos e civis, negociações de poder e, as configurações dos novos dispositivos legais, assistenciais dos serviços no campo da saúde mental na reforma antimanicomial?

Para tentar responder o problema de pesquisa, consideramos os discursos acionados pelos usuários e profissionais no Serviços Residencial Terapêutico. Assim, consideramos a perspectiva metodológica qualitativa da “Análise do Discurso” presente nas obras do filósofo Michel Foucault, dentre elas: “*As palavras e as coisas*” (2000), “*A arqueologia do saber*” (2008), *A vontade e o saber* (2020), “*Subjetividade e verdade*” (2016), “*O sujeito e o poder*” (1995) e *Os anormais* (2010). Os discursos podem ser entendidos como práticas discursivas linguísticas que constroem as identidades dos indivíduos, definidas por dispositivos de poder e saber estabelecidos em todas as sociedades, dando sentidos a organização dos Estados modernos e contemporâneos, através de três relações: biopoder, corpo e subjetividade. Ou seja, “enquanto o sujeito é colocado em relações de produção e de significação, é igualmente colocado em relações de poder muito complexa” (FOUCAULT, 1995, p. 232). Nesse contexto, preocupamos com os discursos relacionados em torno da loucura, tentando compreender os motivos de que algumas narrativas são consideradas verdadeiras, aceitas e plausível na sociedade e, porque os discursos dos sujeitos com transtornos mentais são considerados delírios ou até

mesmo uma perda total de razão. De acordo com Foucault (2010) a construção da loucura a partir da normatização dos corpos construiu “discursos de verdades”, “discursos que fazem rir” e as instituições permeadas de violências, submeteram os sujeitos com medidas punitivas, ações de reinserção, readaptações e silenciamentos. (p.21).

Os discursos são relacionados com a concepção de dispositivos, dirigidos as práticas discursivas, permeadas nas instituições de forma heterogênea, passando por maneiras arquitetônicas, leis, legislações administrativas, normas, valores morais e diretrizes científicas e todos os discursos estão presentes em formas dispositivas. (COURTINE, 2013; FOUCAULT, 2015). Essas narrativas consolidam em uma rede complexa de estrutura de poder, inseridas em três subsistemas de poder: “relações de poder”, “relações de comunicação” e as “capacidades objetivas”, culminados em produção e transformações no “domínio das técnicas (da transformação do real), o domínio de comunicação (da fabricação dos sentidos) e o domínio de coação (da ação de homens sobre homens)” (PAIXÃO & SOUSA, 2015, p.7). Nesse aspecto, a construção da loucura no início do século XVIII até grande parte do século XX nas sociedades ocidentais, pautou-se nos saberes científicos da medicina clássica psiquiatrizante, com ênfase nos dispositivos correlativos, normatização de corpos, categorização de “loucos” e “doentes mentais” e a exclusão social era o único caminho possível ocorridos em asilos, manicômios e hospitais psiquiátrico.

Ademais, ao utilizamos a teoria-metodológica em tono da Análise dos Discursos, constituído como mecanismos linguísticos relativos aos novos dispositivos na contemporaneidade, através dos saberes e poderes atrelados ao biopoder e subjetivação. Para reflexão, Foucault relaciona os discursos como ferramentas da desconstrução das teorias jurídicos-políticas tradicionais referentes a centralidade dos Estados e analisa que os dispositivos nos sistemas prisionais, manicomial e na sexualidade. A partir da literatura da “*Arqueologia do saber*” (2008) mostra-se a relação do saber como poder, através das narrativas discursivas, pautada relação de poder estão presente no pensamento e no dizível, construídos como verdades e, contrariamente, os discursos considerados como falsos, nesse caso, as narrativas do louco/loucura consideradas ainda como tabus. Nesse aspecto, Foucault propõe que os discursos baseados em saber e poder, podem ser justificáveis nas relações de poder, entre elites dirigentes, entre senhores e servos, mas também em todas as redes sociais, imbuídos de heterogeneidades, sistema de forças, vontades individuais e coletivas, valores, signos prescritos socialmente em rede, sendo configurações de clivagens de classe, gênero, raça, trabalho, profissão, religião e

familiares. Tais dispositivos de saber e poder são poderes dispersos e importantes nas construções das subjetividades (os percursos que os homens, mulheres tornam-se sujeitos). Como apresentando a seguir:

A arqueologia do saber baseia não somente aos pensamentos, os signos, os recortes visuais, os temas, as obsessões que se ocultam ou se manifestam nas narrativas; mas os próprios discursos, enquanto práticas que obedecem a regras. Trata-se do discurso como normas documentais, como significações de alguma coisa, como percurso objetivo, enfim, aí onde se mantém a concretude do essencial; se dirige ao discurso em seu volume próprio. Não se trata de um saber interpretativo: não busca um “outro” discurso mais oculto. É contrário a “alegórica”. (FOUCAULT, 2008, p. 157).

Dito em outras palavras, Foucault utiliza os saberes no sentido de possibilidade de conhecimentos, instrumentos de coerção, não se tratando apenas do conhecimento científico, mas como um saber prático e disciplinador no cotidiano. Segundo o autor, “analisar o discurso é fazer com que desapareçam e reapareçam as contradições, é mostrar o jogo que nele elas desempenham, é manifestar como ele pode exprimi-las, dar-lhes corpo, ou emprestar-lhes uma fugidia aparência” (FOUCAULT, 2008, p.171). Assim, a arqueologia é um método próprio onde os objetos são descritos por si, sem que análise o saber que transformam os efeitos em causas, já a conceituação da genealogia é a tática discursiva atreladas ao tempo e no local onde o sujeito está inserido, esses lugares onde tais indivíduos estão imersos dentro das sociedades e comunidades são permeados por normas de comportamento e consolidados em conhecimentos científicos de saber, ordens discursivas e regimes de verdades assim descrita em cada instituição que sujeitam os corpos através de dispositivos de poder, biopolítica e subjetiva (PAIXÃO & SOUSA, 2015; FOUCAULT, 2005b, p. 172).

Desta maneira, esses dispositivos nas sociedades modernas foram capazes de sujeitaram os corpos dos sujeitos com transtornos mentais, a partir de produções sistemáticas inseridos nos saberes biológicos, articulados com o poder da psiquiatria, ao manifestam também por meio de discursos científicos tidos como verdadeiros e carregados de valores morais e, por isso, esses corpos considerados como indesejáveis, perigosos, anormais, patológicos e desviantes foram excluídos através de instituições asilares. Ou seja, “as pessoas que caem nas mãos de uma psiquiatria certamente já terão

chamado a atenção de seus pares”³. Pois, a partir do momento que um indivíduo que foge à normalização, precisa sofrer com medidas correlativas, punitivas, mecanismo de readaptação e conseqüentemente a exclusão, levando ao apagamento de suas vozes e toda subjetividade, não tendo importância suas histórias, seu sofrimento psíquico, suas experiências singulares, suas relações sociais e automaticamente tais silenciamentos disciplinares levaria a “mortificação do eu” (AMARANTE, 1996; FOUCAULT 2001; GOFFMAN, 1980, 2015).

Ao definimos a Análise dos Discursos como ferramenta analítica nesse estudo, realizamos entrevistas semiestruturada e observação participante dentro de um serviço de saúde municipal, objetivando compreender as transformações objetivas e subjetivas da cidadania na perspectiva dos profissionais e usuários egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, os motivos levados pela opção desses atores como sujeitos desta pesquisa estão relacionados ao nosso entendimento de que através dessas narrativas, a partir de suas vivências, experiências, trajetórias pessoais e profissionais contribuirá para a análise a ser realizada, trazendo uma perspectiva pouco explorada pela Ciência Política, tendo em vista a predominância da produção em períodos sobre saúde, doença, loucura e conseqüentemente a dor e o sofrimento se constituem nas normatividades biomédicas, que insistem em reduzir as subjetividade desses sujeitos somente em corpos doentes e que precisam ser reeducados constantemente.

Além disso, suas experiências parecem representativas no contexto político, social e crise de saúde pública promovidos pela pandemia do Covid-19 e, por isso, foram privilegiados. A incursão de campo deu-se para além dos prontuários clínicos, que na nossa visão não traduzem a identidade dos sujeitos em sua totalidade. Destacamos também as características entre tantas pesquisas, situados no campo das políticas públicas, que se dedicam-se em refletir sobre o processo de desinstitucionalização em torno da reforma psiquiátrica, percebemos uma certa ausência de como os processos marcos legislativos, através da política pública (*policy*), a sociedade pública (*polity*), a política (*politics*) e as instituições de saúde são incorporados no cotidiano. Assim, para fazê-lo procuramos responder algumas questões, por exemplo, de que forma e nas mobilizações diárias, sob a condução de atores de direitos, inseridos na comunidade aberta, como esses sujeitos criam estratégias micropolíticas que modificam as complexas relações de poder marcadas pelos

³ GOFFMAN, E. Sintomas mentais e ordem pública. In: FIGUEIRA, Sérvulo A. org. Sociedade e doença mental. Rio de Janeiro, Campus, 1978, p.9.

conflitos de acesso aos direitos, estigmatização, preconceitos e percepção sobre a garantia e promoção da sua cidadania.

Ao questionamos os desafios práticos de acesso ao trabalho, educação, esporte, lazer e trabalho dentro da comunidade, compreendemos nas sutilezas as fronteiras das novas lógicas manicomial inseridas nas subjetividades das pessoas, tendo como consequência a construção das identidades e subjetividades, categorias constantes construídas. Nesse aspecto, a consolidação do eu é baseada em valores, sentimentos, signos, sentidos dados em relação com sociedade, familiares, sociedade, religião. Como proposto por Stuart Hall (2000), definidas os discursos como aspectos singulares dos sujeitos, a partir das suas relações culturais, contextualização históricas e dentro das instituições, podendo ser sintetizados em três identidades: o indivíduo do Iluminismo (concepção na razão); o indivíduo denominado sociológico (presente nas sociedades modernas); e o último, o sujeito pós-moderno, constituído como uma “identidade sob rasura” ou “identidade não fixa”, permitindo a elaboração de uma identidade baseada em reconhecimento, emancipação e completamente pautada nas diferenças nas sociedades contemporâneas (HALL, 2000; p.106)

Ademais, o meu interesse pela temática da política pública de saúde mental na relação de cidadania e questões identitárias surgiu durante a minha especialização na área de Ciências Sociais em Saúde, ocorrido em 2018 na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), do qual realizei uma pesquisa a partir dos discursos das mulheres submetidas ao tratamento de cuidados paliativos no Ambulatório de Oncologia Clínica no Hospital de Clínicas. Os dados mostraram-me que embora os mecanismos teóricos e práticos de direitos sociais, por exemplo o auxílio-doença, atrelados ao sistema previdenciário. Era necessário olhar para as trajetórias cotidianas dos sujeitos, refletir que a saúde dos sujeitos é um assunto ligado as singularidades pessoais, é cada indivíduo que sofre, adoece e reconhece suas dificuldades para enfrentar as demandas que seu meio lhe impõe (DEJOURS, 1986). Ao fazer o trabalho, comecei a me interessar pela abordagem de como os sujeitos atribuem significados ao processo de saúde/doença a partir das relações micropolíticas (interpessoais) e macropolíticas (políticas públicas, econômicas e socioculturais). Eis que surgem meus primeiros tentáculos em analisar as políticas públicas de saúde mental

Dessa forma, a coleta de dados ocorreu seguindo algumas etapas, como demonstrado a seguir: (1) Levantamento bibliográfico, através de análises documentais no âmbito da legislação brasileira sobre a reforma psiquiátrica brasileira, dando enfoque na

cidadania brasileira, desde a consolidação do primeiro manicômio em 1841 até o momento presente; (2) Observação participante com os usuários e trabalhadores do Serviço Residencial Terapêutico e nas atividades promovida no Centro de Atenção Psicossocial, realizadas pela Rede de Atenção Psicossocial do município de Campinas-SP; (3) Entrevistas semiestruturadas com os profissionais atuantes no Serviço Residencial Terapêutico (Anexo 3), composto por uma equipe multiprofissional, dos quais: três entrevistas com os enfermeiros de nível superior; um terapeuta ocupacional; um monitor com nível superior; nove técnicos de enfermagem com nível técnico; um gestor do Caps; um médico psiquiatra; três psicólogos e um auxiliar de serviços gerais.

A cartografia escolhida nesta pesquisa desenvolveu na unidade do Centro de Atenção Psicossocial- Estação, responsável por gerir os Serviços Residenciais Terapêuticos e atuar no processo de desinstitucionalização das pessoas egressas de longas internações manicomiais e por motivos diversos perderam ou nunca tiveram laços familiares e com à sociedade. O Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira (SSCF) presta serviço em todo município de Campinas, porém, sua sede está presente no distrito de Sousas, também pertencente a esse município. Foi inaugurado em 1924 com a criação de hospital psiquiátrico e dedica-se até hoje ao tratamento das pessoas com transtornos mentais através de uma assistência filantrópica. Após os anos de 1990, em parceria com Prefeitura Municipal de Campinas, o SSCF passou a ampliar suas ações através da reabilitação psicossocial, buscando oferecer serviços com bases na inclusão social e reinserção na comunidade aberta.

Como já foi abordado, a incursão do campo foi fundamental para aplicação entrevistas semiestruturadas com funcionários e observação participante com os moradores das casas residenciais. Entretanto, como todo o trabalho foi realizado dentro da instituição do Cândido Ferreira, o estudo proposto “nesses” cenários (intra-institucionais) não alcança complementarmente o entendimento claro sobre a concepção da cidadania plena, assim, pretendemos a partir “desses”, uma reflexão para além dos muros dos serviços de saúde (extras-institucionais). Tais propostas analíticas é concebida pelo antropólogo José Magnani (2002), a necessidade de incorporar um olhar “de perto e de dentro”, uma perspectiva interseccional de como os atores sociais interpretam as dinâmicas culturais e as formas identitárias inseridas dentro das grandes cidades brasileiras. Nessa lógica, entendemos que a cidadania precisa ser incluída a relação da loucura dentro dos movimentos extraordinários em transitar pelas cidades e acionamento

de outros dispositivos e não somente ligados aos serviços de saúde. Tal ambivalência em conciliação entre teoria e prática, como proposto por Magnani (2009):

(...) estudos pautados em dois eixos norteadores: de um lado, sobre os atores sociais e a prática que estão sendo pesquisados e, de outro, a cartografia do território em que essa ação se desenvolve, entendida os arranjos dos próprios atores em transitar pelas grandes cidades e usufruir dos seus serviços (MAGNANI, 2009, p.132).

Explicitamos, a seguir, a contribuição da observação participante, convertendo-se em uma ferramenta de pesquisas qualitativas, utilizadas há décadas no campo da Ciências Sociais, visando a elaboração de pesquisas a partir das transformações sociais, culturais e políticas no percurso da vida, conjuntamente com os indivíduos inseridos dentro de uma comunidade e, determinados por um tempo e espaço. Observar é aplicar os sentidos e signos a fim de obter estudos sobre algum aspecto da realidade em constante mudanças e transformações. Seu foco é, portanto, na perspectiva dos atores sociais e, para tanto, deve-se combinar um detalhado trabalho de campo, uma definição do objeto, descrição e resultando em processo de interpretação dos dados e tendo como contribuição da construção de pesquisas junto com o objeto de estudo (GUBER, 2001; MAGNANI, 2002; 2009; RUDIO, 1986).

A observação participante segue a perspectiva da concepção de “ciência do observado” (Lévi-Strauss, 1974), tratando-se de uma técnica metodologia, objeto de estudos, na qual vai construindo e testando as hipóteses conjuntamente com os interlocutores e objeto proposta para as análises. Para melhorar o argumento, a observação é “método qualitativo de pesquisa que visa à descrição e o entendimento abrangente dos fenômenos culturais presentes em grupos, sociedade, comunidades ou instituições específicas de acordo com os próprios termos e atitudes daqueles que os vivenciam em seu cotidiano” (SOUZA, 2014, p. 308). Além disso, a partir da realização do trabalho de campo (MALINOWSKI, 1984 [1922]), ocorrem a relação da intersubjetividade do pesquisador com os sujeitos de pesquisa. Não obstante contenha em si mesma um paradoxo, podendo demandar um olhar de fora ao intuito que o participante demanda um olhar de dentro (MAGNANI, 2002), tal ferramenta está no centro das pesquisas etnográficas, por essa razão, foram privilegiadas durante todo o processo da realização, tentando desconstruir paradigmas e privilégios do próprio pesquisador.

A importância de uma etnografia política se justifica nas contribuições da antropologia e ciência política, dando enfoque as ações realizadas do Estado de Direito e os desdobramentos jurídico-políticos, funcionalidade dos planos normativos, através das leis, decretos, normas e portarias que permitem a sustentação das políticas públicas tanto na teoria e na prática, através da organização social das instituições, papel do Estado/Governo em atuar na “mediação dos conflitos”, tais fronteiras de conflitos e negociações de diversos setores da sociedade, culminam em um conjunto heterogêneos e paradoxais de políticas sociais. Nesse aspecto, segundo Sônia Maluf e Andrade (2017), a importância de uma etnografia baseada em analisar as políticas públicas “apresentam modos diferentes de dispor essa reflexão sobre o retorno de pesquisas e seus impactos sociais no cotidiano” (ANDRADE & MALUF, 2017, p.175).

O estudo de caso realizados nos serviços baseou no método de aplicação de entrevistas semiestruturada. Embora a coleta de dados seguiu um roteiro de entrevistas definidas previamente com o orientador, o estudo não desconsiderou a concepção de uma pesquisa “não diretiva” (CHIZZOTTI, 1991) baseada em narrativas livres, permitindo as experiências dos funcionários desde a sua formação profissional inicial e até o atual momento, sobre os questionamentos dos panoramas pessoais, coletivos e construídos nas concepções de “saúde - doença” e opiniões relativos ao cuidado prestado na rede. Ao utilizamos, a partir da discursos não diretivos e conseqüentemente os redirecionamentos a reforma psiquiátrica, tentamos valorizar as relações identitárias a partir da concepção de saúde, não somente dados clínicos, assim trazem marcas individuais, sejam para potencializar a autonomia dos atores e concepções sobre a assistência mental na cidade.

A partir do que foi descrito, o trabalho também está inserido em um campo de pesquisa onde procuraremos valorizar o encontro com o outro, sendo esses sujeitos produtores legítimos de sabedorias práticas. Almejamos utilizar a escuta como instrumento de produção à memória dos atores como lutas de resistência das políticas públicas. Interessa-nos, portanto, que todo ator social precisa ter o suporte humanizado aos serviços, uma observação participante fisicamente próxima quando necessário, respeitosa, presente, coadjuvante, acessível quando necessária e uma observação respeitosamente distante quando necessário. E por fim, tendo como ponto de vista de um cientista político fazendo pesquisa numa cartografia exclusivamente dominada pelos saberes biomédicos.

Ademais, de um lado, adotamos a "noção de interdisciplinaridade" na implicação do que significa ser um cientista político trabalhando no campo da saúde, abordando os

“trânsitos” entre corpo, saúde e doença e, conseqüentemente a ordem de sofrimentos dentro de um contexto específico histórico. A proposta de um campo interdisciplinar é definida por Cynthia Sarti (2003, 2010) como uma possibilidade em manter definidas as diferenças disciplinares, mostrando o lugar de onde se fala e as fronteiras que separam e aproximam as diversas abordagens relativos ao corpo e doença, especialmente a “dor e sofrimento” como objeto de estudo sociais e culturais. Para realização dessa pesquisa, o primeiro caminho em direção ao diálogo é o da separação, para que o passo seguinte leve uma direção possível, se o for, entre um e outro (2003, p.78). Sendo assim, não se trata de analisar a interdisciplinaridade somente da concepção de divergências, mas, ao contrário, o encontro possível supõe num primeiro momento a separação dos campos e do reconhecimento disciplinares, a partir das identificações e só assim, dando lugar a construção de convergências teóricas e práticas e só assim analisar a complexidade do campo à saúde mental.

Por outro lado, o campo das políticas públicas no Brasil também é considerada um campo multidisciplinar, a partir de uma pluralidade de atores, inseridos nas articulações nas ações do Estado para o processo de “formulação, implementação e avaliação de políticas públicas” (MENICUCCI, 2007), ganhando visibilidade em estudos acadêmicos a partir do período de redemocratização brasileira nos anos 1980, através da construção de políticas sociais de caráter de proteção social e possibilitando políticas públicas voltadas à educação, à saúde, previdência social, assistência social e tentativas da redução da desigualdade social. Segundo Faria e Marques (2007), a ascensão das políticas públicas como ferramentas de análises, ocorreu devido a criação de cursos de graduação e programas de pós-graduação relacionados a essa temática, profissionalização dos gestores em diversos serviços dentro do governo federal, estadual e municipal e, especialmente inseridas em disciplinas de áreas, como na Ciência Política, Sociologia, Relações Internacionais, Antropologia, Economia, História e a Administração Pública (FARIA & MARQUES, 2007, p. 8-9).

Após esse percurso empírico-teórico, é importante esclarecer que ao logo da escrita dessa dissertação será utilizada a palavra usuário de saúde mental para referir aos indivíduos com transtorno mentais graves (intensidade de sintomas) e/ou persistes (em termos de tempo de acometimento prolongado de um sofrimento psíquico), visando toda abordagem teórica da literatura do campo da saúde mental em denominar usuário qualquer cidadão brasileiro que utilize à Atenção Básica do SUS. Nesse aspecto, ao nomear o vocábulo usuário no âmbito do suporte oferecido pelas Redes de Atenção Psicossociais,

valoriza também o aspecto da inclusão social e evitar termos que podem reforçar o estigma social, como palavras “pacientes”, “doentes mentais”, “pacientes psiquiátricos” e “loucos”. Embora, muitas das vezes causa ambiguidade com os usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, que em sua grande maioria são os mais sofrem com a reprovação moral da sociedade em fazer uso abusivo de substâncias lícitas e/ou ilícitas.

Para finalizamos, a heurística aplicada nessa pesquisa qualitativa seguiu as normas brasileiras vigentes de respeito à Ética em Pesquisa com Seres Humanos, obedecendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde Resolução nº 580 de 2018. Primeiramente o projeto de pesquisa foi aprovado no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, no município de Campinas-SP e posteriormente aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar via Plataforma Brasil, com a autorização número 28096820.3.0000.5504. Foram incluídos no estudo de entrevista semiestruturada somente os funcionários que aceitaram em participar da pesquisa e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2. RELAÇÃO DA CIDADANIA E SAÚDE MENTAL

Nas últimas décadas, diversos levantamentos bibliográficos foram realizados no cenário nacional e internacional sobre os conhecimentos cruzados de cidadania e as efetividades das políticas públicas de saúde mental. A garantia dos direitos das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos, precisam ser entendidas que o cuidado em liberdade por si só não garante automaticamente à igualdade, participação e justiça social. As lutas pela promoção dos direitos acontecem diariamente e atreladas ao território e compartilhadas pelos usuários, familiares, intelectuais, militantes políticos, gestores, profissionais e pela sociedade civil. Nesse sentido, o processo da reforma psiquiátrica gera consenso e dissensos sob uma rede heterogênea através de perspectivas teórico-conceitual ou epistemológico, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, gerando conflitos e tensões, avanços, rupturas, relação de poder envolvendo diversos campos de saberes (AMARANTE, 1996, 2014).

A seção que se segue, caracterizamos uma breve contextualização histórica e política imposta na construção a partir da dicotomia entre normal e patológico a partir da construção das sociedades capitalistas do século XVIII, levando a exclusão social dentro dos hospícios, manicômios e hospitais psiquiátricos e perante a hegemonia clássica da psiquiatria. A partir de 1980 ocorrem denúncias dos movimentos sociais sobre o

tratamento psiquiátrico brasileiro, tomados pelas experiências de um atendimento humanizado psiquiátrico ocorrido na Itália, no final da década de 1970 (Psiquiatria Democrática Italiana), tais mobilizações sociais articulados ao ideário da redemocratização desdobrou em desconstrução da doença mental e permitiu a consolidação de uma nova assistência psiquiátrica que envolvesse as instituições, atores sociais e pesquisadores.

2.1. Percurso da cidadania

A emergência do direito à dignidade humana, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade no século XX, ocorreu devido as atrocidades associadas ao Holocausto promovido na Segunda Guerra Mundial. A aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas em 1948, foram cruciais para implementações dos direitos humanos, envolvendo Estados, sociedade, Organizações não Governamentais e de um modo geral constituiu à autonomia de expressão a igualdade perante as leis, com o objetivo de assegurar as necessidades essenciais da condição humana. Sem esses direitos, os indivíduos não conseguem expressar suas singularidades e não seriam capazes de participação plenamente da vida na em coletividade. Nesse sentido, a trajetória dos direitos humanos seguiu uma cronologia histórica, desde a aprovação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão em 1789, inspirados na tríade ideológica da Revolução Francesa à sombra de Liberdade, Fraternidade e Igualdade.

Na visão de Norberto Bobbio (2004) a construção dos direitos humanos foi importante para o reconhecimento e efetivação de proteção dos cidadãos contra procedimentos arbitrários da soberania dos Estados. Seguindo essa lógica, o intelectual propõe a argumentação que as Constituições são normativas que regulam a organização jurídicos-político dos governos nacionais modernos capitalistas e tornaram-se um dos pilares aos regimes democráticos, como por exemplo a construção de políticas de bem-estar social europeus a partir da atuação dos partidos políticos social-democratas nos pós da Segunda Guerra Mundial. Assim, a concepção dos direitos humanos é decorrente do percurso da civilização de cada sociedade e inspirações até utópicas de construção de sociedades mais igualitária e com justiça social. Bobbio, salienta três argumentos relativos aos direitos humanos da nova era, transformando em “os direitos naturais são direitos históricos; nascem no início da era moderna (juntamente com a concepção individual da sociedade) e tornam-se um dos principais indicadores do progresso histórico” (BOBBIO, 2004, p.2).

Entretanto, é visível os avanços dos direitos humanitários ocorridos desde o final da segunda guerra melhoraram a qualidade de vida dos homens e apresentando uma jurisprudência internacional em julgar crimes contra a humanidade, envolvendo crimes de genocídios, crimes de guerra e crimes de agressão, a partir da criação do Tribunal Penal Internacional em 2002, mesmo esse denominado como o Tribunal de Haia não julgando todos os crimes de forma justa, todas as condenações até hoje foram impostas só para crimes envolvendo o continente africano. Enfim, ao adotados os direitos humanos somente na perspectiva da trajetória histórica a partir de uma linearidade e que as instituições jurídicas como homogêneas, corremos o risco de “ficamos com uma noção romantizada de seu surgimento e manutenção” (FERNANDES & RENZIO, 2015, p.62) em acreditar que esses direitos humanitários são garantidos por todos os seres humanos de forma igualitária e acessados em todas as nações.

Nesse sentido, Michel Foucault analisou os discursos humanos construídos na dicotomia entre o “direito de vida” e “direito de morte”, atrelados aos novos dispositivos biopolíticas inseridas nas formas “indiretas de morte” (2020, p.145). Nessa ótica, analisamos que mesmo com a construção de jurisprudência que assegure direitos, no caso brasileiro ainda permanecem violências como feminicídios, crimes contra a comunidade LGBTQIA+, racismo estrutural e o agravamento das desigualdades sociais brasileira é relativo à vulnerabilidade social, disparidade econômicas entres os estados e municípios, envolvendo direitos desiguais entrelaçados entre gênero, étnico-racial, classe e intergeracionais, mostrando que as mazelas sociais não é uma contingência ou acidental, está atrelada as políticas institucional e passado cultural, ainda presente na contemporaneidade (SCHWARCZ, 2019, p.127).

Ademais, um dos principais intelectuais que definiu cidadania moderna foi Thomas Marshall, na obra *Cidadania, Classe social e Status*, publicado originalmente em 1967. A partir da observação prática do processo de construção da sociedade inglesa moderna. O autor conceitua a trajetória da cidadania na modalidade de três elementos: direito civil, político e social. Na primeira dimensão do século XVIII vieram os direitos civis, relativos à liberdade individual, liberdade de expressão, liberdade de imprensa, direito de opinião, direito ao trabalho, de crenças e valores. O acesso aos direitos de segunda dimensão (século XIX) são caracterizados pelo exercício dos direitos políticos, pautados no sufrágio universal, participação e de candidatar-se aos cargos públicos. Já os direitos de terceira dimensão (século XX) são os direitos sociais, reorientação da

promoção dos direitos coletivos, acesso à educação, à saúde, à cultura, sistemas previdências, ou seja, as políticas sociais que promovem os Estados de Bem-Estar Social.

De acordo com Marshall, na sociedade inglesa primeiramente surgiram os direitos civis, ocorridos com a criação dos tribunais jurídicos, representando a defesa da liberdade individual, direito de exercer uma categoria profissional e organização corporativas, influenciados pelas Revoluções Liberais e da Revolução Francesa. O segundo momento é os direitos políticos, movidos pelos interesses da classe trabalhadora em busca de uma igualdade política, especialmente no que diz respeito a participação no parlamentar (elegibilidade, exercer cargos públicos, extensão do sufrágio universal). Finalmente, ocorreram os direitos sociais, acerca das evidências de uma evolução dos direitos políticos e civis e ocasionando em direitos coletivos. Apesar dessa divisão de direitos em sociedades modernas e contemporâneas, é importante advertir que todos os direitos humanitários devem ser respeitados sem distinção nas três definições dos direitos.

Nessa perspectiva, a trajetória da cidadania brasileira não seguiu a lógica linear clássica como proposto por Marshall, isto significa dizer: “quando falamos de um cidadão inglês, ou norte americano, e de um cidadão brasileiro, não estamos falando exatamente a mesma coisa” (CARVALHO, 2011, p.12). O percurso da cidadania no Brasil sofreu uma inversão como proposta por Marshall, os direitos sociais tiveram, em linhas gerais, uma exaltação maior, decorrentes a herança à tradição Estadista, clientelismo, interesses das elites dirigentes sob regimes autoritário, aplicando uma limitação aos direitos civis, através de uma repressão à liberdade. Embora o historiador José Murilo de Carvalho considere que não há um único caminho de construção do processo de cidadania, nem que essa trajetória brasileira é de fácil entendimento. No Brasil, diferentemente dos países europeus e norte-americano, onde os direitos estavam vinculados com a identificação de fatores exógenos, através de rupturas, como guerras, revoluções e lutas contra inimigos (p.11-12). Ou seja, os caminhos das lutas pela cidadania brasileira, ocorreu com a mediação de um Estado centralizador, acompanhadas da difusão de um território grande, traços coloniais e multicultural. Porém, embora o país permitiu avanços na qualidade de vida dos direitos, a estabilidade democrática não pode ser considerada como consolidada e não foram equacionados os problemas econômicos e até mesmo um agravamento das questões sociais (p.199).

A cidadania brasileira no período de 1930-1988, podem ser analisados como um reconhecimento de direitos, majoritariamente, como “cidadania regulada”, concedidos na mediação do Estado com os atores da sociedade civil, especialmente, do reconhecimento

por parte do governo em definir e regulamentar o acesso à educação, à saúde, à cultura, aposentadoria e outros benefícios assegurados pela consolidação das leis do trabalho. O Estado nacional começou a interferir diretamente na esfera da produção e na expansão dos direitos sociais. Se isso representou um avanço e criação de vários direitos sobretudo o previdenciário aos trabalhadores, resultando em desenvolvimento econômico, modernização, industrialização e urbanização, consolidou, por outro lado também, a possibilidade da instalação da violência estatal em conter os interesses e greves dos operários e, assim, regulamentar as relações da vida pública e até mesmo os comportamentos individuais.

De acordo com Warderley dos Santos no livro *Cidadania e Justiça*, publicado em 1979, o legado das políticas sociais promovidas por Getúlio Vargas criou uma legislação trabalhista sendo uma enorme conquista especialmente dos operários, que constroem aqueles que não são oficialmente reconhecidos, como é o caso de vários sindicatos, partidos políticos e regulam aqueles que se inserem nos interesses do governo por meio dos benefícios e expansão dos direitos sociais. Sendo assim, um aspecto determinante dessa cidadania regulada, é na medida que as políticas sociais são construídas a partir da relação com o Estado, onde é o responsável por definir quem são cidadãos de direitos e automaticamente excluindo grande parte da população brasileira. A seguir, salientamos a concepção de cidadania regulada:

A cidadania regulada é a concepção de direitos cujas extensões encontram-se a tradição estadista brasileira, em um regime que reconhecem os direitos de todos os indivíduos perante um sistema de estratificação profissional. Tal sistema de ocupacional é pautado por normatizações legais, reconhecidas e diretrizes das leis. Ou seja, tornam-se pré-cidadãos todos os sujeitos da comunidade que se encontram inseridos em trabalhos que já tenham sido regulamentadas pela lei, caso contrário, encontram-se na marginalidade (SANTOS, 1979, p. 75).

Ademais, foi a partir do marco da Constituição Federal 1988 atravessadamente das mobilizações sociais, permitiu a transição do autoritarismo para a democracia representativa no final dos anos 1980, marcado pelo protagonismo da reforma de proteção social, movimento sanitário e consolidando mudanças institucionais em relações do Estado e com os seus cidadãos. A aprovação da Carta Magna representou uma tentativa para a garantia de uma cidadania plena, englobando os exercícios dos direitos civis,

políticos e sociais e, especialmente sob a estabilidade democrática. Isto significa que o Brasil adotou uma chamada democracia liberal representativa, em que as partes das decisões políticas são tomadas diretamente pelos cidadãos, através de eleições livres e regulares, plebiscito, iniciativas populares de projeto de leis, referendos e fiscalização dos controles públicos e mecanismo de transparências públicas. Ou seja, “uma cidadania de sujeitos de direitos, soberanos, empoderados no controle dos processos decisórios e na redução da autonomia do Estado” (CEPEDA, 2013, p.270).

Em contrapartida, Sandra Gomes (2006) através de uma análise crítica do impacto da Constituição através da perspectiva do neo-institucionalismo, denominados por três correntes analíticas e metodológicas: o institucionalismo da escolha racional; o institucionalismo histórico e o institucionalismo sociológico (HALL & TAYLOR, 2003; PERES, 2008). Dito isso, Gomes analisa os desafios da Assembleia Nacional da Constituinte e promulgação da Constituição, o primeiro diz respeito a temporalidade dos trabalhos da Constituinte instalados em 1987, culminando na promulgação da Constituição de 1988, quase com um ano do projeto original. O segundo aspecto encontrado foi extensão da Carta Magna, devido seu tamanho e detalhamentos, segundo a autora, “uma pesquisa de opinião promovida pela revista *Veja* antes do início dos trabalhos constituintes revelou que 60% dos constituintes preferiam a adoção de uma Carta Constitucional concisa (*Veja*, 4/2/1987)” (GOMES, 2006, p. 195-196).

Outra problemática apontada é que a construção da constituição foi marcada por conflitos de poder desde a sua genealogia, envolvendo diversos agentes sociais, como mediação de parlamentares com heranças de um regime autoritários e “perda da capacidade decisória” (LAMOUNIER, 1990). Nesse sentido, após trinta e três anos de consolidação democrática, é notório que a igualdade e reconhecimentos de direitos é marcado por tensões, conflitos e contradições no processo de implementação de políticas públicas, processos decisórios e dificuldade em diminuir as desigualdades sociais, mesmo com a alternância de governos progressistas e conservadores.

Em relação as políticas públicas de saúde mental, até o final século XX e início do século XXI, as políticas públicas não tinha diretrizes concretas, ficando à mercê de políticas específicas de cada estado e município, mesmo com a implantação de algumas legislações no âmbito das normativas importantes no decorrer da década de 1990, tais como a Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), número 1.407, em 1994 e 1.598 de 2000, promovendo a garantia dos direitos sociais. Portanto, mesmo com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, os usuários de saúde mental

enfrentam no cotidiano os desafios para exercer seus direitos, como por exemplo os processos de interferência da judicialização das políticas públicas de saúde mental, decorridas das internações compulsórias, involuntárias, formas de tutelas e cooptação e, especialmente as abordagens envolvendo a problemática das vulnerabilidades sociais e dos usos de psicofármacos inseridos numa “cultura da medicalização e da hiper medicalização” (ANDRADE & MALUF, 2017, p.174).

Por fim, diversas pesquisas abordam à saúde mental em interface com debates sobre as dimensões de gênero, políticas de memórias, envolvendo a mobilização do movimento feministas, movimento negro, colonialidade de poder, pós-colonialismo e políticas de reparação histórica, nesse último caso, muitos usuários conseguiram via judicialmente indenizações por anos inseridos em as instituições de longa permanência. A partir da implementação da lei n ° 10.216, desde 2001, o percurso da reforma psiquiátrica brasileira mostra-se como “heterogêneo, desigual e contraditório” (ANDRADE & MALUF, 2017, p. 175), por exemplo, como destacar a concepção de uma loucura contemporânea em cada cultura, tendo em vista que as desigualdades da municipalização do SUS e até mesmo os problemas urbanos relacionados as grandes cidades interferem diretamente um adoecimento mental, gerando novos perfis de transtornos mentais graves e persistentes no século XXI.

2.2. Institucionalização da loucura e negação da cidadania

A institucionalização da loucura brasileira como prática de isolamento terapêutico ocorreu no início do século XIX (AMARANTE, 2014), através da inauguração do hospital psiquiátrico intitulado Hospício Dom Pedro II, incorporado conjuntamente com o Hospital da Santa Casa de Misericórdia da corte do Rio de Janeiro. Após a da Proclamação da República em 1889, o Hospício Pedro II foi desanexado da Santa Casa do RJ e a assistência psiquiátrica passou ser responsabilidade do campo da psiquiatria clássica, através da criação da Assistência Médico-Legal, sendo normativas legais e assistências. Tais ações foram responsáveis pelo protagonismo de uns momentos mais desumanos para a história da saúde mental brasileira, baseados em exclusão, tratamentos cruéis, torturas físicas e simbólicas e degradação da condição humana.

Desde 1841 até o início do século XX, o “hospício ocupou lugar central no modelo de assistência à loucura” (JÚNIOR & SAMPAIO, 2021, p.3). Nessa contextualização histórica e política, as instituições asilares foram construídas seguindo um modelo de colônias, com objetivo espacial de organização de uma gestão ligadas num sistema único

de comportamentos culturais, baseado em conceitos biológicos da segregação em que um grupo de indivíduos com mesmo tipo de patologia formam uma entidade interligadas por uma origem étnica, classe social, estratificação profissional e religiosa (AMARANTE, 2014, p.636). Assim, com a criação dos Hospitais Colônias como o Juquery (SP), Jacarepaguá (RJ) e sobretudo o antigo Hospital Colônia de Barbacena-MG, sendo o maior hospital psiquiátrico brasileiro, durante um período de 1930 a 1980, estima-se 60 mil mortes de pacientes e dos quais 1.823 corpos foram vendidos para as universidades de medicina em todo Brasil. (ARBEX, 2013, p.57).

Este encarceramento terapêutico baseado na alienação mental é uma concepção do médico psiquiatra francês Phillipe Pinel, responsável pela criação do primeiro asilo de alienados mentais em 1793, fez nascer um novo campo da medicina moderna interligadas com a ideia da psiquiatria responsáveis pelo tratamento dos doentes mentais. Assim, para fazê-lo, os sujeitos com transtornos mentais passaram ser tutelados através do poder da psiquiatria moderna, categorizados como objetos de estudos e tentativas da cura para os seus sofrimentos. Durante esse contexto histórico, decorre a ideia de que a loucura precisa ser tratada somente em instituições de alienação, tendo a reclusão um papel de proteção ao indivíduo louco e à sociedade. Um duplo processo de isolamento toma corpo com o desenvolvimento dos saberes da medicina mental (que se desdobram na clínica psiquiátrica moderna) e das instituições manicomiais e pautados na dicotomia: isolar para conhecer, isolar para tratar e conseqüentemente para vigiar e controlar (AMARANTE & TORRE, 2018).

Michel Foucault (1979) foi um dos mais importantes autores analisar as práticas e significações que as sociedades capitalistas denominadas como históricas e não homogêneas, compreendeu também as ascensões da medicalização e dispositivos de controle na era contemporânea. Segundo o autor, com o desenvolvimento do capitalismo no século XVIII e meados do XIX, o corpo foi o primeiro objeto a ser socializado como instrumento de biopolítica, mais do que uma verdade pelos saberes científicos, trata-se de uma entidade produzida e como uma forma de controle soberano dos aparatos estatais e da sociedade. (FOUCAULT, 2015). Fato promovido decorrente do poder e do saber, através da psiquiatria, que construiu a subjetivação relacionado à loucura através da dicotomia normal e patológico, e as narrativas dos doentes mentais eram vistos como uma ausência de sentidos, falas delirantes, como uma desordem da razão e perda do juízo e conseqüentemente os “loucos” foram considerados como pessoas más e perigosas, por isso deveriam ser isoladas e vigiadas constantemente.

Automaticamente o corpo também foi o primeiro objeto a ser socializado como força de trabalho nesse sistema capitalista burguês, dessa forma que o controle da sociedade sobre o indivíduo se iniciou por meio e sobretudo através dele. Contudo, na França, a medicina social se desenvolveu em conjunto com a urbanização e avanço da industrialização. À medida que as cidades se desenvolvem, nasce o que filósofo denomina de medo das cidades, do avanço populacional, das doenças e epidemias. Esse medo dos trajetos urbanos é característica da hegemonia da medicina, que se desenvolve junto ao crescimento das cidades capitalistas. Nesse período, uma característica dos saberes da medicina é relativa ao da quarentena. Dois grandes modelos vigoraram na organização médica: o da exclusão e o do internamento. O primeiro instrumento foi o exílio, enquanto no segundo constituiu no isolamento individual dos corpos. Consolidando, o poder político da medicina social consistia em distribuir os indivíduos, isolá-los e vigiá-los, tendo a sociedade inspecionada debaixo de um olhar constantemente vigiado.

Segundo Amarante e Torre (2018), a “alienação pode ser entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social” (AMARANTE & TORRE, 2018, p.1092). Nesse contexto, surge a criação dos manicômios iniciando os debates acerca da classificação da ciência patológica dos tipos de alienação e o século XIX foi um momento de grande transformação na teoria epistemológica do surgimento da clínica moderna, quando ocorreu a passagem da tradição classificatória entre normal e anomalias (FOUCAULT, 2004), presente até os dias atuais através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais" (DSM-5). O saber psiquiátrico na impossibilidade de encontrar uma causalidade para as singularidades dos sujeitos em ordem de sofrimento psíquico, construiu cada vez mais uma prática classificadora das doenças mentais. Após a revolução francesa, o psiquiatra Pinel vai construindo as práticas da institucionalização da loucura e pautada em possíveis curas, a seguir um exemplo de seu discurso de inauguração do primeiro asilo de alienados mentais da história moderna e relacionados a uma suposta forma de cuidado em saúde mental:

Em geral é tão agradável, para um doente, estar no hospital e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente, que enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e de isolá-los de seus parentes. [PINEL apud CASTEL, 1978:86, grifos originais].

Entretanto, as instituições asilares no Brasil, desde o início de funcionamentos e serviços prestados já recebiam críticas devido as lotações e violações de direitos, tendo em vista que os manicômios eram colocados todos os marginalizados das cidades, incluído as pessoas em situação de rua, crianças, órfãos, pessoas que faziam uso abusivo de álcool e substâncias químicas e, especialmente no período do regime da ditadura civil-militar (1964-1985) foram inseridos para presos políticos e outros sujeitos considerados como inimigos de Estado. De acordo com Amarante, foi no contexto militar que ocorreu o auge das internações psiquiátricas, devido as privatizações dos leitos hospitalares, em 1978 os leitos públicos eram de aproximadamente de 22.603 e os leitos privados de 55.670 (AMARANTE, 2014, p.637).

Por fim, a instituição da loucura era baseada na dimensão na “violência do Estado exerce-se sobre todos nós, sempre que construímos o mundo social por meio de categorias inculcadas dos sistemas” (AFRÂNIO, 2011, p.197). Tais violências do Estado sobre os corpos foi consolidado a partir de 1920, onde foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, que tinha como objetivo promover diretrizes de protocolos médicos, especialização aos profissionais organização dos serviços. Porém, esse modelo era pautado em uma visão eugênica (justificativa de uma raça superior).

2.3. Desinstitucionalização da loucura e novas perspectivas de cidadania

Os primeiro questionamentos e desconstrução da loucura na sociedade ocidental, ocorreu a partir do final do século XVIII, inspiradas pelos ideários da corrente do Iluminismo, especialmente articulados os princípios da Revolução Francesa e Independência dos Estados Unidos da América, abordavam os primeiros direitos relacionados à liberdade da condição humana, que todos os homens eram iguais perante normativas da lei. Porém, a problemática envolvendo a questão de saúde mental ocorreu após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), pautados nos direitos humanitários e consolidados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, através da resolução 217 A III em 1948.

É nesse cenário sobre as atrocidades ocorridas no Holocausto relacionados com os campos de concentração, que surgem os primeiros movimentos de denúncias também dos sistemas asilares, a partir de internações arbitrárias dos doentes mentais, seus confinamentos em instituições degradantes, torturas, tratamentos médicos evasivos como eletrochoques e excesso de medicação. Ademais, o termo de desinstitucionalização ocorreu nos Estados Unidos em consonância do Plano de Saúde Mental proposto pelo

governo do John Kennedy (1960-1963), sintetizada como mecanismo de desospitalização e articulados com os movimentos filantrópicos, tais ações eram destinados a prevenção de internações desnecessárias, retorno dos sujeitos para a comunidade local e construção de sistemas de suporte em base comunitária e território aberto. (LOUGON, 1994, p.142; AMARANTE, 1996, p.17). Tais aspirações da reforma norte americana considerada psiquiatria preventiva, foi acompanhada dos processos da medicina social francesa, comunidades terapêuticas inglesas e sobretudo na Itália, promovida pelo médico psiquiatra Franco Basaglia, denominada como Reforma Psiquiatria Democrática Italiana, propondo uma desinstitucionalização da desconstrução dos saberes da psiquiatria em torno da loucura e fechamento por total dos hospitais psiquiátricos.

No Brasil, um marco importante da desconstrução das lógicas manicomiais ocorreu com a criação do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental em 1978, mesmo no vigor do regime civil-militar, apresentava diversas críticas e denúncias sobre o funcionamento das instituições manicomiais. O MTSM era pautou-se no lema ideário “Por uma sociedade sem manicômios”, tal mobilização iniciado por profissionais da saúde foi ganhando ampliando e resultando na criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial nos anos de 1980. O MNLA foi responsável por deixar público críticas da instituição da loucura, sobre as a violência (física e psicológicas) através de uma roupagem protetora que envolvia os hospitais psiquiátricos e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura.

Os movimentos sociais articulados com mobilização de uma redemocratização no país, demonstraram-se a ação coletiva através de uma organização de classe, através de mobilização dos profissionais de saúde e da mobilização de toda sociedade civil, poderiam contribuir com o movimento sanitário e na implementação do Sistema Único de Saúde. A desinstitucionalização brasileira significou uma desconstrução teórica e prática com o modelo manicomial vigente, para o movimento antimanicomial não era possível aplicar uma reforma psiquiátrica baseada só no fechamento dos hospitais manicomiais, era preciso uma ruptura mais brusca de toda a estrutura da assistência psiquiátrica. Nesse sentido, segundo AbouYd & Silva (2003), a reforma psiquiátrica precisaria romper com toda os saberes assegurados na abordagem de patologias, normatização da loucura, e automaticamente com as formas asilares ocorridos na noção de exclusão social e formas de segregação, e só assim, levaria a consolidação de inserção social dentro dos territórios e gerando do modelo biopsicossocial

Dito de outras palavras, desinstitucionalização no Brasil não pode ser entendido somente como “desospitalização e desassistência” (AMARANTE, 1996), a reforma psiquiátrica precisa começar com o fechamentos dos manicômio e conseqüentemente com todas as estruturas manicomialis, ao desconstruir com os saberes psiquiátricos clássicos e toda forma patológica, tais descolamentos, levaria as novas formas teóricas e práticas, espaços de cuidado e novos mecanismo de cuidado à saúde mental com junto à sociedade e inseridos nas cidades. Assim, a noção de “cura” torna-se impensáveis, os transtornos mentais dos sujeitos é uma parte de toda singularidade que envolvem a complexidade humana. Sendo, o processo da saúde e doença atreladas a sociabilidade, imbuídos dentro de uma rede, envolvendo familiares, religião, relações interpessoais, trabalho, profissional e incluído o sofrimento mental. O processo da saúde mental torna-se uma reconstrução da construção das identidades em constantes construções. Logo, a ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’ (ROTELLI, 2001, p.30).

Segundo Amarante e Torre (2018), a desinstitucionalização precisa acompanhar também o desmonte da loucura, a inserção social não é condicente nas instituições totais, mas é também dentro de uma assistência de serviços públicos abertos dentro da comunidade local, articuladas em possibilidades também de mudanças políticos institucionais e culturais. Essa nova concepção de cuidado à saúde mental precisa estar inserida nas rotinas diárias a serem permitidas só com o direito de transitar pelas cidades, sendo a promoção dos direitos possíveis no espaço público e coletivos, nas cartografias da participação coletivas, da justiça social e da equidade. Isto é, a ascensão da cidadania, acontecem para além de um cuidado em liberdade, precisa ser incorporados o direito ao lazer, ao trabalho, o direito à cultura, os espaços de militância, o direito à saúde, educação, moradia, alimentação balanceadas, mobilidade social, seguridade social e a uma cidade sustentável e de respeito a diversidade. (AMARANTE, 2014; AMARANTE & TORRE 2018).

Portanto, a desconstrução da doença mental precisa ser acompanhada da relação entre saúde e doença. Nesse sentido, o filósofo francês Canguilhem, propõe a saúde pode significar tanta ausência de doença temporária, sendo a saúde implicada no poder de adoecer e sair do estado patológico e através desde deslocamento as doenças não implica necessariamente em saúde. Foram os saberes da biomedicina que constituíram por décadas o domínio das doenças, através da dicotomia entre padrão de normalidade e patologia. Ao descolar tais argumentos para o campo da saúde mental, aparecem as possibilidades

diversas as singularidades dos sujeitos e processo cotidiano de simbologia diante aos eventos da vida, incluído transtornos persistentes por toda a vida (CANGUILHEM, 2006, p.6). A psiquiatria é pautada muito por dados estatísticos, abordando que todo sofrimento mental precisa ser encaixado em algum diagnóstico. É através de um laudo médico que podemos considerar o normal porque é normativo, ou seja, é capaz de criar regras de funcionamento se fizer necessário para a preservação do estado de saúde no organismo e através de um valor mensurável.

Dessa maneira, a vida não pode ser resumida só em patologias, não é o simples somatório de fenômenos materiais, nossas vidas são mais complexas do que isso. Através dessa análise crítica podemos repensar a loucura contemporânea. O processo de saúde-doença não pode ser entendido como uma mera adaptação bem-sucedida do corpo ao meio, porque as normas vitais tidas saudáveis implicam não só a produção de um equilíbrio adequado às exigências da relação entre os dois polos, mas também a capacidade de recriar ressignificações com bases em um estado dinâmico e sempre em construção. Por fim, uma doença é uma transformação na vida, mas também há transformações na doença, sendo que a concepção de saúde pode ser pensada como possibilidade de ficar doente, poder se recuperar e construção de outros caminhos, que pode depender de vários fatores, como econômicos, político, social e cultural (CANGUILHEM, 2006, p.26).

A seguir, apresentaremos a mobilização social dos movimentos sociais, especialmente pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e do Movimento Nacional Antimanicomial para a consolidação da lei 10.216, reconhecida como a lei da reforma psiquiátrica brasileira. Trazemos também a discussão do estudo de casos e dados sobre a assistência dos serviços na cidade de Campinas-São Paulo.

3.MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E LEI FEDERAL Nº 10.216/ 2001

No caso brasileiro, podemos apontar três caminhos de construção do processo da reforma psiquiátrica brasileira, sintetizados em “percursos, caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem” (AMARANTE, 2014). Em um momento inicial, a “trajetória alternativa”, durante os últimos anos da década de 1970, acompanhadas da atuação dos novos movimentos sociais do período de redemocratização. Nesse momento, nasce o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental em 1978, apresentando denúncias e acusações direcionadas ao sistema da assistência psiquiátrica promovido por governos autoritários, violações dos direitos humanos, denúncias de corrupção, encarceramento e

práticas de torturas no interior dos espaços hospitalares, além da ocorrência de fraudes e sendo espaços punitivos para presos políticos a partir do golpe de 1964 (AMARANTE, 2015a. 2015b).

A lógica manicomial pode ser entendida nos acontecimentos das violações da condição humana, como proposto por Hannah Arendt “Não há paralelos à vida nos campos de concentração. O seu horror não pode ser inteiramente alcançado pela imaginação justamente por situar-se fora da vida e morte” (ARENDR, 2012, p.589). Para melhorar o argumento, o objetivo do campo de concentração não serve somente para exterminar ou degradar, seu objetivo fundamental era destruir todos os círculos da convivência, da vida cotidiana, da sobrevivência, que constroem a solidariedade. Servem para eliminar a espontaneidade, transformando a personalidade humana em simples coisa, homens, mulheres e crianças reduzidas a menos que animais (ARENDR, 2012, 2010). Essa perspectiva de analisar os campos de concentração e os manicômios, como eliminação das identidades, infelizmente se perpetua na lógica manicomial em muitos hospitais psiquiátricos vigentes no Brasil e no mundo.

O segundo momento ocorreu no início dos anos 1980, se empreendeu um novo momento, denominada trajetória sanitária, através da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental na cidade de Bauru, em 1987, esse encontro culminou com o manifesto de Bauru⁴, ancorados no lema “Por uma sociedade sem manicômios!”, tais reivindicações eram baseadas em: “Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!”. Ao longo dos anos de lutas, a reforma psiquiátrica articulou em estratégia a partir da reforma do Estado, a partir do movimento sanitário, mesmo que conflitos desde a sua gênese, era um caminho possível para a construção de um sistema público de saúde, com a defesa da universalidade, equidade e descentralizado em todos os municípios.

O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial foi criado em 1993, nasceu inspirados do lema de “Por uma sociedade sem manicômios”, existente até atualmente, podendo ser considerado o mais atuante e englobante ator social, inserindo dentro dele, a presença dos usuários, profissionais de diversas áreas, militantes políticos, vizinhos dos

⁴ Manifesto de Bauru do II Congresso Nacional de Saúde, disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>

serviços de saúde e parlamentares (AMARANTE, 2014, p.641). Segundo LÜCHMANN e RODRIGUES (2007), o MNLA pode ser sintetizados em: Movimento devido não como uma sigla partidária, mas como uma mecanismo político de luta; Nacional não como causa determinada só de um Estado-nação, mas que permite diálogos de todos os agentes na diversidade do Brasil; Luta não inseridos somente em consenso de todos os sujeitos, mas como alternativas através do diálogo e dissenso que permitem a desconstrução das relações de poder e privilégios e, por último, Antimanicomial, podendo ser uma estrutura contra hegemônica, pautada por um campo político, com o único objetivo de lutas de “uma sociedade sem manicômios” (2007, p.403).

Como já abordado, o objetivo dessa dissertação é a partir do terceiro momento, a partir da aprovação da Lei n ° 10.216 de 2001. Deu-se início, desde então aos dias de hoje, à “trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução dos saberes disciplinares” (AMARANTE, 1996, p.93), quando o processo de reforma psiquiátrica brasileira procura produzir uma ruptura com as normas conceituais e com as estratégias políticas sociais, já em 1987 surge na cidade de São Paulo, a criação do primeiro serviço de atenção psicossocial do Brasil, denominado como Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde. Em 1989, na cidade de Santos-SP foi o fechamento total de um grande hospital psiquiátrico, a Clínica Anchieta, permitiu a construção de uma rede de serviços em comunidade aberta, através da criação de cinco Núcleos de Atenção Psicossocial, com Caps 24 horas, serviço de emergência psiquiátrica no Hospital Geral e criação de novos dispositivos culturais e tecnológicos (rádio e tv).

As primeiras experiências dos anos de 1990 foram acompanhadas com a criação de diversos centros de convivência de inserção social, programas de artes e inclusão realizados nos espaços públicos, as primeiras cooperativas de trabalhos para os usuários e criação de hospital dia (naquele momento sendo uma alternativa para os usuários que adotaram ficar com a família para realização do acompanhamento de medicamentos). Assim, o brasil foi adotando de maneira gradual a possibilidade de desinstitucionalização através de tentativas e erros, mas sempre em comunidade aberta. Tal processo de desinstitucionalização da loucura e da categorização do louco é apresentada pelos autores Rotelli, Leonardis e Mauri, a desinstitucionalização seria “um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar o problema” (2001, p.29). O modelo asilar se constituiu a partir da superação dos saberes da psiquiatria em abordar os sujeitos em que seria seu objeto

baseado somente na doença mental, e que, por este motivo, se trata de desinstitucionalização da doença mental como experiência que não é separável da existência de serviços dentro dos territórios. Tais argumentação dos autores:

O objeto da categorização da doença mental, baseados na concepção a partir do adoecimento mental dos pacientes e a seu conflito com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos das instituições vigentes asilares. (ROTELLI, LEONARDIS E MAURI, 2001, p. 30).

Já para o intelectual Rotelli a reforma brasileira seguiu quase todas as experiências da reforma italiana e diferenciam da promovida nos Estados Unidos que, para ele, reduziu-se a uma desospitalização, motivada especialmente sendo somente uma reorganização dos serviços, permitindo ser incorporados pelos serviços públicos, através de hospitais e clínicas de reabilitação. O autor considera que a verdadeira desinstitucionalização em psiquiatria tornou-se na Itália um processo social pioneiro, alternativas de mobilização de diversos agentes sociais, transformação das relações de poder entre os pacientes e os profissionais de saúde e Estado, produzindo mudanças institucionais ocorridas nos sistemas estruturas de saúde mental, a partir das experiências ocorridas na cidade italiana de Trieste, ocorreu para além só dos fechamentos dos leitos em hospitais, conseguiu desmontar mecanismo supra estruturais e reconversão própria dos recursos financeiros para sustentar as políticas públicas (ROTELLI, 2001, p. 18).

Ademais, no início do século XX, surgem diversos caminhos e abordagens para as diferenciações entre os conceitos de desospitalização e desinstitucionalização em diversos países (AMARANTE, 1996, 2014; BASAGLI, 2005a; VENTURINI, 2016; ROTELLI, 2001). Entretanto, o processo de desospitalização é um desafio dos movimentos antimanicomiais até os dias atuais, podendo ser referidas das retiradas das pessoas dos hospitais não promovem a expansão da cidadania, Ou seja, cuidado em “liberdade”, ainda não significa “libertação” (ECO, 2020, p.9) , sua reinserção acontecem em lutas e resistências diárias contra violências do Estado e especialmente preconceitos, estigmas presentes dentro da sociedade, porém é dentro das cidades que acontecem as transformações sociais e os sujeitos irão construindo sua identidade e cidadania.

Desse modo, após a diferenciação teóricas dos conceitos da atuação dos movimentos sociais articulados com a desinstitucionalização, cada país seguiu uma linha

para a realização da assistência de saúde mental, e num primeiro momento muitos países críticos às experiências de reforma psiquiátrica do pós-guerra, na medida em que algumas delas se restringiram à introdução de tecnologias sanitárias e assistenciais, mas não desconstruíram os fundamentos do poder da psiquiatria. Assim sendo, a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira inspirou no processo da desinstitucionalização ocorrida na Itália, sobretudo pautada na mobilização dos movimentos sociais, crítica ao paradigma da psiquiatria clássica até então vigente no país, atreladas também na contextualização histórica da redemocratização brasileira que resultaria na Constituição Federativa do Brasil e especialmente alinhadas com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, que reconfigurou as políticas no âmbito da saúde, sob princípios de universalidade de atendimento e acesso, integralidade do cuidado, equidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação social.

3.1. Lei n ° 10.216- Reforma Psiquiátrica Brasileira

As políticas públicas podem ser denominadas como um conjunto de ações do Estado em promover políticas sociais. No Brasil, surgem a partir do contexto de redemocratização através da reforma do Estado e com objetivos de proteção aos cidadãos devido as heranças de regimes autoritários, sendo fundamentais em garantir o bem-estar social, através de elaborações de políticas de saúde, previdência, assistência sociais, com objetivo de assegurar a cidadania e enfrentamento das desigualdades sociais. (HOCHMAN, 2007). Nesse sentido, o governo em exercício (Legislativo/Executivo) promovem ações, através dos ciclos de políticas públicas, dando enfoque às demandas e interesses múltiplos dos atores sociais e função do Estado em implementar tais políticas sociais.

A literatura e pesquisas de políticas públicas, apresentam autores importante, como o Harold Laswell, Herbert Simon, Charles Lindblom, David Easton e Theodore Lowi. Ressalta-se que a análise dessas políticas é constituída por campo multidisciplinar, surgidos nos Estados Unidos a partir de 1950, através da racionalidade, burocracia estatal e as políticas sociais, buscando sempre a proteção do bem-estar social (Welfare State), sendo ações presentes em governos de centro-esquerda nos países europeus e América latina. Assim, toda política social é uma política pública (políticas de estrutura e desenvolvimento), mas nem todas as políticas públicas é uma proteção social (atrelados aos Direitos Humanos, saúde, habitacionais e economia solidária).

Um intelectual crucial que formulou as políticas públicas foi cientista político Theodore Lowi (1972), através da conceituação de quatro tipos de políticas públicas, (1) Políticas distributivas, referem-se as decisões alocativas, sem contrapartidas fiscais, exemplo pavimentação das ruas; (2) Políticas redistributivas, são aquelas que, de várias formas (transferências, isenções fiscais, cotas, subsídios), redistribuem recursos de qualquer natureza entre os grupos sociais; (3) Políticas regulatórias: disciplinam aspectos da atividade social, exemplo: as políticas ambientais, de preservação do bem coletivo, patrimônio histórico e de proteção ao consumidor e, por último, (4) Políticas Constitucionais: estabelecem as relações entre os vários aparatos do Estado e balizam as decisões dos processos e procedimentos para a ação pública, exemplo das políticas de responsabilidade fiscal.

Isto posto, as políticas públicas de saúde mental no Brasil consolidaram com aprovação da Lei n.º 10.216, denominada como a lei da reforma psiquiátrica brasileira derivou do projeto inicial (projeto n. 3.657/89) do sociólogo e deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), sancionada no governo do Fernando Henrique Cardoso, em 2001 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Mais precisamente, preconiza a reabilitação psicossocial, a redução gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos e a reorganização dos serviços de saúde voltados para os atendimentos em saúde mental (BRASIL, 2012). Entretanto, marcando a vitória movimentos sociais, acompanhadas com a promulgação da Constituição de 1988, as políticas sociais de saúde mental sempre foram permeadas por conflitos, disputas políticas e interesses múltiplos. A tramitação de doze anos do Projeto de Lei de 1989 no Senado para sua efetiva aprovação em 2001 é um exemplo das tensões entre os agentes sociais, políticos e jurídicos.

A partir de 2001, há a vigência legislativa pautada nas concepções do modelo biopsicossocial, emergido pelos ideais da reforma psiquiátrica, garantindo o cuidado integral aos usuários, a inserção social, articulados em rede e presença de profissionais de diversas áreas e ações intersetoriais no território. Os primeiros serviços substitutivos surgiram através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), iniciados primeiramente pela portaria GM 224/92 (BRASIL, 1992), que havia sido aprovada pelos coordenadores e assessores de saúde mental dos estados do país. Com os avanços da Política Nacional de Saúde Mental no país, atualmente o CAPS faz parte dos serviços prestados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tendo a porta de entrada através da Atenção Primária, com

enfoque da integração sistêmica de serviços à saúde e como porta de entrada de qualquer cidadão brasileiro ao SUS. (Portaria 4279/MS de 2010).

A Rede de Atenção Psicossocial criadas em 2011 é composto por serviços e equipamentos diversos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), os leitos de atenção integral (nos CAPS III e em Hospitais Gerais). Faz parte dessa política pública, o Programa de Volta para Casa (Lei n.10.708 de 2003), convertendo-se em um benefício social de auxílio-reabilitação psicossocial, destinados para os usuários em processo desinstitucionalização devido anos em instituições hospitalares. Na tabela 01, demonstraremos os dados de 2019 da Rede de Atenção Psicossocial.

Tabela 1. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2019

| MODALIDADE DO SERVIÇO | SERVIÇOS OU LEITOS -2019 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| Centros de Atenção Psicossocial | 2.594 serviços |
| Serviços Residencial Terapêuticos | 633 serviços |
| Unidades de Acolhimento | 62 serviços |
| Hospitais Gerais | 1.513 leitos |
| Hospitais Psiquiátricos | 24.884 leitos |

Fontes: Conselho Federal de Psicologia -Relatório dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil, 2019.

De acordo com os dados de 2019, a Rede de Atenção Psicossocial, é nítido observamos os avanços da reforma psiquiátrica, que apresenta como um dos seus pilares a realização do cuidado de saúde mental em serviços abertos à comunidade e fechamento progressivos dos hospitais psiquiátricos monovalentes. Durante os anos de consolidação, gerou o fechamento de mais de 70 mil leitos manicomial, dos quais os 100 mil leitos no início da década de 1980, restam ao menos de 30 mil em 2019.

A Lei nº 10.216/01⁵ representa um marco importante no Brasil ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana e seguindo as diretrizes afirmadas na Declaração de Caracas de 1990⁶ (direitos das pessoas com doenças mentais e a

⁵ Lei número 10.216, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm;

⁶ Declaração de Caracas, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf.

importância dos cuidados na comunidade, nos países da América Latina e Caribe). A lei da reforma psiquiátrica assegura a proteção e os direitos dos sujeitos com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os artigos. 1º e 2º é relativo aos direitos sociais, civis e políticos. Em seu artigo 1º visa “garantir a igualdade formal às pessoas com transtornos mentais, quando a garantia de seus direitos e a proteção destas pessoas são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outro” (BRASIL, 2001).

A proteção contra estigma social pode ser concebido em diversas formas através de violências físicas e simbólicas no cotidianos dos sujeitos e para assegurar tais violências foi construído um acesso ao tratamento baseado em atenção humanizada e pautado na promoção de uma cidadania, pelo direito ao trabalho, pela arte-cultura, pela militância política e de ocupação dos espaços públicos e responsabilidade do Estado em assegurar as políticas públicas da saúde mental, assistência e promoção do direito à saúde aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes. Nesse sentido apresentaremos o parágrafo único do Art. 2º):

- I – Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Durante os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares devem ser formalmente cientificados desses direitos.

Todavia, ao contrário do projeto original proposto pelo Paulo Delgado (PT-MG), a Lei nº 10.216/01, permite a existência do hospital psiquiátrico como recurso de tratamento, sendo criticados por diversos pesquisadores e profissional, mas necessário, tendo em vista que os fechamentos dos leitos seguiram de forma gradual na medida que novos serviços de saúde são instalados nos territórios. Os artigos. 4º ao 10º definem e regulamentam os tipos de internação. Ficam vedadas internações em instituições com características asilares, aquelas promovidas sem justificativas, como proposto no parágrafo único do Art. 2º (inciso 1º, 2º e 3º do Art. 4º). A internação, em qualquer de seus tipos, podendo ser via voluntária, involuntária e compulsória (Art. 6º parágrafo único) – só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Art. 4º) e apenas será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado, através de uma série de procedimentos éticos e assegurados pelo Conselho Federal de Medicina, a partir do artigo 8º, através de uma apresentação de laudo médico circunstanciado e adequadamente motivado (Art. 6º).

Isto posto, na (tabela 2) designa algumas aprovações legislativas importantes na trajetória da Política Nacional de Saúde Mental, relacionados ao processo de desinstitucionalização no decorrer no século XIX/ XX e XXI, desde o surgimento do primeiro hospital até o ano de 2021, mostrando que envolvem diversas esferas do âmbito da União, Estados e Municípios.

Tabela 2. Leis instituídas no Brasil, período de 1841 a 2020

| <i>Ano</i> | <i>Legislação</i> | <i>Assunto</i> |
|------------|-----------------------|--|
| 1841 | Decreto 142 A | Inauguração do Hospício de Pedro II e em 1890- Hospital Nacional de Alienados. |
| 1990 | Declaração de Caracas | Direitos das pessoas com doenças mentais e a importância dos cuidados na comunidade, nos países da América Latina e Caribe |
| 1992 | Portaria SNAS/ nº 224 | Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial do SUS. |

| | | |
|------|---------------------------|--|
| 1994 | Resolução CFM 1.407 | Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. |
| 2000 | Portaria n.106 GM/MS | Criam os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde |
| 2001 | Lei n.10.216 | Direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. |
| 2003 | Lei n.10.708 | Programa de Volta Para Casa |
| 2010 | Portaria 4279/MS de 2010) | Atenção Primária passa a assumir o papel de centro comunicador da rede |
| 2011 | Portaria GM/MS nº 3.088 | Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. |
| 2011 | Portaria n.3.090 | Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio das moradias residenciais. |
| 2011 | Portaria nº GM nº 3.089 | Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial do SUS. |
| 2012 | Portaria n.148 | Normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio. |

| | | |
|------|--|--|
| 2012 | Portaria n.953 | Inclui os Serviços Hospitalares de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento mental e uso decorrentes do uso de álcool e outras drogas. |
| 2014 | Decreto nº 8.243 | Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS |
| 2017 | Portaria nº 2.436 | Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). |
| 2017 | Portaria nº 3.588 | Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. |
| 2019 | Lei n.13.840 | Dispõem sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. |
| 2019 | Nota Técnica nº 11/2019- CGMAD/DAPES/SAS/MS | Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas |
| 2019 | Portaria Nº 2.730 | Dispõem sobre o financiamento e incentivo de implantação das Comunidades Terapêuticas. |

Fonte: autor

Podemos analisar de acordo com os dados indicados na tabela 2, que o processo da reforma psiquiátrica brasileira se caracteriza por um processo complexo, heterogêneos, composto por diversas legislações e que em muitos casos demonstram um campo de disputas e, que geram transformações legislativos constantemente na reforma psiquiátrica brasileira. Nesse contexto o campo científico é, portanto, um “universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem os artefatos do campo”. Esse universo é um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas” (BOURDIEU, 2004, p. 20).

3.2. Atenção em Saúde Mental no município de Campinas-SP

A cidade de Campinas é pertencente ao estado de São Paulo, contanto com uma população estimada de 1.204.073 ⁷ habitantes, reconhecida como uma importante cidade dentro de vinte municípios denominados como uma Região Metropolitana de Campinas. Subdivide-se em sete distritos, dos quais: Sousas, Barão Geraldo, Joaquim Egídio, Nova Aparecida, Campo Grande e Ouro Verde. Já os serviços de saúde são organizados seguindo a estrutura dos distritos e subdividas em áreas com cerca de 200.00 habitantes. Dentro de cada região têm da presença de um CAPS Estação do tipo III, responsável por gerir também duas moradias residenciais. Nessa organização, Campinas é subdividida em 05 regiões para o atendimento de serviços em saúde mental e seguindo as diretrizes da Secretária de Saúde Municipal: norte, sul, noroeste, leste e sudoeste, conforme mapa abaixo:

FIGURA 1: A Divisão dos Serviços de Saúde Dr. Cândido Ferreira



Fonte: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>

Os serviços de saúde mental no município de Campinas-SP são realizados através de equipes multiprofissionais, prestando um cuidado à saúde e com a participação das famílias, evitando as internações hospitalares e promovendo a reabilitação psicossocial através de um tratamento humanizado e no próprio território. Desde a década de 1990, o município é considerado pioneiro na implementação das políticas públicas de saúde mental no cenário brasileiro. No caso específico de assistência, os serviços prestados desde a década de 1990 é realizado em parceria com Prefeitura Municipal de Campinas e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF).

Atualmente, o serviço Cândido Ferreira ⁸ realiza aproximadamente 6.500 atendimentos/mês e constituído de cerca de 950 funcionários que atuam em suas unidades de atendimento para crianças, adolescentes e adultos, distribuídas em toda cidade, composta por serviços e equipamentos, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Convivência (CECOs); Consultório na Rua; Serviços Residências Terapêuticas (SRTs); Oficinas de Inclusão Social pelo Trabalho e Projetos Culturais, enfermarias especializadas em hospital geral, serviços de Urgência e Emergência, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), todos esses serviços compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seguem as diretrizes da Atenção Primária (Portaria 4279/MS de 2010). Por fim, atualmente a instituição conta com mais de 40 unidades de saúde mental em toda a cidade, apresentando 10 unidades com funcionamento 24 horas para adultos, adolescentes e crianças.

A Rede de Atenção Psicossocial é distribuída através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seu objetivo é atender a população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e reinserção social, sendo fundamental também em atuar nas crises agudas e diálogos com a Assistência Social, Secretaria da Educação, Habitação, Esporte, Cultura, Trabalho e Economia Solidária, Segurança Pública, Judiciário, Conselho Municipal de Saúde e também atuação com outros conselhos participativos da sociedade civil, por exemplo, as associações de familiares e parcerias com municípios vizinhos.

O SSCF é composto por: 06 CAPS III (Atendimento 24 horas, atendimento de adultos); 03 CAPS Álcool e Drogas (Atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas) e por 02 CAPS Infanto-juvenil (Atendimento 24 horas, destinados a crianças e

⁸ Relatório de Atividades 2020, disponível em https://drive.google.com/file/d/1xqs0ZSSa_yOPtTmWPBg4bF7jzuVgiHLX/view

adolescentes), 20 Serviços Residências Terapêuticos, destinadas de usuários egressas de longas internações psiquiátricas, sendo subdivididas no tipo I e tipo II. Por fim, oferecem 02 equipes multidisciplinar no Consultório na Rua, 05 Centros de Convivência e 02 Projetos de Inclusão Social pelo Trabalho (Núcleo de Oficinas de Trabalho e Casa das Oficinas).

As moradias residenciais do tipo I é destinada a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização e que apresentam um certo nível de autonomia, não demandam de monitoramento de assistência 24 horas pelos profissionais de saúde. O suporte focaliza-se na inserção dos moradores no território e composta por até 10 vagas. O acompanhamento nas moradias é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e pelos Agentes Comunitários de Saúde e através de profissionais do CAPS, considerados referências para esses moradores. Os SRT do tipo II, esta modalidade de moradia deve acolher até dez moradores e apresentam a atuação de profissionais 24 horas, que necessitam de cuidados permanentes específico, devido ao grau de dependência devido o comprometimento físico e mental, relativos também as consequências da institucionalização de longa permanência e alguns casos pela vida inteira.

Os serviços residenciais apresentam como objetivos a redução progressiva dos leitos psiquiátricos e da ampliação e do fortalecimento da rede extra hospitalar, constituída sob responsabilidade em sua maioria através dos Centros de Atenção Psicossocial. Outras propostas compreendem a inclusão das ações de saúde mental à Atenção Básica, a Atenção Integral e garantidos pela cobertura do programa "De volta para casa". Este programa, criado em 2003, permite ao egresso de longa internação em instituições psiquiátricas receber mensalmente um auxílio-reabilitação psicossocial, (412,00 reais), considerando as questões sociais, individuais dos sujeitos e sobretudo seu grau de vulnerabilidades e permitindo em alguns casos o acúmulo de benefícios sociais.

As residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas egressas de hospitais psiquiátricos ou a partir de dois anos de internação psiquiátrica interruptos. Embora as casas configurem sob a responsabilidade de um equipamento da saúde, estas residências devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia das pessoas que já foram internadas em hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo, às vezes difícil, de reintegração na comunidade. De forma geral,

existem funcionários que são designados para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos relativos à autonomia dos usuários nas cidades.

As moradias destinadas ao processo de desinstitucionalização foram criadas no Brasil a partir do início dos anos 90, iniciativas pioneiras de estruturas residenciais extra-hospitalares e discutidas na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987 na cidade de Bauru. Em um primeiro momento eram chamadas de “lares abrigados”, “pensões protegidas” e “moradias extra hospitalares” e atuantes nos municípios Porto Alegre (RS), Campinas (SP), Santos (SP), Ribeirão Preto (SP) e Rio de Janeiro (AMARANTE, 2014). Entretanto, foram regulamentadas como Serviço Residencial Terapêutico por meio da publicação da portaria 106/2000. No ano de 2002 eram 85 unidades, já em 2019 constituem em 633 serviços residências⁹ em todos os estados, sendo fundamentais para a redução dos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2019). Ademais, na tabela 3 demonstraremos os tipos de SRTs e seus respectivos CAPS de responsabilidade em Campinas.

Tabela 3. Modalidades dos CAPS e SRT em Campinas-SP

| MODALIDADE DO SERVIÇOS | TIPOS E MORADORES |
|-------------------------------|--|
| CAPS ESPERANÇA | 05 SRT Alta Complexidade (49 moradores); 02 SRT tipo I (14 moradores) e 01 tipo II (8 moradores) |
| CAPS ESTAÇÃO | 01 SRT tipo I-8 moradores; 01 SRT tipo II-9 moradores |
| CAPS ANTÔNIO DA COSTA SANTOS | 01 SRT tipo I-8 moradores e 01 SRT tipo II-10 moradores |
| CAPS NOVO TEMPO | 03 SRT tipo I (20 moradores) |
| CAPS DAVI CAPISTRANO | 01 SRT tipo I (7 moradores) e 01 SRT tipo II (10 moradores) |
| CAPS INTEGRAÇÃO | 03 SRT tipo I (20 moradores) |

Fontes: Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

⁹ Secretaria de Atenção Básica à Saúde, disponível em <https://aps.saude.gov.br/noticia/6054>

Além dos CAPS e SRT, estão disponíveis ainda os Centros de Convivência, integram a rede substitutiva de atenção à saúde mental e oferecem espaços de sociabilidade, de educação, lazer e produção cultural. Estes Centros auxiliam na construção de laços sociais e a inclusão das pessoas na comunidade local. Ademais, na tabela 4, em seguida, demonstraremos os orçamentos dos gastos dos Centros de Atenção Psicossocial e Serviços na gestão de 2019, sendo uma exigência das políticas de transparências através da Instrução Normativa número 02 de 2008, do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

Tabela 4. Custeio decorrido em 2019

| | <i>CAPS</i> | <i>SRTs</i> | <i>Total</i> |
|-------------------------|--------------|-------------|--------------|
| <i>Custeio</i> | 309.554,45 | 237.411,72 | 333.266,17 |
| <i>Recursos Humanos</i> | 1.800.357,86 | 570.623,15 | 2.370.981,01 |
| <i>Total Geral</i> | 2.109.912,31 | 808.034,87 | 2.704.247,18 |

Fonte: Plano de Trabalho Cândido Ferreira- Campinas

Vale notificar que os investimentos em Campinas ocorrem sobretudo nos Centros de Atenção Psicossocial, tendo em vista que através deles, que é realizado o cuidado e assistência à saúde nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Os CAPS inseridos na cidade são constituídos por seis unidades: CAPS David Capistrano; CAPS Esperança; CAPS Estação; CAPS Integração; CAPS Novo Tempo e CAPS Toninho, distribuídos por todo território de forma intersetorial por regiões e distritos. Para compreender os avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Mental neste município, abordaremos um estudo de caso, no qual permitiu-se analisar a trajetória da cidadania nas políticas públicas através de um recorte cotidiano desses serviços de saúde.

3.3. Estudo de caso

A escolha de fazer imersão de campo no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira proposto no mestrado é decorrente da justificativa que na década de 1990 antes mesmo da aprovação da Lei Federal nº 10.216/ 2001, seguiu as diretrizes do modelo proposto pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, articulados com o ideário da reforma psiquiátrica brasileira e reduziu o fechamento dos leitos em sua instituição e consolidados

totalmente, em 2017. O SSCF segue o modelo de reabilitação psicossocial e ressocialização social, oferecendo serviços substitutivos ao modelo manicomial com bases comunitárias à sociedade civil.

Já a escolha do CAPS Estação proposto neste estudo de caso, ocorreu sem motivo específico, tendo em vista que ao submeter primeiramente o projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do SSCF, foi destinado a autorização da coleta de dados nesse CAPS Estação, sendo o primeiro inaugurado na cidade, esse serviço é responsável também pela administração e gerir as escalas dos profissionais em dois Serviços Residências Terapêuticos, o SRT tipo I- Vila Azul e SRT tipo II-Mada, ambos situados no bairro Jardim Eulina, situados na região da zona norte (Macrorregião Norte), uma característica marcante desse bairro residencial é a presença de moradores da comunidade Cigana da região.

A comunidade cigana pode-se ser denominada como um conjunto de populações nômades que têm, em comum, a origem indiana, ligados por uma língua em comum (o romani), territorialidade, crenças e valores. Mais especificamente na literatura, entende-se por ciganos, grupos compostos por uma cultura milenar, permeada de características culturais e por perseguições políticas e religiosas, sem nunca perder de vista que tudo isso serviria para reforçar sua identidade cultural e política, aproximações com o território em que estão inseridos (JÚNIOR, p.96, 2013).

Logo, nessa região conta com a organização da Associação de Cultura Cigana de Campinas, responsável em articular mediações com o Centro de Saúde Eulina e gerir o Centro de Convenção do bairro. Durante uma das entrevistas, um interlocutor definiu a visão dele sobre a comunidade no local, como proposto a seguir: *“os ciganos operam a vida de uma forma bem distintas das nossas, os bens deles não são propriedade, eles trocam de carro e tem um certo zelo pela comunidade, eles mexem na praça e colocam bancos”* (psicólogo, novembro/2020). De outro lado, outro interlocutor, apresenta outra percepção sobre a comunidade: *“Talvez seja a cultura deles, eles são fechados”* (técnico de enfermagem, outubro/2020). Sendo assim, a ocupação de tais espaços públicos no território aberto é sempre de conflitos diários e muitas das vezes, situações de agressividade com os usuários e profissionais dos serviços.

A instalação do CAPS-Estação nessa região, teve funcionamento em 2002, sendo o primeiro Centro 24 horas na cidade, composta por uma equipe multiprofissional e com o objetivo de prestar atendimento de forma intensiva aos usuários com idade superior de 18 anos. Esse CAPS, teve sua implementação dada por um grupo de profissionais

trabalhadores da área de saúde mental do SSCF, que realizaram a instalação diante de negociações com os moradores. Nesse sentido fica evidente que no início da construção dos serviços em comunidade aberta, foi um projeto de articulação dos usuários, familiares e em especialmente do protagonismo dos profissionais, responsáveis por mediar os conflitos diários, como esclarecido por uma assistente social: *“Quando abriram as alas dos hospitais e os pacientes foram morar nas casas, alguns profissionais foram morar junto, imagina as primeiras noites”* (novembro/2020).

A composição multiprofissional da equipe do CAPS, dá-se por uma diversidade profissional: uma coordenadora do Cândido Ferreira, (responsável pela gestão das unidades assistenciais, articular ações dos trabalhadores, responsável também pelas pesquisas de campo, programa de residência e os estágios supervisionados de nível médio e superior. Apresenta-se também com a atuação de psicólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, assistentes sociais, monitores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, três médicos (com especialização em psiquiatria ou clínico geral), seguranças e auxiliares de limpeza, essas duas últimas categorias são terceirizadas. Todos os funcionários trabalham por escala e rodízio entre as moradias e o CAPS.

A equipe da enfermagem é a maior categoria profissionais no serviço, visualmente marcada por diferenciações intergeracionais, sendo observadas ao longo da aplicação das entrevistas. De um lado, composto pelos profissionais de ensino superior, denominado por equipe “universitária”, na sua maioria composta por profissionais recém-formados e contratados no CAPS, já do outro lado, é composto pelos técnicos de enfermagem, chamada de equipe “técnica” (composta por técnicos de enfermagem, auxiliares de técnicos e pelos monitores). Em relação ao corpo técnico é composto pelos profissionais mais antigos e com mais experiência profissional, dentre dos quais entrevistei funcionários com mais de 40 anos de atuação nos serviços e tais categorias são os mais antigos trabalhadores nas moradias residenciais.

Os serviços de saúde apresentam o intuito de atuar no território em que os usuários irão viver suas rotinas, buscando integrar uma rede de proteção, assistência, cuidado e, baseando-se na municipalização. Todas as moradias e o CAPS são casas alugadas no mesmo bairro. Ao questionar sobre tais estrutura física dos serviços na percepção dos funcionários, vieram discursos favoráveis e contrários. Desde visão de rearranjos no cotidiano, tais *“Acho que a gente que faz a estrutura, explorar cada espaço, eu já fiz atendimento até na praça”*. Já por outro lado, a exigência de muitos atendimentos rotineiros apresenta uma sobrecarga na infraestrutura, acompanhada de falta de

investimento financeiro dos serviços para eventuais manutenções, como apresentado por um psicólogo: *“uma família que vêm aqui no CAPS, não fico a vontade de mostrar a casa (...) o que fica na minha cabeça é o seguinte: você chamaria um familiar seu para ficar aqui, caso necessite de uma internação?”* (dezembro 2020).

É dentro do CAPS que são realizados o trabalho das reuniões com todos os profissionais. Os atendimentos individuais são planejados conforme a identificação das demandas rotineiras dos usuários e precisam seguir as diretrizes do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Dentro dessa perspectiva, o PTS é uma estratégia das equipes de referência do CAPS, Equipe de Saúde da Família e do apoio NASF, que visa desenvolver ações na produção da saúde no território, articulando os serviços de saúde mental com outros serviços de saúde. Para melhorar a reflexão, o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, juntamente com os familiares e com os trabalhadores, que resultam em ações interdisciplinares pautados com o apoio matricial. Esse apoio matricial é o principal instrumento tecnológico no trabalho do NASF por apresentar tanto ações assistenciais direitas com as pessoas e elaborações de estratégias coletivas, como a elaboração de materiais de apoio e visitas das equipes nos domicílios.

Ademais, o CAPS segue a lógica de horizontalização profissional, buscando sempre propor diálogos e formas de organização, tanto na estrutura do trabalho e ações coletivas da assistência aos usuários e familiares. Isto posto o CAPS- Estação realizam duas reuniões semanais, a primeira chamada de reunião geral, contanto com a mediação da gestora do serviço SSCF e profissionais, constituindo-se essa configuração como importante espaço de análise sobre a funcionalidade dos serviços e a discussão dos casos graves. Já a segunda reunião é chamada de mini, somente com os profissionais, divididos em equipe azul e vermelha, tendo como objetivo debater sobre casos clínicos, protocolos de manejo, nessa reunião também é organizado os procedimentos das visitas domiciliares e os projetos terapêuticos singulares dos casos menos graves.

É nessas reuniões que ocorrem a construção de diversas estratégias de como os profissionais devem seguir em seus atendimentos nos serviços e tentativas de realinhar ações teóricas e práticas. Durante minha participação numa reunião, apareceram discursos e noções por parte dos profissionais, como *“trabalhar em rede”*, *“trabalhar junto”*, *“não hierarquização”*, *“sutilezas da experiência dos técnicos de enfermagem”*, e geralmente há *“desabafos”* pelos profissionais relacionados de como lidar com as novas demandas emergentes, servindo também de um espaço coletivo de acolhimento da equipe e consequentemente efeitos decorridos da pandemia. Por fim, é nas reuniões que ocorrem

também as divergências de leituras dos casos, de conteúdo, o que é critério para estar no CAPS e até quando é tutela ou não por parte dos serviços.

Ademais, o recurso financeiro do Centro de Atenção Psicossocial ocorre a partir do financiamento do Ministério da Saúde, Secretária de Saúde do Estado de São Paulo e recursos financeiros da prefeitura municipal de Campinas. Nessa perspectiva, o SSCF consegue custear os salários dos trabalhadores, transportes, alimentação e gastos relativos ao aluguel dos dispositivos da rede. O SSCF, os núcleos dos Hospitais Gerais, Unidades de Acolhimento, são de responsabilidade de fiscalização da prefeitura e precisam seguir as diretrizes das normas do Boletim de produção ambulatorial, através das normativas de captação do SIA/SUS e BPA-I (Portaria nº 854/2012). Por último, o funcionamento orçamentário das moradias é pautado na seguinte estrutura, a instituição do Cândido em parceria com a prefeitura são responsáveis por pagar os aluguéis das casas e os salários dos profissionais, já aos gastos internos da casa, como conta corrente (água e luz), alimentação e materiais de limpeza são rateados entre os moradores, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Programa de Volta Para Casa (PVC).

4. AVANÇOS E IMPASSES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A partir do que foi descrito anteriormente, através de um estudo de caso de um serviço de saúde municipal, nesta seção, trazemos as discussões dos resultados, a partir dos discursos dos profissionais e usuários, relativos aos avanços, transformações práticas, retrocessos e estagnações da reforma brasileira. Ressalta-se que toda a discussão dos resultados dessa pesquisa, não se trata de uma crítica aos serviços e muito menos aos cuidados prestados pelos funcionários, mas de uma análise reflexiva do percurso de desinstitucionalização do processo da reforma psiquiátrica nesse município.

4.1. Diversidade multiprofissional

As entrevistas com os funcionários foram pautadas em quatro eixos de perguntas: A formação acadêmica e profissional; atuação profissional; as políticas públicas de saúde mental e sobre os avanços e desafios da cidadania tanto na percepção desses trabalhadores e com relacionados com os usuários. Foram entrevistas baseadas seus percursos biográficos, experiências profissionais e circunstâncias histórico-sociais. Nesse sentido, tais discursos permitiram analisar a relação do cuidado à saúde mental, em relação da atuação profissional interligadas com as noções da política pública à saúde mental e com as questões relativas à lógica manicomial no aporte teórico e prático. Já os eixos relativos

dos avanços e desafios da reforma psiquiátrica, a partir do entendimento dos profissionais sobre a cidadania dos usuários permitiu entendermos como a PNSM podem contribuir para a integração, ampliação e consolidação dos direitos das pessoas em processo de desinstitucionalização e, especialmente, a consciência identitária da cidadania na Rede de Atenção Psicossocial.

(i) Formação acadêmica e a atuação profissional

No âmbito das perguntas envolvendo a formação acadêmica ou técnica é condizente com as diretrizes da reforma psiquiátrica, observamos o conceito intergeracional, tendo em vista que muitos profissionais são atuantes nos serviços quando os cuidados eram prestando somente nos hospitais, alguns trabalhadores participaram do Movimento da Luta Antimanicomial desde a sua criação. Deste modo, as pessoas com as quais realizei as entrevistas carregam narrativas da realidade da época de o modelo asilar, informando sobre a reforma a partir de um lugar de suas experiências, como tais: *“sou do tempo do eletrochoque e quando as medicalizações não eram forte”*, e até mesmo momentos descontraídos, como: *“quando inaugurou o primeiro Caps na cidade, eu cheguei antes mesmo da placa de inauguração”*.

Isso não significa dizer que uma experiência profissional apresenta mais valor que outra, nem de conceder ou permitir que ela apareça com mais ou menos intensidade. Compreendemos que tais trajetórias de alguns profissionais são atravessadas por relações de reciprocidade e de aprendizagem constantes, tentativas de desconstrução dos papéis sociais cotidianos nas complexas relações de poder que compõe os serviços, ficando visível as trocas de sabedorias entre os profissionais dentro dos serviços, e como irão construindo uma rede de cuidado em conjunto. Segue um discurso do interlocutor a respeito dos técnicos dentro dos serviços e relacionados as suas respectivas experiências *“diferenças de saberes, coisas que eles sabem, vivenciarão e eu não posso fazer. Mas eu faço uma série de coisas, que eles não podem realizar, eu falo de diferenciações não no sentido negativo, mas como uma valorização mesmo”* (psicólogo, novembro/2020).

A construção do campo científico é, portanto, um espaço onde estão inseridos todos os agentes sociais, que produzem, reproduzem os capitais possíveis de acúmulo e valorizações. De acordo com Bourdieu (2004), o capital científico é subdividido em capital institucional e capital puro. O capital institucional é relacionado na ordem burocrática da ciência, permeados nas organizações dos saberes, tomadas de decisões, e domínios transitórios sobre o campo. Já o capital puro é compreendido no campo

teórico/epistemológico, referentes “pelas contribuições reconhecidas ao progresso da ciência, as invenções ou as descobertas” (BOURDIEU, 2004, p. 36). Para melhorar o argumento, o campo científico é um universo de gênese, estrutura e dinâmica, presentes em uma rede de agentes, através de capitais simbólicos, econômicos, culturais e sociais, marcados também por relações de poder de todos os campos da saúde mental, na tentativa de legitimar como ciência responsável para a assistência mental, pautados por disputas, conflitos e divergências, tanto dentro das instituições, como em sua relação político e cultural com à sociedade civil.

Tais diferenciações dos saberes dos campos científicos, dizem também respeito aos procedimentos da função específica de cada profissional nos serviços, somente profissionais graduados podem prescrever medicamentos, diagnósticos clínicos e até mesmo solucionar alguns manejos. Durante as entrevistas, a conceituação manejo sempre aparece como sendo um campo importante de reflexão. Essa ação, pode ser entendido como práticas de procedimentos e tecnologia para conduzir as emergências psiquiátricas, visando sempre a autonomia e segurança dos usuários no seu momento de crise aguda, mas também que garanta a segurança por parte dos profissionais ao prestar tal acolhimento e um cuidado, em situações de crises.

Já os questionamentos por parte dos profissionais, através da percepção do processo da reforma psiquiátrica e sua formação profissional, sempre aparecem narrativas sobre as dificuldades de conciliação teórica e prática, porque muitos tiveram uma formação ainda baseada nos modelos biomédicos, através de disciplinas como psicopatologia, psicofármacos e até mesmo disciplinas duras no campo da psiquiatria, baseado em sistema patologias e medicamentoso. As críticas dos trabalhadores ocorreram também por críticas pelos usos, desusos e abusos dos psicofármacos. Trazemos um exemplo: *“os professores são muito teóricos, fizeram mestrado, doutorado e pós-doutorado, sabem todos os procedimentos, mas na prática cotidiana, não estão presentes, coisas básicas como um manejo”*. (enfermeira, setembro/2020).

Um ponto de discussão a partir da realização das entrevistas nos serviços é relativo sobrecarga de trabalho enfrentado pelos profissionais, devido a restrição de investimentos enfrentados pelo SUS e afastamento de alguns que se enquadram na faixa de risco devido à pandemia. Algumas consequências são relativas a falta de capacitação financeira em contratar mais profissionais, fechamento dos leitos em núcleos ambulatoriais e não investimento nas vagas na rede que dá suporte ao CAPS. Nesse contexto, chegam mais casos de crises agudas e sobretudo de perfil de jovens aos serviços. Sobre tais ações, um

informante me disse: *“jogou na nossa mão as crises graves, eu falo por mim, nesses anos de trabalho, nunca atendi crises muitos graves, estou sendo obrigada agora e você também é obrigado a apanhar”*. (técnica de enfermagem, setembro/2020).

O suporte da rede do CAPS, ocorrem através das Unidade de Acolhimento e os leitos nos Hospitais Gerais, que são alternativas para casos de crises graves, e automaticamente não estão funcionando adequadamente, pois nos últimos anos não foram totalmente ampliadas pela prefeitura municipal. Tais casos de agressões aos funcionários junta-se a questão da falta de diretrizes de protocolos para abordar o manejo para as emergências psiquiátricas, como narrada por outra profissional *“sobre protocolos de abordar manejo de agressividade, existem protocolos da Associação de Psiquiatria Norte Americana, que falam sobre abordagens de agitação psicomotora, através da fala, linguagem corporal e quando trago isso nas reuniões sobre o protocolo da Associação de Psiquiatria, as pessoas querem distância”* (psiquiatra, novembro/2020).

A realidade prática envolvendo os diferentes conflitos de poder e interesses de alguns Conselhos, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselho Federal de Psicologia (CFP), dentre outros, apresentam a dificuldades de contundas protocolais, procedimentos éticos para as categorias e, assim, amezinhar o sofrimento do usuário e segurança dos trabalhadores. Nesse contexto, vários profissionais alegaram o medo no seu cotidiano e alguns já acionam seguros privados para eventuais processos jurídicos, até mesmo como respaldo político frente aos seus conselhos, como apresentando: *“muitos profissionais têm medo, medo de fazer um manejo e esse medo não vêm do nada, coisas aconteceram e não foram vistas como cuidado”* (monitora, outubro/2020).

Ademais, a relação dos trabalhadores relativos a concepção sobre a instituição Cândido Ferreira, como já demonstrado ao longo do trabalho, que é uma instituição filantrópica, apareceram algumas opiniões interessantes, desde falas de *“elevada referência nacional”*; *“é um prestador de serviço terceirizado, ele (SSCF) fala que não, mas é”*; *“o Cândido por mais de baixos investimento na área das políticas em saúde atual, ele consegue assegurar o mínimo como moradias, profissionais e o cuidado”* e *“de toda a rede de saúde mental é o que mais remuneram bem”*. Nesse contexto é importante perceber a relação mútua com a prefeitura municipal, relacionado com mandato municipal, oras são considerados parceiros e outras oras são considerados prestadores de serviços e automaticamente afeta diretamente toda a rede. Entretanto, a transparência do

SSCF é facilmente encontrando em seu portal virtual, através de Relatórios de Atividades anuais, dados relativos aos serviços prestados e técnico-assistencial.

O multiprofissionalíssimo dos serviços de saúde, atuam em trabalho a garantir uma horizontalidade dos saberes e práticas e propor diálogos constante da equipe. Aponta-se que os multiprofissionais não buscam a desnaturalização dos saberes de cada categoria, mas a oportunidade de aproximação desses saberes disciplinares, através das divergências de leituras dos casos, diante das vivências de saberes de cada profissional, sendo propriamente importante para a construção de um modelo biopsicossocial. Entretanto, mesmo com a descentralização do SUS e a saúde mental se constituída em horizontalização dos profissionais e de diversos canais de participação, fica visível a baixa adesão da categoria médica em participar nos conselhos de políticas públicas nos municípios, porém ainda apresentam grande poder nas decisões de políticas sociais em saúde e na gestão dos serviços à saúde. (CÔRTEZ, 2007).

Nesse sentido, a categorização profissional do médico psiquiatra ainda é uma figura central dentro dos serviços, aparecendo como uma categoria que fica pouco na rede, geralmente é composto por residentes, quando terminam tais atividades, eles já se desligam do Cândido Ferreira, atuando para o agravamento da dificuldade de criar vínculos e até mesmo de equacionar as diretrizes do Projeto Terapêutico Singular. Nessa lógica, embora a RAPS trabalhem com a conceituação de horizontalidade dos trabalhadores, somente o psiquiatra é chamado de “doutor”, como qualquer outro médico, ainda que não seja portador de tal titulação, à diferença do restante da equipe, mostrando um dos aspectos da hierarquia ainda presente do poder da psiquiatria contemporânea nos serviços.

(ii) Políticas públicas de saúde mental e avanços, rupturas e desafios da cidadania

A proposta da assistência psiquiátrica que toma como base de atuação o território aberto e em conjunto com à sociedade civil, não pode ser considerado como algo consensual e processo acabado. Na prática a função dos profissionais é desenvolver ações cotidianas em conjunto com as equipes de saúde mental e com os familiares, vizinhos e assim construindo as políticas públicas de saúde mental dentro dos territórios. Sendo assim, mesmo com as garantias estruturais da legislação relacionados ao cuidado em liberdade, existem desafios da expansão e garantia da cidadania, agrupando-os segundo o campo específico de tensões para a promoção de seus direitos. Para essa exposição,

exploramos inicialmente uma análise dos avanços e desafios da cidadania a partir dos resultados das entrevistas com os profissionais.

O primeiro diz respeito ao direito à moradia, reconhecido como constitucionalmente desde 1988, como um direito fundamental, garantia a qualquer cidadão brasileiro, a possibilidade de reivindicar perante o Estado uma ação favorável no sentido de garantir a seguridade social. No âmbito das políticas públicas em saúde mental, uma condição fundamental para a garantia de uma condição digna de reabilitação psicossocial. Entretanto, no discurso de um psicólogo relacionados aos questionamentos sobre os direitos as moradias *“o direito de morar já tá garantido, vai morar tantas pessoas, vai ter tal incentivo do município, responsabilidade da família, vai ter benefício, mas as políticas públicas são pouco traduzidas no cotidiano (...) por exemplo, como mediar sete pessoas que não decidiram morar juntas, cada uma com seu desejo, gostos, questões e transtornos”*. (novembro/2020).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos já estão consolidados em todo território municipal. Todavia é algo que a reforma psiquiátrica precisa reatualizar, pois muitas pessoas egressas de longa permanência nos hospitais, encontram-se em um processo avançado de envelhecimento e diversas doenças crônicas. Sendo assim, as políticas públicas de saúde precisam considerar as consequências do envelhecer, até ligados ao cuidado paliativo e como atuar no cuidado do novo perfil de jovens nas moradias, pois muitos apresentam outros entendimentos sobre como relacionar com à cidade, trabalho, movimentos artísticos culturais e até com a forma do sofrimento mental.

Isto posto, apresentaremos o segundo direito, relativo ao trabalho, apesar de não estar expresso claramente na Constituição Federal, sua consolidação das leis trabalhistas, relacionados com a previdência social. Esse direito consolida-se como um dos direitos sociais mais elementares para uma existência e o reconhecimento de cidadania. Através das entrevistas, esse direito foi abordado como o mais complexo de ser garantido, de um lado, devido as longas internações em hospitais psiquiátricos, articulados com a própria possibilidade de uma aposentadoria por incapacidade ou invalidez e dos direitos dos benefícios sociais, acabam por gerar uma série de dificuldades de inserção dos usuários no mercado de trabalho, alguns casos pelo próprio desinteresse e baixa escolaridade. Por outro lado, o trabalho pode ser um caminho de sociabilização com a sociedade civil, mas devido as eventuais crises e sobretudo com a estigmatização e preconceitos presentes, a inclusão pelo trabalho tornar-se um agravamento do sofrimento.

Embora a oficina de trabalho seja um mecanismo de trabalho e já é consolidada na cidade, através da realização no distrito de Sousas, muitos usuários acreditam que é distante, difícil acesso do transporte disponibilizado pela rede e financeiramente de baixa remuneração. Nesse sentido, no decorrer de uma entrevista, um profissional me disse: “o perfil dos usuários tem mudado bastante, tem chegado jovens com crises agudas, não temos mais aquele esquizofrênico clássico que aprendemos nos livros de biomedicina, hoje é comum ter um jovem psicótico, querendo pedir comida pelo iFood¹⁰ (...) não querem mais ficar sentado pintando quadro” (enfermeira, novembro/2020). Essa perspectiva, mostra-se a necessidade de reatualização do próprio modo de trabalho praticado pelas oficinas do trabalho e até mesmo colocar em prática as cooperativas, sendo criadas desde os anos de 1990, mas que na prática tais associações de pessoas com interesses comuns não foram consolidadas de forma igualitária em todas as cidades.

Logo, as oficinas do trabalho realizados pelos serviços de saúde mental acabam sendo baseada ainda na lógica de artesanatos e pinturas, e não conseguem aderir a inclusão de tecnologias voltadas para os moradores jovens, como por exemplo, um morador que é do estado da Bahia, queria realizar um canal via *youtube*, intitulado “retirantes” para trazer notícias do nordeste para os indivíduos nordestinos que moram em Campinas, mas devido à falta de acesso à internet nas moradias, não foi possível a concretização do projeto, embora tais medidas foram apoiadas por muitos trabalhadores. Por fim, a inclusão digital por meio de políticas de Ciência e Tecnologia são fundamentais também para o cuidado, sobretudo equacionar problemas relativos à vulnerabilidade socioeconômica.

Sobre tais ferramentas de inclusão digital nas instituições do Cândido Ferreira, com a sociedade comunitária acontecem via o pioneirismo da Rádio Maluco Beleza¹¹, um projeto iniciado em 2002, uma iniciativa de diálogos entre usuários do serviço de saúde mental em parceria com a Rádio Educativa de Campinas, que desde então é apresentado via mensal o programa Maluco Beleza. Em 2010, foi inaugurado o estúdio dentro da instituição SSCF, dando início ao Maluco Beleza Online, um projeto também sendo considera pioneira na comunicação virtual, reunindo usuários da saúde mental, familiares, profissionais e toda a comunidade externa, com funcionamento por vinte quatro horas e apresentando uma diversidade na sua grade de programas e diversos temas atuais.

¹⁰ iFood é uma empresa brasileira fundada em 2011, atuante é a maior empresa de entrega de comida via aplicativo na América Latina.

¹¹ <https://candido.org.br/portal/>

Dando sequência aos direitos, abordaremos o terceiro aspecto, relativos aos direitos de acesso aos benefícios sociais, tais como: Benefício da Prestação Continuada (BPC) e do Programa de Volta para Casa (PVC), trata-se de um auxílio concedido por uma ação nacional do campo da assistência social, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que objetiva auxiliar as pessoas que são consideradas em situação de vulnerabilidade sociais, como idosos, pessoas com deficiência, com transtornos mentais e doenças graves. O BPC, é a garantia de um salário-mínimo para as pessoas destinada com condição de natureza física, mental, sensorial ou intelectual de longo prazo, que a impossibilite de participar de forma plena e promovem à igualdade e equidade. Já o benefício do Programa de Volta para Casa (PVC), foi sancionado pelo governo Lula, por meio da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003, disponibilizando a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial aos indivíduos que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas.

Durante as entrevistas, foi um consenso em abordar que nenhum usuário apresenta dificuldade de acessos aos benefícios. Entretanto, as formas das garantias e universalidades dos direitos assistências proporcionaram, por um lado, o reconhecimento dos direitos de cidadania relativos aos direitos previdências, porém, por outro, mostram um caráter de condições conflitantes, relativos à tutela. Nas moradias do tipo II, todos os usuários são curatelados pelo Cândido Ferreira e os usuários da moradia I, que apresentam algum grau de autonomia, nenhum é tutelado pela instituição e nem pelos familiares. Assim, os benefícios apresentam possibilidades positivas, alguns usuários em processo de desinstitucionalização que optaram em morar com os familiares, também são assegurados pelos benefícios, mas em alguns casos apresentam diversos conflitos, gerando conflitos com esses familiares, em garantir a autonomia dos usuários em gerir seu próprio dinheiro.

Finalizando, abordaremos o acesso do direito à educação, se efetuando basicamente de quatro formas: na rede regular de ensino através das redes públicas e privadas, por meio da educação especial, por meio da oferta de classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar ou através de oficinas terapêuticas de alfabetização. Na medida em que a educação se constitui como um dos direitos mais importantes no processo da emancipação social, permitindo o engajamento cívico e condições para a superação das desigualdades, porém, o ambiente escolar é um período de extrema violência para muitos usuários nos anos básicos. De acordo com muitos trabalhadores, sempre alegaram a necessidade de contratação de pedagogo na rede do CAPS III e nas moradias residenciais, embora tais atividades muitas das vezes são desenvolvidas por

outros profissionais através das oficinas de artes e atividades de lazer, como passeios guiados, visitas em shoppings e etc.

Assim, os usuários das moradias do tipo I e II, caracterizam com um perfil entre 40 a 80 anos e devido as internações eventuais ou ininterruptos, não estudaram, sendo em sua maioria analfabetos ou analfabetismo funcional, com exceção de dois usuários, um estuda em um colégio particular destinado para educação especial e outra usuária que está na no Ensino de Jovens e Adultos, sendo um programa do governo que visa oferecer o Ensino Fundamental e Médio para pessoas que já passaram da idade escolar e que não tiveram oportunidade de estudar.

A articulação com outros setores como educação, trabalho, cultura, justiça, seguridade social, dentre outros, também são realizados, não sem tensões. Porém o que mais apresenta dificuldade de acesso é com a garantia de acesso aos serviços de saúde sem ser relacionados com a saúde mental. Como muitos moradores das residências já são idosos, apresentando diversas doenças crônicas, sofrem estigmatização ao acessar à Atenção Básica, sempre vinculados somente como pessoas com transtornos mental e não na multiplicidade do corpo. Como apresentando: *“quando um paciente está com dificuldade de engolir ou qualquer febre não é devido ao transtorno dele, encaminhamos para as UBSs e prontos socorros, eles olham e falam que é caso para a psiquiatria e não fazem um atendimento e dificuldades de conseguir um agendamento e consultas médicas”* (enfermeira, novembro/2020).

Já o outro momento de dificuldade de acessar aos serviços de saúde é relativo os procedimentos burocráticos e desconhecimentos dos outros serviços de saúde, de não saber as funções do CAPS, que é um serviço de saúde mental e não um ambulatório clínico. Acompanhei uma das reuniões que um profissional abordava o quesito da dificuldade de agendamento para um exame clínico *“eles (serviços de saúde) não falam que legal! vocês fazem grupos de apoios, reabilitação social (...) hoje, é só crítica- porque vocês não têm um médico clínico, não têm leitos, por que não atende esse caso grave? e como assim vocês não têm um desfibrilador?”*. Tais exemplos da reunião vai de encontro com argumentação de outro trabalhador durante uma arguição: *“a chance da gente se perder no que é o nosso trabalho com o usuário é grande, focamos nas crises agudas, porque não existem outros espaços para tratar essa crise e ficamos só na urgência do laudo, urgência de não suportar uma crise através de uma terapia”* (enfermeira, novembro/2020).

Os discursos apresentados anteriormente mostram a falta de visibilidade das políticas públicas para a área da saúde mental, do protagonismo da área da saúde mental, acompanhada da fragilidade institucional e constrangimentos pelo financiamento inadequado do Sistema Único de Saúde, especialmente pela aprovação da PEC 241 de 2016, sancionado no governo do Temer. Deste modo, o acesso dos usuários na Atenção Básica, muitas das vezes ocorrem por via extras oficiais, geralmente de ter contato com outro profissional atuante na rede do município e/ou pelos residentes, pois alguns residentes no CAPS são profissionais também na Universidade Estadual da Unicamp, Pontifícia Universidade Católica de Campinas e atuantes na própria rede de saúde da cidade.

4.2. Protagonismo dos usuários e territórios

No contexto da reforma psiquiátrica brasileira também é possível reconhecer a luta do protagonismo dos usuários, mobilização social ao questionarem as relações de poder e promovendo as transformações das práticas de saúde mental. Ao propor tais ações, emergem a possibilidade de cidadãos ativos, individualidades, identidades, e essas mobilizações coletivas transformam as lutas diárias em possibilidade mudanças institucionais. O protagonismo permite criar estratégias vão desde a sua condição ligados ao sofrimento mental, até como negociar com o mundo e o uso do mesmo para sobreviver economicamente em um mundo marcado por desigualdades, atravessamento da miséria.

Ao questionar a vulnerabilidade social, emergem narrativas do protagonismo desses sujeitos, entendem-se os motivos que foram diagnosticadas desta ou daquela maneira e não aceitam passivamente só os saberes só biomédicos. Esses processos permitem a ressignificação da loucura contemporânea e questionamentos da biopolítica, tal como apresentado *“a loucura de uma pessoa por mais que tenha um diagnóstico é completamente diferente da loucura da outra (pessoa), com o mesmo código, não cuidamos de doenças, mas de Marias e Josés”* (psicólogo, novembro/2020). Ao considerar as histórias, biografias e narrativas dos usuários surgem as possibilidades de propostas das inter-relações entre o corpo e a coletividade, pois, nas instituições asilares funcionam através dos discursos de verdades no interior das instituições de poder. Tais discursos contemporâneos também que podem matar a subjetividade e no caso envolvendo as pessoas com sofrimento mental, sendo o corpo moldado remoldado constantemente pelas variedades de práticas discursivas disciplinares (FOUCAULT 2002, p.8; HALL, 2000).

Em relação ao processo da construção de serviços nos territórios, foram possíveis a partir da Constituição de 1988, permitindo a criação do SUS de forma descentralizados e hierarquizado. A partir dos anos de 2000 a “participação municipal na produção de serviços de atenção básica já estava quase que inteiramente municipalizada” (ARRETCHE & MARQUES, 2007, P.179). Os desdobramentos da descentralização das políticas públicas de saúde seguiram duas lógicas: os serviços básicos de atenção à saúde e os serviços hospitalares e acompanhadas de três níveis de aplicação, através do sistema primário (o grau de complexidade é considerado baixo); secundário (Unidades de Pronto Atendimento- UPA) e o terciário (Os grandes hospitais correspondem ao nível terciário, por exemplo o Hospital de Clínicas da Unicamp no município realizado a pesquisa). Tais avanços de acesso do SUS nos municípios, veio também acompanhadas de desigualdades entre os territórios, tendo em vista que os recursos financeiros entre os municípios. (ARRETCHE & MARQUES, 2007).

Nessa ótica, podemos analisar que a partir do cuidado à saúde mental direcionados através dentro dos municípios, local onde os usuários vivem, habitam, se relacionam com os outros cidadãos, através de tarefas rotineiras, permitem modificações da percepção do seu processo de adoecimento mental e conseqüentemente como o adoecimento mental são (re)construídas culturalmente com a sociedade. Em outras palavras, os acontecimentos particulares do acesso aos espaços públicos que oferecem importantes elementos para pensar nos sujeitos que nela têm suas experiências, que realizam trocas, direito de transitar e como praticam seu dever cívico. Tais experiências vão constituindo as cidades, para além de sua dimensão puramente na cartografia geográfica, que também interfere nessas experiências e desconstrução da própria conceituação dos transtornos mentais.

Em relação as cidades, na visão de Elias (1994), as sociedades contemporâneas precisam ser concebidas em uma rede de sujeitos e grupos através de uma relação de interações sociais, como família, religião, cidade e estratos profissionais e resultantes de conflitos e relações recíprocas (p.35). Nesse aspecto, a inserção dos usuários no interior das cidades, é acompanhada de tensões, pois a sociedade brasileira atualmente, a construção das identidades é presente em cada cultura e dentro das cidades, porém nossa sociedade é machista, excludente, hierárquica, violenta e esses fatores podem favorecer ou agravar sofrimentos mental. (ZANELLO, 2013, p.31).

Ademais, embora as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental denominam os sujeitos pela expressão “pessoas portadoras de transtornos mentais”. Tal expressão é usada para conceituar as pessoas que foram diagnosticadas com algum tipo de transtorno

mental e, por isso, usam os serviços de saúde mental. Já inseridas na sociedade são reconhecidas através do senso comum através de várias palavras que variam conforme o contexto social, cultural, ideológico, teórico, dentre outros. São denominadas como “doentes mentais”, “pacientes”, “fora da casinha”, “loucas”, “portadoras de transtorno mental”, “doidas”. Ao fazer uso dos espaços coletivos e um cuidado em liberdade, que esses sujeitos se transformaram e criam possibilidade de significação do seu processo de entendimento de saúde e sofrimento psíquico, vão desconstruindo estigmas e enfrentamento dos preconceitos e legitimando seus direitos nos trajetos cotidianos.

A vivência desses usuários com o direito de transitar pelas cidades, significa novas transformações social, cultural e política. Ao longo das décadas esses sujeitos ficaram encarcerados dentro de hospitais e aos poucos foram conquistando os espaços públicos, acionando novas serviços e redes dentro das cidades. Segundo Maluf (2010): “Toda pessoa é indefinível, nos permitem ver melhor, revelar o que nasce dentro de cada um, são expressões de nós mesmos” (MALUF, 2010, p.42). De acordo com essa argumentação, as respostas para suas inquietações se encontram na subjetividade e suas identidades são construídas através dos movimentos artísticos, inclusão pelo trabalho, lazer e acesso à cidade que as palavras ganham significados para o ser humano.

Na visão de Magnani, em seu texto sobre o trabalho de observação participante nos grandes centros urbanos, apresentam oportunidades de análises através dos “trajetos” diários para refletir sobre a complexidade das relações sociais e interligados com a mobilidade urbanas. As “manchas” segundo o autor são trajetos de “equipamentos que marcam seus limites e viabilizam, cada qual com sua especificidade, competindo ou complementando, ocasionando numa atividade ou prática predominante” (MAGNANI, 2008 p.40). Já os “pedaços” sintetiza-se aqueles espaços entre trajetos da rua e casa, em que “se desenvolve uma socialidade básica, mais ampla que a fundada nos laços familiares, porém mais densa, significativa e estável que as relações formais e individualizadas impostas pela sociedade e circulação dos sujeitos entre eles” (idem, p.32). Para melhorar o argumento, o autor salienta o olhar de perto e dentro ao propor pesquisas antropológicas urbanas:

“cabe reafirmar, por fim, que a meta é seguir em busca de uma lógica mais geral. Do olhar de perto e de dentro, próprio da etnografia, para um olhar distanciado, em direção, aí sim, a uma antropologia da cidade, procurando desvelar a presença de princípios mais abrangentes e estruturas de mais longa duração. É somente por referência

a planos e modelos mais amplos que se pode transcender, incorporando-o, o domínio em que se movem os atores sociais, imersos em seus próprios arranjos, ainda que coletivos”. (MAGNANI, 2022, p.26. grifos originais).

Por fim, a terceira onda democratizante na América Latina (HUNTINGTON, 1994), ocorrida em meados dos anos de 1980, veio acompanhada pelas políticas públicas neoliberais de ajustes fiscais, afetando também a negociação da cidadania plena frente ao Estado. Porém, mesmo os avanços da promulgação da Constituição, em 1988, estabelecendo um marco para a consolidação da democracia, assegurando os compromissos sociais como direito à moradia, à saúde, à educação, à seguridade social. Em contrapartida, a partir dos anos de 1990, foram consolidados também os avanços da legislação referentes as políticas públicas na área da saúde mental, pautados no cuidado em liberdade, valorização da autonomia das pessoas em sofrimento psíquico e garantindo a promoção de direitos. Entretanto, não foram suficientes para equacionar os problemas da desigualdade social, deterioração das condições de vida, precarização do trabalho, cortes financeiros do SUS e as lacunas paradoxais das políticas públicas nessas décadas.

4.3 Entre campo e mudanças Institucionais, Políticas, Culturais e Sociais

“As garras do manicômio são muito fortes, precisamos de um esforço constante e diário para se livrar dela, não podemos ser automáticos, porque quando fazemos as coisas no automático, seguimos a lógica manicomial”

Iniciamos essa seção com uma epígrafe com um discurso de uma profissional, quando lhe questionado sobre a sua percepção das diretrizes das políticas públicas à saúde mental. Destacamos que a realidade atual da reforma psiquiátrica no Brasil, não deixa dúvidas da inversão do modelo assistencial nos territórios. Todavia, a lógica manicomial ainda permanece nas tenuidades das rotinas diárias, desde uma escuta não ativa, dificuldades do acesso dos direitos, práticas ao manejar uma crise aguda, abusos de prescrição medicalização e não garantia de psicofármacos novos. Ao desconstruir diariamente as condutas manicomiais, surgem discursos reflexivos de possibilidades, atividades e atuação de atores sociais em romper com as estruturas manicomiais, em seus diferentes espaços e contextualizações temporais.

Isto posto, a minha imersão de campo veio acompanhada da maior pandemia mundial do novo milênio, causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), com significativo impacto na política, economia, crise na saúde pública e ocasionando agravamentos à saúde mental em toda à sociedade. Por conseguinte, o campo das políticas públicas de saúde mental, já estavam sofrendo com uma forte crise financeira, restrição orçamentária enfrentada pelo SUS. Sendo assim, a pandemia foi de encontro com um governo conservador, Ministério da Saúde militarizado e negacionista, desnordeado e mergulhado numa crise moral, principalmente sem planos para o combate ao caos pandêmico. Naquele período, o mundo estava vivendo ebulições das incertezas, trazendo a vívida marca do medo, das angústias das perdas, luto e no caso específico brasileiro, presença de sepultamentos em valas coletivas, perpetuando nas experiências diárias a sensação de impotência e desespero. (Fragmento do Diário de Campo).

Nessa perspectiva, a coleta de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2020, neste curto intervalo de pesquisa, eu ainda não havia me atentado para o fato de estar iniciando um trabalho que ampliaria meus conhecimentos relativos à posição intergeracional, produção de um cuidado humanizado, questões raciais, de gênero, de classe e sobretudo de como os atravessamentos das desigualdades sociais e suas consequências para o agravamento do sofrimento mental. Aos poucos fui questionando os saberes biomédicos, compreensão de estar no limite entre meus estranhamentos, incômodos, dúvidas e angústias, e só assim, acostumá-lo com à silhueta dos “corredores, conversas informais, sofrimento, uso constante de máscara e álcool em gel, gritos, conversas agradáveis e cafés” e logo depois, adaptar meu olhar etnográfico, por meio do das trajetórias biográficas e possíveis ressignificações da loucura contemporânea.

A observação participante ocorreu na moradia de tipo II, durante as minhas poucas visitas devido à pandemia, fui me constituindo de encontros agradáveis e, num exercício constante de reflexão, através da minha desconstrução, desnaturalização e deslocamentos da minha timidez, assim fui construindo algumas questões que nortearam as minhas hipóteses ao longo da escrita. Para construir esse trabalho de maneira reflexiva, coloquei a minha percepção como um material neste estudo e uso de primeira pessoa do singular, na tentativa de fazer um campo próximo quando for necessário e distante quando for desejado, assim, incluir minha subjetividade no processo de análise. Não foi um exercício construído sozinho e arrogante, de um pesquisador e seu objeto de estudo, cada visita considerava como um encontro e tentei ouvir de maneira atenta as biografias perdidas, que

o Estado aniquilou através do assujeitamento dos dispositivos de silenciamento e exclusão.

No decorrer das entrevistas conseguimos analisar os serviços de saúde a partir de vivências e experiências dos trabalhadores de saúde, através de uma equipe multiprofissional, fui entendendo as convergências de disputas de poder, conflitos e negociações. Porém, esses conflitos não se davam abertamente, mas nas sutilezas do cotidiano, nas conversas informais e sobretudo no acolhimento prestado aos usuários, como apresentada num fragmento do diário de campo a seguir: *“se todas as áreas pararem para um diálogo e parar só com os conflitos ideológicos, entenderemos que temos muitas mais convergências do que divergências”*. Dessa forma, fui compreendendo as ambiguidades da reforma psiquiátrica e os sentidos dados no cotidiano, conflitos marcados por classes profissionais extremamente definidas responsáveis também por um conjunto inumerável de identidades se expressam de maneira diversa e oscilantes.

Procurei realizar uma observação participante baseada não somente em sucessivas perguntas aos usuários e profissionais. Muitas das vezes, quando estava no dentro do CAPS, ficava em quieto, ao propor isso, fui tentando compreender que o silêncio também é um instrumento para uma observação mais atenta. Dentro do serviço, por diversas ocasiões estive sozinho ou na companhia de outras pessoas, composto por usuários, trabalhadores e familiares. Ressalta-se também em dizer, em muitos momentos, as conversas e entrevistas faziam sentido, em outros nem tanto, em outros momentos sentidos nenhum, e especialmente acompanhadas da exaustão física/mental de muitos trabalhadores, devido um ano atípico. Nessa perspectiva, fui tentando refletir sobre a complexidade de analisar os discursos.

Ao me atentar para os discursos dos atores sociais, fui entendendo que loucura possui múltiplos sentidos e interpretações. Uma delas situada no que se chama de linguagem em momento de uma emergência psiquiátrica, dos discursos de pessoas que são diagnosticadas como psicóticas e conseqüentemente narrativas baseadas em sintomas de agitações, na perspectiva biomédica. Na tentativa de escutar um pouco tal desorganização dos discursos, atendi na ideia de que as narrativas até nos momentos de crise aguda psicótica, não são construídos de delírios e apresentam, no geral, um objetivo, muitas das vezes a base dos gritos de dizer algo e sobretudo de desconstrução das normas de contundas impostas pela sociedade como moral e universal.

Desde o início das visitas no Centro de Atenção Psicossocial e Serviço Residencial Terapêutico, foi notório observar o perfil dos usuários, a partir dos marcadores de classe,

relações étnico-raciais, gênero, presença dos familiares e questões relacionados a vulnerabilidade social. No CAPS, a presença familiar é sempre presente, parentes visitam os usuários com frequência durante a permanência das pessoas em leitos destinados para crises agudas. Já as moradias residenciais, os usuários raramente recebem visita familiar, muitos casos, as pessoas foram institucionalizadas desde a infância e nunca tiveram contato com a família.

Outro fator relevante observado nas moradias residenciais, é respectivo que são compostos em sua maioria por indivíduos negros e pardos, mostrando a desigualdade de classe e étnicos raciais. Indo de encontro com o argumento de um trabalhador, *“na clínica particular, também chegam casos graves de transtornos, porém a taxa é menor, o que vemos no CAPS, está ligado com a nossa formação social, desigualdade de saúde, vulnerabilidade social, vulnerabilidade econômica, famílias desestruturadas (...) no SUS você ver o conjunto todo”* (psiquiatra, novembro/2020). Nesse aspecto, não consideramos que a classe média não tenha sofrimento mental, porém elas estão sendo assistidas pelos consultórios clínicos particulares, psicologia e os casos graves psicóticos, os indivíduos estão internados em clínicas de reabilitação e em muitos casos consumindo excessivos psicofármaco. Desse modo, é nas dependências dos serviços de saúde que percebemos como a miséria social também influenciam de maneira direta para o adoecimento mental.

Isto posto, foi durante uma visita na moradia do tipo II, que pude observar a ida de uma equipe da UBS do bairro, solicitada pelos profissionais do CAPS, para fazer um acompanhamento clínico com um morador que se queixava de dor. Quando a equipe da família chegou ao local, alguns usuários ficaram bem agitados. Depois da visita perguntei para uma trabalhadora sobre tal agitação e até mesmo a recusa de alguns moradores para a triagem. A profissional argumentou das sequelas da violência dos manicômios ainda perpetuam nas moradias, muitos usuários detêm uma aversão de pessoas usando brancos e até mesmo jalecos, como demonstrado: *“eles trazem uma mania dos hospitais, uma é o pavor de branco (...) outro exemplo, quando eles compram sapatos novos, todos tem armário deles e alguns colocam embaixo do colchão, eles têm medo de que alguém os peguem”*. (técnica de enfermagem, setembro/2020).

A perspectiva da concepção de roupa, como marcadores de poder é discutida pelo intelectual Viveiros de Castro (2002), seria a forma manifesta dos seres, “um atributo que pode vir a ser trocado e descartado”. Tal perspectiva faz necessários que tal roupa que permitem dar significações aos corpos, entretanto, o autor evidencia que tais signos presentes em cada cultura e sociedade não podem ser considerados como categorias fixas,

mas manifestam relações de poder e singularidades identitárias que, estão presentes em vestimentas e objetos. Seria como dizer que vestir tal roupa, investe a pessoa dessa ou daquela condição e posições com outros membros de uma comunidade. As roupas no contexto dos serviços de saúde no geral são constituídas e atravessadas pela categoria de poder, como por exemplo, qualquer profissional carregam o brasão das suas respectivas instituições de ensino no jaleco, para o resto da vida, sendo também um mecanismo de poder em relação aos seus pares.

Uma situação marcante presenciada também dentro da moradia tipo II é relativo que estava numa quarta-feira aguardando para realização de uma entrevista com um profissional e era dia de feijoada, uma profissional preparou toda a mesa e chamou todos para almoçar, é interessante perceber que na hora das refeições, todos sentam juntos numa mesa bem grande e num certo momento ela me disse, *“eles adoram feijoada, mas muitos reclamam que não é a completa”*. Tal momento relativos as refeições em conjunto, foi esclarecida por outro profissional no CAPS, especialmente sobre os vínculos criados no decorrer dos anos, muitos até alegam *“somos uma família aqui! uma família grande! a família Cândido!”*, eis um fragmento da entrevista, *“um almoço não é um simples almoço aqui, as vezes a pessoa não têm comida, não sabem cozinhar, não podem fazer um almoço, ou quando sentam na mesa com a família são escrachadas”* (psicólogo, novembro/2020). Através dessas circunstâncias, fui percebendo aos poucos, os motivos da moradia ser denominada Mada, sendo conceituada como onde *“cada um dos pequenos molhos se juntam para fazer o linho”*.

Porém, um dos desafios paradoxais da própria construção das moradias, desde seu surgimento e até mesmo na atualidade, é relativo que são vistas também como um serviço institucional de saúde, sendo sintetizado na fala de outro trabalhador: *“as moradias nunca será uma casa como a nossa, porque é uma instituição de biopolítica e biopoder, têm regras, pessoas trabalhando. Mas podem ser uma casa a partir disso, atravessada a respeito disso, escolher acordar às 4 da manhã e fazer uma comida (...) a vida se dá nas coisas imbecis, nas coisas pequenas, nos detalhes, a vida não se dá nas grandes coisas, a gente vira o que é nos pequenos gostos e detalhes”* (psicólogo, dezembro/2020). Assim, ao analisamos as desconstruções das relações micropolíticas, surgem novas possibilidades de sentidos da vida, sendo capazes de subverter as estruturas dos dispositivos de poder.

Um evento social marcante dos usuários nas moradias residenciais, é relativo à cultura popular, através da festa de carnaval. A própria instituição do Cândido Ferreira, têm o bloco carnavalesco intitulado como Bloco Unidos do Candinho, bem tradicional no

distrito de Sousa. Todos os anos, os foliões entram nas dependências do SSCF e vão de encontro ao Bloco Unidos do Candinho, contanto com a participação dos usuários, familiares e usuários (a partir de sua concentração nas escadarias da instituição). Simbolicamente, é relativo à abertura das alas psiquiátricas, os usuários ganham à liberdade, cuidado junto com à sociedade civil, sustentando um movimento de tomada da rua como espaço democrático e pautado na construção de suas identitárias.

No percurso da pesquisa, fui realizando perguntas aos profissionais e usuários, relativos de como a propagação do coronavírus (SARS-CoV-2), afetou a rotina diária nos serviços e, conseqüentemente, quais ações promovidas pela instituição para enfrentar o combate à pandemia. Muitos atribuíram preocupações do agravamento das injustas desigualdades sociais persistentes no país. No caso mais específico nesses serviços, alguns dados negativos, falaram que chegaram mais usuários jovens e com crises agudas, maiores taxas de usuários com crise de ansiedade e tentativas de suicídios, automutilação, sendo alguns exemplos dentre muitos, impostos pelo distanciamento social.

Em contrapartida a isso, mesmo em um ano atípico, os profissionais atribuíram algumas ações que precisam ser revistas pela rede de atenção psicossocial e até mesmo consideradas alguns pontos favoráveis. O primeiro ponto positivo, diz respeito a ordem técnica e burocrática, o sistema da assistência farmacêutica de alto custo da Secretaria do Estado de São Paulo, passou a realizar atendimentos via aplicativos digitais, facilitando o processo de medicamentos. Por outro lado, relativos à permanência dia, uma ação destinada para alguns usuários que passam o dia todo nos serviços para medicação assistida ou simplesmente por escolha dos familiares. Nesse aspecto, a pandemia permitiu criar estratégias de que é possível a inserção social somente com os familiares, não precisando ficar em serviços de saúde, sem projetos definidos.

O movimento da luta antimanicomial foi protagonizado por diferentes grupos e tenta introduzir diariamente questões de cidadania, ética e cuidado em seus serviços de saúde. De acordo com Amarante e Torre, a desinstitucionalização nunca pode ser entendida como um processo dado e acabado, é acima de tudo, uma reforma ética-estética, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos em situações de rearranjos.” (AMARANTE & TORRE, 2018).

Analisar o processo da desinstitucionalização após vinte anos de consolidação, considerando o contexto político, social e econômico, onde todos os movimentos libertários encontram-se em disputas constantes em diferentes esferas públicas, inseridas

em uma sociedade cada vez mais polarizada e intolerante com as diversidades, mostra-se um exercício desafiador. Certamente, encontraremos os conflitos de análises do processo da desinstitucionalização, podendo ser só considerada como desospitalização e não necessariamente como uma através desconstrução do domínio dos saberes e práticas de institucionalização. Ou seja, a desinstitucionalização brasileira ainda é vista como desospitalização por alguns profissionais, pois os discursos referem-se às medidas de prevenção de internações inadequadas em hospitais psiquiátricos, alta para o tratamento na comunidade, e muitos casos ao abordamos os direitos, só foi apontado o cuidado em liberdade. Essa prática de desinstitucionalização é relativo aos objetivos administrativo-financeiros do Estado por parte de alguns gestores, em implementação de políticas públicas, ou seja, permeada na ideia que a reforma psiquiátrica é somente uma reorganização dos serviços destinados à saúde mental, sendo só uma mudança operacional.

No contexto histórico, o conceito de desinstitucionalização, sob a ótica de desospitalização ganhou força com a Portaria nº 3.088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial numa tentativa de consolidar o fechamento dos leitos hospitalares manicomial. Mas de acordo com os autores Nascimento e Silva (2020), a desinstitucionalização sob a concepção de desospitalização desassistência presentes desde início da reforma brasileira e até os dias atuais, com o objetivo de atender os interesses mercantis das internações hospitalares em clínicas particulares de reabilitação, comunidades terapêuticas e sobretudo das indústrias farmacêuticas em lucrar com o sofrimento. Para os autores é um movimento de contrarreforma, utilizando argumentos de que os usuários, ao saírem dos leitos destinados nos hospitais psiquiátricos, não teriam acessos aos serviços.

O último argumento, é relativo a desinstitucionalização como um processo de desconstrução como proposto por Amarante (2014), nesse argumento a reforma psiquiátrica brasileira se transforma em um movimento social, e não apenas a especificidade de uma categorização profissional, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental ou até mesmo só como interesses específicos de uma determinada categoria, mas como um projeto envolvendo toda a sociedade. A desconstrução, a desinstitucionalização coloca em questão o conceito de doença mental, pois vai além de liberdade, mas alternativas de emancipação social. Trata-se de um processo de ruptura prático-teórica com o saber constituinte, e desconstroem o campo específico da psiquiatria.

Ademais, a reforma psiquiátrica brasileira baseou nas experiências do modelo de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica italiana. Entretanto, assim como as outras reformas em nível internacional, não seguiram um padrão homogêneo. Os modelos assistenciais exibem as desigualdades do país, especialmente no financiamento dos municípios. A dificuldade em implementação em todo o território está inserida na extensão do Brasil e também nas mudanças institucionais políticas e culturais. Entretanto, podemos analisar que houve uma efetiva inversão do gasto em saúde mental, com os serviços comunitários abertos, esses serviços de base comunitária, receberam mais recursos financeiros do que os hospitais psiquiátricos e, em 2006, consolidou-se a inversão dos gastos para os serviços ao invés dos modelos asilares. Na tabela 05, trazemos os dados da redução dos leitos hospitalares no período de 1941 a 2019.

Tabela 5. Redução dos leitos hospitalares no Brasil

| <i>ANO</i> | <i>1941</i> | <i>1978</i> | <i>2019</i> |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <i>Leitos públicos</i> | 21.079 | 22.603 | 14.594 |
| <i>Leitos privados</i> | 24.113 | 55.670 | 11.290 |
| <i>Total</i> | 24.113 | 78.273 | 24.884 |

Fontes: Conselho Federal de Psicologia, 2019; Amarante 2014.

A redução dos leitos em hospitais monovalentes, evidência as diretrizes de muitos governos em articular medidas atrelados ao ideário da reforma psiquiátrica, que apresenta como um dos pilares, o fechamento dos leitos em hospitais e consolidação dos serviços como Centros de Atenção Psicossociais, Hospitais Gerais, Unidades de Acolhimentos, dentro outros. E, tendo o Serviço Residencial Terapêutico como serviço essencial para a desinstitucionalização das pessoas que ficaram por anos e décadas dentro dos manicômios, permitindo a possibilidade cuidado dentro da sociedade, e participação da vida coletiva, como a participação nos conselhos participativos municipais.

Em relação aos sujeitos egressos desses hospitais, foram constituídos o direito de moradias nos SRT, permitindo novas possibilidade de exercer a cidadania, através da concepção do sentimento de pertencimento a uma determinada comunidade e cultura local, sendo uma entre muitas condições essenciais para a existência de cidadãos ativos, capazes de compartilhamento de seus interesses e das suas identidades e mecanismos de

participação social. Nesse sentido, é inquestionável os avanços dos Serviços Residenciais Terapêuticos, não podendo ser mais identificadas como um de equipamentos de saúde e sim como um direito básico de resistir, local a partir do qual pode se dar a construção de uma rede de inclusão social e reinserção. Sendo assim, a ruptura de um sujeito restrito só as instituições asilares e, ao transitar pela cidade, permitem a manutenção de permanência em sua cidade de origem, surgindo à emancipação social, transformações culturais, autonomia dos usuários e redefinição de laços de cuidados de si.

O exercício da cidadania aos indivíduos com transtorno mental, por sua vez, materializou em políticas públicas no ordenamento legislativo e conseqüentemente propondo modificações ao longo dos anos. Todavia, precisamos considerar as continuidades das políticas públicas nas condições materiais atuais, devido ao sucateamento do SUS, precarização dos trabalhadores, aumento das desigualdades sociais e principalmente pelo contexto político que enfrentamos. Ao fazer isso, consideramos que até mesmo os mecanismos da luta da reforma antimanicomial, necessitam de um exercício diário de (re) atualizações, como decorrido durante uma entrevista, ao abordar os desafios de repensamos o ideário teórico da reforma, como tal: *“acho que as pessoas ainda estão naquela visão da época de desinstitucionalização dos pacientes, naquele momento eram outro contexto político, de orçamento, de vontade política e dos próprios movimentos de base”* (psicóloga, dezembro, 2020). A análise argumentativa do profissional, permitiu-nos analisar algumas dificuldades da consolidação das políticas públicas em saúde mental.

Entendemos que a concepção da lógica manicomial como parte dos processos de desinstitucionalização, que por muitas décadas isolou as pessoas, através da mortificação da subjetividade e silenciamento das narrativas dos sujeitos. Tal lógica de apagamento, ocorrem ainda em muitos hospitais presentes no país, também, ocorrem nos movimentos extraordinários pelo acesso à cidade, muitos usuários permanecem sofrendo com a estigmatização social, apresentando dificuldades em acessar os direitos à educação, outros serviços de saúde, inclusão pelo trabalho, lazer, movimentos artísticos e especialmente pela interferência da judicialização, sendo marcas do campo de disputas de interesses, sendo constituído, portanto, como um processo inacabado, sempre a ser inventado nas condições específicas de cada território.

No decorrer da imersão de campo apareceram argumentos que as políticas de saúde mental precisam ter mais visibilidade perante a sociedade civil, nesse sentido é importante pensarmos a memória do movimento libertário antimanicomial de resistência. A violência e o abandono muito semelhantes às práticas de tortura, se justificavam através

de teorias sobre a doença mental, criadas pela psiquiatria no intuito de adequar-se aos parâmetros da ciência médica. Dito de outras palavras, nos casos das experiências de sofrimento associadas à violência de longa permanência em hospitais psiquiátricos, o sofrimento pode ser acompanhado de memórias vividas a exclusão social, dentro dos manicômios e sendo uma importante ferramenta de luta e conscientização para a sociedade. Nesses casos de prisão “há o silêncio imposto, a recusa da escuta e, assim, a negação da violência institucionalizada é legitimidade do Estado, da humilhação e da dor de a mais absoluta condução desumana” (AGAMBEN, 2012, p.41).

A experiência da violência discutida é resultante da ausência de um canal de escuta para o sofrimento dos sujeitos inseridos em violências físicas e simbólicas, narrativas que precisam ser instrumentadas como ferramentas de resistências, a partir de relatos de torturas, violências e silenciamento da sociedade civil e opinião pública. Segundo Wieviorka (2005), quando o discurso sobre a violência se volta para o sujeito que a sofreu, a partir de uma noção afirmativa desse sujeito como um ator de direitos. Esse olhar para o indivíduo, que é um sujeito cidadão ativo, vem do reconhecimento de uma violência institucionalizada, cujo próprio Estado que legitimou a exclusão, daquele que precisamente tem a função de proteger a cidadania.

Atualmente, os hospitais psiquiátricos existentes no Brasil, diante da legislação vigente e de inspeções realizadas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), vêm sofrendo transformações e adequações, denominadas como cuidado humanizadora e atreladas ao PNSM, além do fechamento progressiva e gradual dos seus leitos. Dessa forma, como foi dito anteriormente, a lógica e as características deste tipo de instituição se mantêm, no cotidiano. E na literatura recente aborda a falta de fiscalização dos hospitais psiquiátricos judiciários, das comunidades terapêuticas, destinadas principalmente aos sujeitos que fazem uso de álcool e drogas e até pesquisas sobre a estigmatização dos trabalhadores, que atuam em tais hospitais.

Desde a aprovação da lei federal n.10.216, os princípios da reforma psiquiátrica, em sua vertente assistencial, vêm orientando à implantação dos chamados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. De acordo com Wetzel, ainda que estes princípios orientem as políticas oficiais, “a sua concretização, via serviços, é heterogênea e não se pode, ainda, vislumbrar que elas tenham superado o sistema asilar” (WETZEL, 2005, p.20). São processos heterogêneo, apresentando diferenças que vão desde a discussão sobre a dimensão do cuidado da assistência, até a superação efetiva da lógica manicomial através dos hospitais psiquiátricos. Mas também apresentam desafios atuais, como a

transformação da cultura manicomial e a consolidação de uma rede de serviços de saúde mental que consiga estabelecer uma outra relação da sociedade e com a loucura na contemporaneidade.

A complexidade do setor da saúde mental é relativo também aos panoramas referentes ao acesso de medicamentos, sendo relacionados com a terapêutica medicamentosa mais novas, sendo que os usuários dos CAPS são marginalizados pela estrutura da desigualdade social. Tal direito ao acesso é garantido pelo SUS, porém com a falta de financiamento, muitos usuários não conseguem acessar as medicações na Farmácia de Alto Custo gerido pelo estado de São Paulo e da União, como apresentando por uma profissional: *“a rede têm muita limitação, os remédios o SUS estão ultrapassados, aqui fazemos quase uma alquimia (...) hoje, existem muitos remédios que diminuem os efeitos colaterais, sendo de alto custo e por “n” fatores, a gente só encontra rede de Campinas, na Universidade Estadual de Campinas”* (psiquiatra, novembro/2020). Tais efeitos colaterais dos psicofármacos apresentam consequências na vida dos usuários egressos de longas permanências em hospitais, devido ao uso abusivo por grandes períodos, favorecem o surgimento de doenças crônicas e até mesmo a redução da expectativa de vida.

As questões das experiências de desinstitucionalização em Campinas, ocorreu com fechamento dos leitos no núcleo ambulatorial em 2017, no hospital do Cândido Ferreira, ocasionando um aumento significativo da sobrecarga dos serviços da rede, destinados para leitos em assistência para atuar em crises agudas, as tensões também se dão entre a rede municipal para ter acesso aos leitos nas unidades de suporte ao CAPS. Nesse momento, o fechamento dos leitos do SSCF e não ampliação dos serviços de apoio, acarretou uma problemática, os caps vivem sempre com os leitos lotados, profissionais tentam segurar o máximo as crises muitas severas, porque não existem outros locais para o suporte. Em consequência a isso, os serviços de saúde mental ocorrem o risco de se tornarem um serviço muito fechado, atuando somente em emergências psiquiátricas e fugindo do seu papel de reinserção biopsicossocial.

Outro ponto de destaque é a tendência clara das novas formas de tutela, através da judicialização, imposta pelos serviços de saúde mental, especialmente, no sentido de uma presença cada vez maior do poder judiciário de modo geral, ocupando lugares tradicionalmente reservados às instituições especializadas da política públicas e de autonomia dos serviços. Essa percepção, indicam possíveis ambições e interesses de poder por parte do judiciário, apontam para uma frequência mais constante de internações por

via do Ministério Público, coisa mais frequente nos serviços destinados para álcool e drogas, agora também práticas rotineiras nas moradias residências terapêuticas do CAPS, tipo III.

De acordo com um trabalhador, muitas das internações sob determinação judicial: *“seguem com critérios zeros, um juiz que só assina e nem foi ler a portaria para saber como o serviço da moradia funciona”* (psicólogo, novembro/2020). Geralmente as internações via judiciário de pessoas jovens ocorrem nas moradias tipo II, onde apresentam os cuidados intensivos aos usuários de longas internações hospitalares e que na sua maioria já estão idosos, apresentando também o monitoramento técnico diário e permanente na residência 24 horas/dia. Nessa perspectiva, ainda constamos o poder dos relatórios dos peritos, na medida em que os estatutos conferem aos que pronunciarem discursos de um valor de cientificidade, onde os serviços de saúde até tentam questionar, mas acabam sendo obrigados aceitar tais internações e promovendo conflitos com a autonomia dos serviços, gerando tensões com os profissionais e até mesmo com os outros moradores, devido as relações intergeracionais.

A seguir trago um elemento a respeito das interdições jurídicas, na perspectiva de um profissional ao abordar tal assunto, eis o trecho: *“pela avaliação dos peritos, que havia sensação de perigosidade, mas que não havia possibilidade de vida autônoma naquele momento, o juiz caneta uma SRT tipo II (...) ele (usuário interditado) fala disso, eu estava preso e fico aqui preso também, vocês falam que aqui é uma casa, mas não é uma casa, é minha prisão também”* (psicólogo, novembro/2020). A partir do que foi descrito, a interdição jurídica para as moradias de CAPS III, estão seguindo uma tendência continuada, tendo em vista que muitos usuários das moradias estão falecendo, devido a idade avançada. Tais ações da judicialização, de um lado auxiliam em assegurar os direitos relativos as conquistas de medicamentos e vagas em hospitais e serviços. Por outro lado, promovem uma série de conflitos com os profissionais, sobretudo as internações compulsórias, muitos alegam que o perfil dos usuários advindos dos sistemas prisionais, não se enquadram no perfil do CAPS, muito menos para serem moradores das casas residências e especialmente do tipo II.

Desse modo, através de alguns enfrentamentos cotidianos, mostra-se que a reforma psiquiátrica brasileira é considerada como um processo “rizomático”, como proposto pelos intelectuais Deleuze e Guattari, que definem que um rizoma “não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda” (2007, p.32). Dessa forma, podemos analisar que o objetivo das internações jurídicas, seguem o raciocínio que desde

o interferindo diretamente em toda a rede, através de seus embates e poder, deixando evidente que a chegada de jovens para as moradias do tipo II, apresenta como o objetivo de biopoder, vigiar os comportamentos dos novos moradores, tendo em vista que apresentam atuação de profissionais por 24 horas, diferente das moradias tipo I, que conta com a presença de só um monitor no período diurno para conciliar as mediações cotidianas.

A partir do que foi descrito, o contexto da reforma psiquiátrica brasileira, é possível perceber uma heterogeneidade de abordagens. Embora os planos legislativos e normativos foram consolidados, por meio de conflitos e é resultado que o Estado brasileiro tem sido capaz de elaborar políticas públicas frente aos diversos conflitos de interesses e poder. Mesmo com as garantias de acesso a cidadania através da PNSM, as mudanças institucionais, políticas públicas, culturais e sociais levam outro tempo, outra contextualização histórica para serem absorvidas. E, esses usuários que são cidadãos, individualmente, através da subjetivação vão construindo como sujeitos de direitos, e responsabilidade perante as coletividades organizadas na sociedade civil.

O setor das políticas de saúde, procurou inscrever a saúde mental também na sua gestão e à Atenção Básica de Saúde, possibilitando estratégias de mudanças éticas, política, assistência e seguem as diretrizes da integralidade, universalização e descentralização dos serviços por todo território nacional. Conceituadas como políticas públicas como ações, programas, projetos, regulamentações, leis e normas que o Estado Democrático de Direito, desenvolvem para administrar de maneira mais equitativamente os diferentes interesses sociais dos atores envolvidos (WESTPHAL & ALMEIDA, 2001). Assim, tais véis normativos do Estado em elaborar e implementar as políticas públicas, precisam estar pautadas na contextualização social, política, cultural, econômica.

No campo das políticas públicas de saúde mental, a partir de 2016, se ocasionam num processo constante de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica, sendo as primeiras ações de desmobilização do SUS, acompanhada pela Emenda Constitucional 95/2016, sancionada pelo governo do Michel Temer (2016-2018), que congela por vinte anos os investimentos na Seguridade Social e do Sistema Único de Saúde, afetando diretamente as normativas específicas para o campo da saúde mental, álcool e outras drogas. Através do baixo financiamento, já causam consequências práticas na Rede Atenção Psicossocial, como a estagnação na implantação de serviços territoriais e contratação de profissionais.

A Reforma Psiquiátrica nos vinte anos de existência da lei 10.216, seria quase impensável perceber o retorno das internações hospitalares (Hospital Dia), autorização de internações compulsórias, avanços das Comunidades Terapêuticas e construção do CAPS álcool e drogas IV (24 horas e permite longos dias de internação) e não abordagem da redução de danos. Nesse contexto atual, podemos perceber as políticas públicas “indo na contramão de todas as recomendações internacionais e do próprio e bem-sucedido processo brasileiro de redução de leitos nos hospitais monovalentes iniciado no início do século XXI” (ONOCKO, 2019). Consequentemente, os serviços comunitários comprovam uma importante fragilidade institucional, ocasionando um excesso de tutela e falta de acolhimento aos usuários e seus familiares, contudo, ocorrem também a sobrecarga do número de internações no CAPS e serviços aos profissionais, após o fechamento dos leitos em ambulatório, núcleos de apoio dos hospitais de referência e até mesmo o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Destacamos os desafios contemporâneos relacionados ao enfraquecimento da Política Nacional de Saúde Mental, especialmente a partir da dificuldade das transparências de dados a partir de 2015, ao retirar a PNSM do plano de Relatório de Gestão do Ministério da Saúde e com a aprovação da Portaria n. 3.5888, de dezembro de 2017, colocando pela primeira vez desde o processo da reforma psiquiátrica a figura de leitos hospitalares, através do retorno do Hospital Dia, flexibilização das moradias residenciais em zonas rurais e/ou outras regiões que não apenas bairros residenciais no perímetro urbano e desobriga os municípios para financiamento da atenção comunitária devidamente estruturada com equipes de Núcleo de Apoio da Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Através das novas legislações mostra-se uma ruptura com a reforma psiquiátrica fica evidente o retorno do cuidado baseado em negar a dignidade humana pelas liberdades individuais e um direcionamento do retorno das práticas asilares e manicomiais.

Em 2019, ocorreu a divulgação da Nota Técnica Nº 11/2019, diz respeito da Política Nacional de Saúde Mental, com reabertura de leitos públicos/privados em hospitais psiquiátricos, ênfase na compra de equipamentos de eletrochoques, causando um grave risco de uma banalização de seu uso, investimentos nas Comunidades Terapêuticas. Tais diretrizes do Ministério da Saúde, consolida uma “contra-reforma” psiquiátrica (ONOCKO, 2019). Ou seja, um retrocesso de décadas de lutas do Movimento Antimanicomial, uma vez que a principal instituição que garante a perpetuação do modelo asilar é recolocada na rede, a saber, o hospital psiquiátrico ou dispositivos das

comunidades, que nunca deixaram de existir, porém estão sendo ampliadas e custeadas com recurso público em todo país, correspondente no isolamento dos sujeitos.

Outro desafio da reforma psiquiátrica vigente foi a aprovação da Lei nº 13.840 de 2019, que deixou visível a proposta de elaboração de políticas públicas a partir da redução dos participação da sociedade civil nos conselhos, entre eles o de psicologia, medicina, terapia ocupacional, enfermagem e do serviço social. E sobretudo pela perda do protagonismo da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Em relação ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), acredita-se no âmbito da prática ocorrerá um retrocesso e que o novo cenário prejudica a elaboração de políticas públicas e fere a democracia participativa, ao limitar a participação de especialistas e da sociedade civil na discussão e silenciamento de seus membros. O Decreto nº 9.926, publicado no Diário Oficial da União (DOU) no dia de 19 de julho de 2019, reduziu todos os representantes da sociedade civil e especialistas do grupo, que será composto apenas por membros do governo e conselhos estaduais de políticas públicas antidrogas.

O CONAD foi criado em 2006, o Conselho é o órgão superior permanente do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD) e a partir do Decreto n. 9.926, de junho de 2019, dispõe sobre sua funcionalidade principais: deliberar sobre iniciativas do governo federal que visem a cumprir os objetivos da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e acompanhar o cumprimento pelo SISNAD das diretrizes nacionais para a prevenção do uso indevido, a atenção, a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Ademais, a tabela 06 apresentaremos os dados secundários sobre a redução de participantes da sociedade civil do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, coletados do trabalho do Hanrikson de Andrade e propõe uma comparação a respeito ao número total de participantes anterior e posteriormente aos decretos presidenciais, que enxugou o número de vagas em conselhos vinculados ao Executivo e a única justificativa plausível para tais atitudes é a tentativa de desmobilização de qualquer membro da sociedade que discorde do seu atual governo para elaborações de políticas e consolidação das novas diretrizes do governo em promover políticas públicas.

Tabela 6. Redução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

| CONSELHO NACIONAL | ANTES | DEPOIS | REDUÇÃO |
|--|--------------|---------------|----------------|
| CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS ^[1] | 34 | 23 | 11 |

Fonte: Andrade (2019)

No que diz respeito ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas como espaços participativos, advindos de décadas de lutas dos movimentos sociais. Sendo uma prova que os Conselhos Gestores de Políticas Públicas são fruto das lutas da sociedade civil organizada na década de 1980, pela ampliação da participação nos espaços públicos nas áreas da saúde mental, com um recorte da assistência social, cuidado e direitos dos usuários de álcool e outras drogas. Essas são alguns dos questionamentos norteadores que vem motivando o debate em espaços participativos (LÜCHMANN, 2007; TATAGIBA & TEIXEIRA, 2007; TATAGIBA 2005).

Assim, um dos pontos centrais da consolidação dos conselhos participativos diz respeito à compreensão de que os movimentos sociais não se constituem mobilizações homogêneas ou que as políticas públicas são construídas só um ator social. Muito menos constituem-se como movimentos sociais sem interesses ou sem conflitos direitos e violências simbólicas. Antes de mais nada, os movimentos sociais são ações coletivas que construíram a base da participação através dos conselhos e o ato do governo Bolsonaro deixa claro o enfraquecimento dessa participação, portanto, ao consolidar o Decreto nº 9.759, de 2019, desmonta as decisões do Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014, promulgado pela então Presidenta Dilma Rousseff, que havia instituído a Política Nacional de Participação Social - PNPS, que objetivava:

Art. 1º: [...] fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil. Parágrafo único: Na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação de programas e políticas públicas e no aprimoramento da gestão pública serão considerados os objetivos e as diretrizes da PNPS (BRASIL, 2014).

Isto posto, articuladas à Nota Técnica Nº 11 de 2019, relacionados com a redução dos conselhos participativos a partir da Lei nº 13.840 de 2019. O Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTS), instituiu um grupo de trabalho para revisão da RAPS, que foi apresentada em reunião organizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 2020. A proposta está intitulada como “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”, elaborado em conjunto com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), parceria com outras entidades, atuação de médicos contrários à reforma e interesses das indústrias farmacêuticas. A nova normativa do Ministério da Saúde tem o intuito de revogação de mais de 100 portarias referentes à Atenção Psicossocial do período de 1992 a 2014. Divergindo das disposições conceituais e éticas do modelo de atenção psicossocial, concebidas pela Reforma e instituídas pela Lei 10.216 de 2001.

Dessa forma, ocorrem uma ameaça concreta de desmonte da construção de um cuidado com a saúde mental desenvolvido na comunidade, onde ocorrem nossas vidas, em articulação com outros serviços da saúde, da assistência social, da educação e de outros setores, conforme nos orienta a RAPS. Sem as portarias, não terá financiamento adequados aos serviços de saúde e conseqüentemente o fechamento dos serviços dos serviços residências. A novas diretrizes da tentativa de mudança das políticas públicas, mostram que reforma psiquiátrica nunca foi um consenso desde o início, sendo um campo de forças favoráveis e contrárias, até mesma a Associação Brasileira de Psiquiátrica (ABP), Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselho Federal de Psicologia (CFP), logo, essas conquistas só deve responder aos interesses econômicos e mercenários de alguns grupos, que ignoram resultados de pesquisas científicas, experiências de trabalhadores, usuários e de gestores de serviços e tais ações permitem o domínio de pensar a assistência à saúde mental ainda como urgências psiquiátricas.

O sofrimento precisa ser compreendido não apenas como uma categoria biológica, tampouco se resume a um conjunto de sintomas e diagnósticos, mas sim como uma experiência identidade atravessada de significados do processo de adoecimento, de cura atribuídos por cada sujeito e inseridos de signos socioculturais dos contextos em que se desenvolvem. Segundo Zanello (2013), os diagnósticos psiquiátricos são normativos da biomedicina ao tenta categorizar os sujeitos de acordo com seus comportamentos. Desconstruir tais diagnóstico quanto os conceitos psicológicos e psiquiátricos somente baseado em doenças, permitem olhar o sujeito como um todo, os sentindo às vivências e

ao sofrimento da pessoa na sua vida diária e inseridos numa sociedade, ao mesmo tempo nas singularidades do sofrimento e propõem novos significados da loucura contemporânea.

Dito de outras palavras, os transtornos mentais são criações culturais que possuem efeitos com a relação com a cultura num determinado espaço-político e social. Todavia, a psiquiátrica, psicologia e terapia ocupacional contemporânea ainda é pautada pelas diretrizes do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais DSM-5, ao criar protocolos biomédicos para certos grupos marginalizados dentro da sociedade, criam possibilidades de que eles possam mobilizar lutas contra descrição científica e alternativas de ressignificações, como foi o exemplo da extinção do “homossexualismo”, do DSM, consequência das lutas dos movimentos LGBTQI+ (ZANELLO, 2013).

Nesse contexto, a reforma psiquiátrica brasileira não se trata de negar os saberes biológicos, mas oportunidades de pensar em uma interface complexa entre corpo, mente, cultura e desconstruir o cuidado em uma doença (um código classificatório). Ao olhar para as identidades dos sujeitos, entende-se que o sofrimento psíquico pode ser construído suas relações sociais e condições sociais. A vivência de uma pessoa é moldada pelos seus próprios saberes individuais, mas também estigmatizadas pelas sociedades. De acordo com um discurso de um profissional, o CAPS III já está mais consolidado pelas normas das políticas públicas e até mesmo culturalmente com a sociedade civil, tais argumentos: *“A sociedade já sustenta um louco por aí, o que pega mais é com sujeitos do AD, que fazem uso de substâncias e muito. Essa lógica manicomial é mais presentes para eles (...) os anos da reforma psiquiátrica, uso de medicalização do sofrimento mudou, é possível ver um louco na padaria, do que um crackado (consumo de crack), um bêbado, as pessoas irão chamar a guarda civil”*. (psicólogo, novembro/2020). Essa lógica produz a reflexão que os usuários de drogas são mais suscetíveis pelo atravessamento moral da sociedade do que um usuário um usuário do CAPS III.

Isto posto, salientamos a necessidade de discutir sobre as transformações culturais em torno das doenças mental contemporânea. Evidentemente não iremos reproduzir a complexidade de definições, a partir das quais o campo da Ciências Sociais trabalha ao longo de décadas a respeito de cultura. Somente situar a cultura na interface com a saúde mental, sendo a cultura como um conjunto de representações que pela sua força simbólica coletiva, relativamente espontânea, tentam controlar o comportamento humano, o qual de outra forma seria também imprevisível. É importante refletir sobre essa cultura como uma ação social como um eficiente dispositivo de controle do corpo. Em outras palavras, os

sujeitos com transtorno mental são estigmatizados e se tornam doentes mentais porque são incompatíveis com a cultura local e de um determinado tempo histórico, levando a sua marginalização e vulnerabilidade social. No entanto, faz-se destacar que essa concepção de pessoa, presente em cada cultura, é constituída de valores e ideias prescritos socialmente e constantes em vários estratos sociais, desde as normativas, até os rituais e aos valores coletivos.

Segundo Clifford Geertz (1978), o conceito de cultura que ele defende é o semiótico. Acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas uma ciência interpretativa, à procura de significados. O autor analisa também a diversidade dos sujeitos em sua construção social, valores, crenças e cultural e denominados “assimetrias morais” (GEERTZ, 2001), que produzem situações de difícil resolução, pois desafiam modos culturalmente cristalizados de tratar das diferenças e modificações diárias, através de “integração, racionalização, símbolos, ideologias, *ethos*, revolução, identidade, metáforas, estruturas, ritual, visão do mundo, ator, função, estrutura, sagrado e naturalmente a própria cultura” (GEERTZ, p.19).

Além deste debate anterior, é importante esclarecer as lutas e resistências das políticas públicas à saúde mental frente as questões no momento presente, é necessário um diálogo do campo da saúde mental com os outros saberes científicos, por exemplo, o papel fundamental da formação dos profissionais, pautada numa formação de superação da lógica manicomial e articulados com os movimentos sociais. Será um caminho de inúmeros possíveis para a construção de uma convergência progressista, que escute as histórias dos usuários de saúde mental e, que garantam a conscientização das políticas públicas de saúde mental como uma política de Estado e não a política de um único governo. É somente através dessas mudanças e atreladas as instituições participativas que permitiram as tomadas de decisões políticas, culturais e sociais em sua coletividade, garantido uma luta de resistência de enfrentamento de um governo retrógrado, que radicaliza a democracia e ameaça todas as conquistas dos movimentos libertários.

Por fim, os novos olhares para a reforma psiquiátrica precisam considerar a inclusão do uso das novas tecnologias de informação e comunicação, sendo consideradas também uma importante ferramenta inserção biopsicossocial, no qual trazemos um exemplo: “*a luta dos movimentos não está acontecendo mais necessariamente nos pátios das prefeituras municipais das cidades, está ocorrendo também por vias das redes*

sociais” (enfermeira, novembro/2020). Seguindo essa lógica de pensamento, os novos dispositivos tecnológicos transformam o cuidado através das redes sociais e especialmente, modifica o próprio movimento nacional da luta antimanicomial, proporcionando novas perspectivas de visibilidade das políticas públicas e instrumentos novos de mobilização.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação objetivou analisar a trajetória da cidadania a partir de uma reflexão interseccional das políticas públicas de saúde mental instituídas no Brasil. Procuramos, nesta pesquisa, sistematizar uma breve contextualização sociopolítica da construção do processo da reforma psiquiátrica, através da Política Nacional de Saúde Mental, responsável por elaboração de políticas públicas no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Nesse sentido, objetivamos também analisar os avanços, limitações da cidadania nas implicações práticas de acessos aos direitos através da inclusão pelo trabalho, educação, à saúde, movimentos artísticos e sociais, ocupação à cidade e, especialmente, as dinâmicas da vulnerabilidade sociais e conflitos cotidianos com a judicialização, através das internações compulsórias.

Esta seção de considerações finais, analisaremos de forma breve a discussão dos resultados e de alguma forma contribuir para as políticas públicas de saúde mental e ao campo da Ciência Política. Ressalta-se que opiniões trazidas aqui, traduzem interpretações do autor, através da coleta e discussão dos resultados, buscando compreender os desafios atuais a partir de um recorte do cotidiano dos serviços de saúde no município de Campinas, no interior do estado de São Paulo. Para tal, o percurso analítico teórico-metodológico ocorreu através da perspectiva da Análise do Discurso (FOUCAULT, 2008).

Foi realizado um estudo de caso no serviço de saúde mental em Campinas, através de observação participante e aplicação de entrevistas semiestruturadas com os profissionais atuantes no Serviço Residencial Terapêutico, vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial do Serviço de Saúde Cândido Ferreira-Estação. Esses dispositivos em comunidade aberta, são moradias destinadas aos atores com sofrimento psíquico em processo de desinstitucionalização, egressas de longas internações psiquiátricas, responsáveis também pela reabilitação psicossocial, reintegração social e redução dos leitos manicomiais em instituições totais (GOFMANN, 1978).

O argumento desenvolvido nessa dissertação tratou de analisar as possíveis imbricações entre noções de cidadania brasileira e políticas públicas à saúde mental,

considerando as continuidades e limitações das articulações desses conceitos na vida prática, através da seguinte pergunta: quais discursos acionados pelos atores dos serviços de saúde mental que são afetados cotidianamente pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental sobre as percepções da garantia e acesso aos direitos sociais, políticos e civis, negociações de poder e, as configurações dos novos dispositivos legais, assistenciais dos serviços no campo da saúde mental na reforma antimanicomial?

Os dados evidenciados pela bibliografia e imersão de campo, indicam algumas características, tais como: (i) o processo da reforma psiquiátrica é complexo, composto de inúmeros planos (Leis, Portarias, Notas Técnicas e Decretos), atravessamentos e configurações, o que torna sua reflexão um desafio. A aprovação da Lei n ° 10.216 de 2001, que dispõe sobre os direitos e modelo assistencial da saúde mental, é resultado que o Estado brasileiro é capaz de elaborar políticas públicas frente a heterogeneidade dos movimentos antimanicomiais; (ii) a construção da cidadania e concepção da doença mental diz respeito diretamente às relações específicas travadas entre os usuários com o Estado Democrático de Direito e especialmente com sociedade. Nesse sentido, os sujeitos se sentem integrantes à sociedade ao (re)produzirem rupturas com os estigmas e transformações institucionais e socioculturais. Além disso, embora com as quatro décadas de implementação da reforma no país, ocorrem transformações conflituosas nas dimensões epistemológicas, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais (AMARANTE, 1996)

Até o final século XX e início do século XXI, as políticas públicas brasileiras destinadas aos usuários de saúde mental e álcool e outras drogas estavam atreladas principalmente, ao paradigma do proibicionismo, que coloca a questão da loucura diretamente vinculada a um problema moral ou de ordem criminosa, de modo que as intervenções pensadas sob essa ótica medicamentosa apreendidos em torno do conceito teóricos e práticos em torno da loucura. Nesse contexto, os sujeitos em sofrimento psíquico foram transformados gradualmente em pacientes doentes mentais, em loucos e conjuntamente os hospícios, hospitais psiquiátricos e manicômios, ou quaisquer sinônimos para designar as instituições totais ganharam força para o tratamento da loucura.

Em decorrência disso, mulheres, homens, e crianças foram separados juntamente com os desviantes da sociedade, indesejáveis e assim, retirados do convívio coletivos das cidades, do trabalho, do lazer, da família, da cultura, das relações sociais como um todo e despojados todos os seus direitos e consideradas alienadas. Essas instituições são

caracterizadas como espaços físicos de moradia e trabalho, onde um número de sujeitos com situação semelhante de condição de vida, são separados do convívio social por um considerável tempo, levando uma vida fechada e fortemente vigiada e muitas das vezes aniquiladas pelos dispositivos institucionais do Estado. (GOFFMAN, 2015).

Ao longo do percurso da reforma psiquiátrica brasileira, as políticas públicas foram pautadas na desconstrução da verticalização profissional e dos conhecimentos. Sendo as moradias residências responsáveis pela promoção de sua autonomia e inserção social. Portanto, tais moradias apresentam seu objetivo de reintegração biopsicossocial seria, então, o lugar privilegiado para o cuidado centrado não mais na doença, sendo o cuidado em liberdade e dentro da comunidade que permitem a possibilidade de vida, desejos, trânsitos de direito ao acesso à cidade, e que, desta forma, contribuiriam para o estabelecimento de uma nova forma de saúde mental. Logo, entende-se assim que os vínculos sociais que as pessoas estabelecem em suas redes sociais são percebidas como mais ferramentas de terapia do que a ruptura deles quando são isolados em instituições psiquiátricas asilares.

A conquista dos movimentos sociais é resultado de lutas política, sociais, econômicas e culturais de diversos atores sociais, diversos do movimento antimanicomial, marcadas por conflitos, tensões de diversos atores sociais. Mas a efetivação da cidadania, através do contrato social através da Constituição Federal de 1988, propondo ações de um Estado social, direcionada à redução das desigualdades e, acompanhadas também das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, visando potencializar o protagonismo dos usuários, multiplicidade multiprofissionais nos serviços aberto na comunidade, como difusor de práticas de políticas institucionais, mudanças culturais e sociais, em prol da expansão da cidadania, centrado nos direitos humanos e especialmente por uma sociedade com justiça social e resistência do retorno manicomial.

Os serviços substitutivos foram consolidando em uma ampla Rede de Atenção Psicossocial, instituídos em todo território nacional, pautada nas conceituações do processo de desinstitucionalização, através das experiências da reforma psiquiátrica italiana, deve-se ao fato das reivindicações dos movimentos sociais, especialmente pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde e o Movimento da Luta Antimanicomial. Entretanto, tais conquistas, no panorama atual, apresentam dificuldades da inclusão pelo trabalho, movimentos artísticos que incluam todos os usuários, pela militância dos movimentos sociais e de ocupação do direito à cidade, representam-se em novas possibilidades de rearranjos e desconstrução da loucura contemporânea, permitindo a

singularidades dos sujeitos com transtornos mentais graves e persistentes em acessar tais direitos fundamentais que garantam sua dignidade humana.

Em relação aos usuários egressos de longas institucionalizações em hospitais psiquiátricos, é notório observamos os avanços do percurso de desospitalização, da expansão de novas estratégias de atenção através dos Serviços Residenciais Terapêuticos, garantia dos benefícios sociais, como o Benefício da Prestação Continuada (BPC) e do Programa de Volta para Casa (PVC), sendo fundamentais para a reinserção de laços afetivos e a integração desses sujeitos às famílias, comunidades ou até mesmo em serviços aberto na sociedade. Tais ações são acompanhadas pelo direito de ter uma moradia e não podendo ser mais associadas somente a um dispositivo de serviço de saúde. Entretanto, as modificações práticas da reforma psiquiátrica, ainda apresentam desafios também para o acesso de medicamentos novos, que evitem efeitos colaterais, acesso aos serviços na rede de atenção básica, não relativos exclusivamente aos serviços de saúde mental, quase inexistência à educação, decorridos das questões da miséria social, que muitos usuários ainda são atravessados e especialmente a vinculação da doença mental nas rotinas diárias, e conseqüentemente levando a estigmatização em sua totalidade.

Dito isso, a construção da cidadania e concepção da doença mental dizem respeito às relações específicas travadas entre os usuários com o Estado e em conjunto com a sociedade e, nessa lógica, a cidadania é a condição essencial que indica a vinculação a uma determinada sociedade política organizada e com canais de participação, cujo efeito é permitido de direitos civis, políticos e sociais, trata-se a promoção de igualdade aplicável aos usuários em processo que conseguem acessar a mobilidade urbana.

Além disto, as novas diretrizes das políticas públicas apontadas nesse estudo, imprimem a ideia de retrocessos dos novos posicionamentos do Ministério da Saúde, a partir das reativações do modelo manicomial, banalização do uso de eletroconvulsoterapia, também conhecida por eletrochoque, como estratégias terapêuticas, sendo um atraso e representa em cumprir mais a função de lógica, o poder hegemônico da medicina ainda é muito presente na lógica do cuidado. Sendo assim, o processo de desinstitucionalização, nunca foi um consenso coletivo, porém, é uma trajetória diária que exige, a destruição dos interesses das elites dirigentes. Tendo como enfoque a desinstitucionalização, reintegração de pessoas que, por violência histórica, passaram a morar nos manicômios longos anos da sua vida, mas é também impedir a exclusão social e sobretudo e ainda, acabar com espaços que estimulem o retorno manicomial.

Todavia, os novos caminhos da PNSM, evidenciam as propostas da assistência os serviços de saúde mental a partir de uma racionalidade neoliberal de saúde e sem a participação social, onde a saúde passa a ser vistos como desafios e gastos ou, mais precisamente, como elementos que podem gerar prejuízos ao Estado, através da lógica de empresa em busca de lucros. Uma concepção de direito à saúde que baseada em excessos de medicalização e ligada aos interesses das indústrias farmacêuticas, ou seja, que não se contente apenas em assegurar tratamentos visando entender que os psicofármacos são necessários ao tratamento digno, mas também entender que um cuidado concreto também envolve as concepções de cidadania à saúde que englobe o bem estar físico, mental e social, ao mesmo tempo que assegure um conjunto de práticas e vivências benéficas à vida das pessoas e relações de um cuidado em serviços abertos a comunidade e com a participação de toda sociedade civil.

Outra problemática levantada é relativa à questão jurídico-político, relacionadas as interdições compulsórias por vias de judicialização nas moradias residências, destinadas ao processo de desinstitucionalização. Neste contexto, os riscos de banalização de se perder na função da rede de atenção psicossocial é grande, na medida mesma em que, se tratando de espaços abertos. Assim, a judicialização das políticas públicas pode ocorrer a perda da autonomia dos serviços de saúde mental, sendo essas moradias e não sistemas prisionais, consideradas casas como espaços do direito de inserção social e destinados à liberdade da construção de laços sociais interrompidos pela exclusão nas instituições asilares.

Compreendamos também o processo da reforma psiquiátrica brasileira, a partir da perspectiva de desinstitucionalização, podendo ser percebidos como um projeto político, social e cultural extremamente complexo no entendimento dos agentes sociais. Esse percurso não podem ser entendidos somente pelo viés dos planos legislativos e normativos das políticas públicas, ocorrem também transformação das políticas-institucionais e políticas-culturais no cotidiano, e ao fazer tais descolamentos, os sujeitos tornam-se cidadãos ativos, esses atores sociais possam questionar suas aspirações por democracia, direitos, inclusão, justiça, igualdade, equidade, não discriminação por causa dos seus transtornos e sua situação de vulnerabilidade social. São persistentes, mas renovadas demandas que, daqui para a frente, pautarão como ferramenta de resistência nesse cenário político e social.

A elaboração legislativa das políticas sociais, produzem transformações objetivas e subjetivas na vida cotidiana dos usuários, profissionais e familiares. Através da imersão

de campo e levantamento bibliográfico, compreendemos que a concepção da política pública e das instituições não podem ser sintetizadas como lineares, a ação do Estado está em constante em movimentos, articulados com os atores sociais. Estão inseridos em uma relação de conflitos de poder e dissensos que são possíveis a implementação de políticas sociais e em conjunto com a construção de um regime democrático.

As instituições referem-se ao conjunto das leis, regras formais e até mesmo normas informais que influenciam de alguma maneira o comportamento dos indivíduos, a partir das perspectivas de mudanças culturais. Para tal, as instituições são mecanismos sociais que moldam as ações e as estruturas sociais estabelecidas, ou seja, na visão dos neo-institucionalistas, as “instituições são fatores de constrangimento/restrição, pois limitariam seus cursos de ação e estabeleceriam uma escala de racionalidade ao longo de uma sequência histórica” (PERES, 2008). Ademais, a partir da década de 1980 marca o período no qual os estudos sobre as instituições políticas retornam ao debate no campo Ciência Política, especialmente das pesquisas de opinião pública relacionada ao Congresso norte-americano. Interligada ao movimento behaviorista nos anos 1960, os institucionalistas se empenharam em trazer para o centro da análise política a relevância das instituições, pautada nas áreas do institucionalismo histórico, institucionalismo da escolha racional e do institucionalismo sociológico, analisando que as organizações políticas não resultam apenas do comportamento dos indivíduos, mas também de seus arranjos institucionais. Por fim, as instituições políticas influenciam nas atitudes relativas à democracia e seus representantes, sobretudo na sua legalidade, bem como os partidos (e sua representação), alguns exemplos de instituições políticas são as regras do regime eleitoral, partidos políticos e o desenho institucional do Executivo, Legislativo e Judiciário.

Finalizamos, entendemos que não é somente nos hospitais psiquiátricos que ocorrem as práticas de exclusão social, é dentro da sociedade que estão inseridos diversas violências físicas e simbólicas. Embora o cuidado em liberdade precisa ocorrer dentro da comunidade e junto à sociedade, tendo visto toda a exclusão política, agravamento das desigualdades sociais, acesso à saúde, sistemas educacionais, direito à cidade. A dissertação propõe em contribuir com o campo da Ciência Política, ao demonstrar a relevância em abordar temáticas relacionados à saúde e da importância de debater as políticas públicas em saúde mental.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOU-Yd MN, S.R. *A lógica dos mapas: marcando diferenças*. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

AGAMBEN, G. *Meios sem fim: Notas sobre a política*, trad. Bras. David Pessoa Carneiro. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

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

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

AMARANTE, P. D.C; TORRE, E. H. *30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira*. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Org.). *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: UFPE, 2010. p. 113-136.

AMARANTE, Paulo D. C. *Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado, Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* ed. Fiocruz, pp.635-665, 2014.

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

AMARANTE, Paulo D. C. *Salud mental y atención psicossocial*. Madri: Grupo 5, 2015b.

AMARANTE, P.; TORRE, E. “*De volta à cidade, sr cidadão*” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial, revista RAP, 2018.

ANDRADE, H. Bolsonaro reduz vagas e murcha participação social em conselhos. Notícias UOL, 2019. Disponível em: Acesso em: 24 agosto de 2020.

ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. *Do hospital psiquiátrico para a cidade: itinerários e experiências de sujeitos nos processos de desinstitucionalização*. In: GUANAES-LORENZI, C. et al. (Org.). *Psicologia social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional*. Florianópolis: Abrapso: Edições do Bosque: UFSC, 2015. p. 272-294. (Práticas sociais, políticas públicas e direitos humanos, v. 2).

ANDRADE, Ana Paula Müller; MALUF, Sônia W. *Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções*. Saúde soc. vol.26 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2017.

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARENDT, H. *A Condição Humana*. 11 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARENDDT, H. *Origens do Totalitarismo*, tradução. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.18, n.51, p.7-9, fevereiro 2003.

BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”. In: BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Grammont. 23-34, 2005.

BOURDIEU, P. *Para uma sociologia da ciência*. [Science de la science et réflexivité]. Pedro Elói Duarte (Trad.). Lisboa: Edições 70, 2004a.

BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. [Les usages sociaux de la science: por une sociologie du champ scientifique]. Denise Barbara Catani (Trad.). São Paulo: Ed. Unesp, 2004b.

BRASIL. *Decreto n. 791*, de 27 de setembro de 1890. “Criação do Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras”.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria SNAS/nº 224* de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial do SUS, 1992.

BRASIL, *Resolução CFM 1.407*. Dispõe sobre a adoção dos princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental, 1992.

BRASIL, *Resolução CFM 1.598*. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.106 GM/MS*. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais, 2000.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 10.216*, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. *Novo Código Civil. Lei n. 10.406*, de 10 de jan. de 2002.

BRASIL. *Lei n.10.708*, dispõem auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 4279*. Nas quais a Atenção Primária passa a assumir o papel de centro comunicador da rede, tendo como objetivo central a integração

sistêmica de serviços e ações de saúde que possam prover a atenção integral a indivíduos, grupos e populações, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. *Coordenação Nacional de Saúde Mental*. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PORTARIA N° 3.090*, 23 de dezembro/2011.

BRASIL. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° GM n° 3.089* de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial do SUS, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil/ Marco Fernandes (orgs), ed.22-São Paulo: Rideel, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria de consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017a*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017b*. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. *Resolução n° 32*, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*: seção 1, Brasília, DF, n. 245, p. 239, 22 dez. 2017c.

BRASIL. Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. *Resolução n. 1*, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*: seção 1, Brasília, DF, n. 49, p. 128, 13 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.148. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência e Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio, 2012.

BRASIL, Decreto n° 8.243, de 23/05/2014. Institui a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências, Brasília, maio, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n° 3 e n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.13.840 de 5 junho de 2019- dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.730, DE 16 DE OUTUBRO DE 2019. Dispões sobre o financiamento e incentivo de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

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, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas *Nota Técnica n. 11/2019*: CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto n. 9.926, de 19 de julho de 2019c*. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6 ed. revista. Rio de Janeiro, Forense Universitária, [1966] 2006.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a Idade de Ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal. (Biblioteca de filosofia e história das ciências, n. 4), 1978.

CARVALHO, José Murilo (2001). *Cidadania no Brasil: O longo caminho*. Editora: Civilização Brasileira; 24ª edição, 2011 [2001].

CATANI, A. M. *As possibilidades analíticas da noção de campo social*. Educ. Soc. Campinas, v.32, n.114, p.189-202, jan.-mar.2011.

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

CEPEDA. V. *As Constituições de 1934 e 1988-trajetória histórica e inflexão política*. Cadernos do Desenvolvimento, Rio de Janeiro, v.8, n12, pp.269-283, jan-jun. 2013.

CHAUÍ, M. *Cultura e Democracia*. O Discurso Competente e Outras Falas. São Paulo: Cortez, 2007.

CÔRTEZ, Soraya. V. *Viabilizando a participação em Conselhos de Política Pública Municipais*: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities. In: HOCHMAN, Gilberto. *Políticas públicas no Brasil*. organizado por Gilberto Hochman, Marta Arretche e Eduardo Marques. -Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

COURTINE, J-J. *Decifrar o corpo: pensar com Foucault*. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2013.

DAGNINO, Evelina (2000). "*Cultura, Cidadania e Democracia: As Transformações nos Discursos e Práticas na Esquerda Latino-americana*". In *Cultura e Política nos Movimentos Sociais Latino-Americanos: Novas Leituras*. Belo Horizonte: UFMG

DAGNINO, E. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: (org.) Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2002.

DECLARAÇÃO DE CARACAS de 1990. LIVRO de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação, 1990. Disponível: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, n.14 (54), 1986.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Volume IV. São Paulo: Ed. 34, 2007 [1997].

DOIMO. AM. *A vez e a voz do popular*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ANPOCS; 1995.

DRAIBE, Sônia; RIESCO, Manuel. Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: Hochman, Gilberto; Arretche, Marta; Marques, Eduardo (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ECO, Umberto. *O Fascismo eterno*; tradução de Eliane Aguiar. 9 edição-Rio de Janeiro: Record, 2020.

ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador, uma história dos costumes*. [S.l.]: [s.n.], 1994.

FARIA, Carlos. A. P; MARQUES, Eduardo. *A Política Pública como campo multidisciplinar*. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

FERNANDES, Eliane; REZIO, Leonardo. Direitos humanos e biopolítica: o olhar crítico de Michel Foucault. In: SOUZA. Kátia. M. In: PAIXÃO, Humberto Pires da, Org. *Dispositivos de poder/saber em Michel Foucault: biopolítica, corpo e subjetividade/ Organização de Kátia Menezes de Sousa e Humberto Pires da Paixão*. - São Paulo: Intermeio; Goiânia: UFG, 2015.

FOUCAULT, Michel (1926-1984). *A arqueologia do saber/ Michel Foucault: Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves- 7.ed.- Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.*

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. In: RABINOV, Paul; DREYFUS, Hubert. Michel Foucault: uma trajetória filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica. Trad. Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p.229-249.

FOUCAULT.M. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

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

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 21 ed. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2005b.

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

FOUCAULT, M. *A Ordem do Discurso*: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 13 ed. Tradução Laura F. A. Sampaio. São Paulo: Loyola, 2006.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro. Edições Graal, 2015 [1979].

FOUCAULT, M. *Subjetividade e verdade*: tradução Rosemary Abílio, - São Paulo: Editora Martins Fontes, 2016.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Trad. Maria Thereza Albuquerque e J. Albuquerque. 10 ed. Rio de Janeiro/São Paulo, Paz e Terra, 2020.

FONSECA, T. et. all. *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação*. Porto Alegre: Sulina / UFRGS,

GOFFMAN, E. *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 9ed. São Paulo: Perspectivas, 2015.

GONE, J.P & KIRMAYER, L.L. On the wisdom of considering culture and contexto in psychopathology. In: Millon, T.; Krueger, R.F. & Simonsen, E. (Orgs). *Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DS M V and ICF 11*. New York: Guilford press, pp.72-96, 2010.

GEERTZ, C. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

GUBER, R. *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editoria, 2001.

GOMES, Sandra. *O impacto das regras de organização do processo legislativo no comportamento dos parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988)*. Dados vol.49 no.1 Rio de Janeiro, 2006.

HALL, Stuart. *Quem precisa de identidade?* In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org); HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000.

HALL, P.; TAYLOR, R.C.R. *As três versões do neo-institucionalismo*. Lua Nova: Revista de Cultura e Políticas, n.58, p.193-223, 2003.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001

HOCHMAN, Gilberto. *Políticas públicas no Brasil*. organizado por Gilberto Hochman, Marta Arretche e Eduardo Marques. -Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

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

HACKING, I. *The looping effects of humans kinds*. In: Sperber, D; Premack, A.J. (Orgs). *CasualCognition: A multidisciplinary debate*. Oxford Scholarship, 1995).

HALL, S. *Quem precisa de identidade?* In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org); HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000.

JÚNIOR, L.A. *Os ciganos e os processos de exclusão*. Revista Brasileira de História, vol.33. número 66, 2013.

LAMOUNIER, Bolívar, "*Antecedentes, Riscos e Possibilidades do Governo Collor*", in B. Lamounier (ed.), *De Geisel a Collor: O Balanço da Transição*. São Paulo, Editora Sumaré/IDESP, 1990.

LOUGON, M. *Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica*. Physis- Revista de Saúde Coletiva, 3(2), 137-164, 1993).

LÜCHMANN, L. H. e RODRIGUES, Jefferson. *O movimento antimanicomial no Brasil*. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva vol.12 n.2. Rio de Janeiro: mar./abril. 2007.

LÜCHMANN, L. *Possibilidades e limites da democracia deliberativa: a experiência do Orçamento Participativo de Porto Alegre*. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

MAGNANI, José Guilherme Cantos. *De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 17, n. 49, 2002.

MAGNANI, J.G.C. Etnografia como prática e experiência. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 129-156, jul./dez. 2009.

MAGNANI, J. M. Torres, L. Na metrópole: textos de antropologia urbana. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; FAPESP, 2008 [1996].

MALINOWSKI, Bronislaw. Argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo: Abril Cultural, 1984 [1922].

MALUF, S. W. e TORNQUIST, C. S. (orgs). Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MALUF, Sônia. W. "Saúde mental" e medicamentos: entre políticas públicas e experiências sociais. IX Reunião de Antropologia do Mercosul. Curitiba, 2011.

MARSHALL, Thomas. *Cidadania e Classe Social*. In: *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MENICUCCI, Telma. *A Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política*. In: HOCHMAN, G. et al (orgs). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

NASCIMENTO, M. S; SILVA, M.B. *Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental*, Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 44, N. Especial 3, p. 29-32, outubro 2020.

NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Coordenador(a)-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Disponível: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.

PLANO DE TRABALHO -Serviços de Saúde Cândido Ferreira, 2019. Disponível<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/cms/textos/2019/Plan_Tra_b_2019_2020_S_SCF.pdf>

PAOLI, M.C. "Movimentos Sociais no Brasil: Em Busca de um Estatuto Político", in HELMANN, Michaela (org.). *Movimentos Sociais e Democracia no Brasil*, S.Paulo: Marco Zero, 1995.

PERES, Paulo. 2008. *Comportamento ou instituições: a evolução histórica do neo-institucionalismo da ciência política*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 23(68), pp. 53-71.

OLIVEIRA, J.A.M. *O processo de desinstitucionalização da loucura em serviços de saúde mental no estado de Sergipe: um problema clínico-político*. 2006. 106f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói – RJ.

ONOCKO CAMPOS, R.T. *Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios*. Cad. Saúde Pública v. 35 (11) 31 Out 2019.

ROTELLI, F. *O inventário das subtrações*. In: ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, p.17-59, 2001 [1990].

- RUDIO, F. V. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- SADER, Eder. *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.
- SAMPAIO, Mariá L.; BISPO JÚNIOR, José P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313.
- SANTOS, B.S. *A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 80, 2008. Disponível em: <http://rccs.revues.org/691>. Acesso em: maio de 2020.
- SANTOS, W.G. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- SARTI, C.A. *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.A. *Corpo e Doença no trânsito de saberes*. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, VOL. 25 Nº 74, 2010.
- SOUZA, M.R. *Uma questão de método: origens, limites e possibilidades da etnografia para a psicologia social*. *Psicologia USP*, 25(1): p. 307-316, 2014.
- SOUZA, Kátia. M. In: PAIXÃO, Humberto Pires da, Org. *Dispositivos de poder/saber em Michel Foucault: biopolítica, corpo e subjetividade/ Organização de Kátia Menezes de Sousa e Humberto Pires da Paixão*. - São Paulo: Intermeio; Goiânia: UFG, 2015.
- SCWARCZ, L. M. Desigualdade social. In: SCHWARCZ, L. M. *Sobre o autoritarismo brasileiro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- VENTURINI, Ernesto. *A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. O nativo relativo. *Revista Mana* 8(1): 113-148, 2002.
- TEIXEIRA, A. C. C.; TATAGIBA, L. F. *Movimentos sociais e sistema político: os desafios da participação*. São Paulo: Instituto Pólis/PUC-SP, 2005.
- TEIXEIRA, A. C.; TATAGIBA, L. F. Efeitos combinados dos movimentos de moradia sobre os programas habitacionais auto gerenciados. *Rev. Sociol. Política*, vol.24, n.58, pp.85-102, 2016.
- WACQUANT, L. Lendo o “Capital” de Bourdieu. In: Pinto, J.M.; V.B. (Org.) *Pierre Bourdieu: a teoria da prática e a construção da sociologia em Portugal*. Porto: Afrontamento, 2007. p. 295-312.

WAMBIER, Luiz Rodrigues. Curatela dos Interditos. In.: Curso avançado de processo civil, v.3: processo cautelar e procedimentos especiais / Luiz Rodrigues Wambier, Flávio Renato Correia de Almeida, Eduardo Talamini; coordenação: Luiz Rodrigues WAMBIER 3ª edição. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000.

WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS. [S.l: s.n.], 2001.

WETZEL, C. Avaliação de serviço de saúde mental: a construção de um processo participativo. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto, 2005.

ZANELLO. Valeska. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processo de subjetivação/ Valeska Zanello. -1 edição-Curitiba: Appris, 2018.

ANEXOS

Anexo 01- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para concessão de entrevistas com os profissionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Apresentação da Pesquisa: Convidamos V.Sa. a participar da pesquisa “TRAJETÓRIA DA CIDADANIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL”, sob responsabilidade do pesquisador Maycon Leandro da Conceição, visando produzir e disseminar conhecimentos relativos à atenção para os direitos em saúde mental, noções de cidadania e compreensão da perspectiva da atuação multiprofissional em relação ao cuidado, que são atores sociais afetados diretamente pelos desdobramentos da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Orientador responsável: Thales Haddad Novaes de Andrade.

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Procedimentos Éticos da Pesquisa

A pesquisa será aplicada segundo as normas brasileiras vigentes de respeito à Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), sob a responsabilidade do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (os dados de contato constam no final do TCLE). O CEP apresenta como objetivo cumprir e aplicar as determinações das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, assim como de outras Resoluções e Normativas para casos específicos, no que diz respeito aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, sob a ótica do indivíduo e das

coletividades, tendo como referenciais básicos da bioética. Vale ressaltar que a coleta de dados através de entrevistas semiestruturada também foi autorizada pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

Justificativa e objetivos:

Objetivos específicos: Identificar avanços e impasses da cidadania na Política Nacional de Saúde Mental; Identificar avanços e desafios que envolvem práticas da ampliação da cidadania, por parte dos funcionários do SRT e redes assistenciais; identificar formas de consolidação e expansão da cidadania, através da perspectiva dos familiares e usuários ao SRT.

Participando do estudo você está sendo convidado(a) a **conceder uma entrevista de caráter semi-estruturada de temas da sua atuação como funcionário da área de saúde mental**, com cerca de uma hora de duração. Não há respostas certas ou erradas para as questões levantadas nessa entrevista, sendo importante apenas conhecer entendimentos e percepções manifestadas por você com liberdade e que expressem de modo claro sua experiência. A entrevista será realizada em ambiente reservado.

Para a realização desta pesquisa será utilizado o método de entrevista, sendo as conversas gravadas para posterior transcrição que ficará sob os domínios do pesquisador, que se compromete a não modificar ou divulgar o material de forma que venha comprometê-lo agora ou futuramente. Ressalta-se também que suas informações e opiniões serão mantidas em anonimato e de que acordo com a Resolução nº 510/2016, é de responsabilidade do pesquisador responsável manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Cabe esclarecer que o participante terá a garantia de acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.

Desconforto e risco:

Cabe esclarecer que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipo e gradações variáveis, porém neste projeto de pesquisa entendemos “não haver riscos previsíveis”, no entanto, caso você se sinta desconfortável com algo durante a entrevista você pode encerrá-la e retirar o seu consentimento em participar do estudo.

Benefícios/Resultados esperados:

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa pautam-se na reflexão acerca das políticas públicas de saúde mental e trajetória da cidadania. Contudo, como membros da comunidade acadêmica, os participantes podem se beneficiar da produção e disseminação de conhecimentos relativos à atenção à saúde mental ao Serviço Residencial Terapêutico. Os participantes terão acesso aos resultados da pesquisa, ou seja, terá acesso ao material completo que resultará na dissertação **TRAJETÓRIA DA CIDADANIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL** e de todos os artigos porventura surgidos dessa pesquisa.

Acompanhamento e assistência:

Entendemos que a entrevista não produz risco de sofrimento emocional, pois pretende apenas apreender de modo ampliado as manifestações já livremente explicitadas pelo participante no contexto assistencial de que participa regularmente. Neste caso, o sigilo sobre a consulta quanto à participação e, ou sobre uma eventual interrupção e retirada do consentimento não expõe o participante mais do que ele já o tenha feito espontânea e livremente e os participantes terão acesso ao registro do consentimento (TCLE) sempre que desejar.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo, nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores e terá o direito ao acesso de todo matéria produzido nessa pesquisa. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado, em caso de necessidade será utilizado nome “fantasia” preservando a identidade dos participantes.

O sigilo e a privacidade serão respeitados, também, em relação a informações que você possa revelar relativas aos pacientes, tanto quanto as informações médicas sigilosas relativas aos casos que acompanhou e aos respectivos cuidados prestados.

Ressarcimento e Indenização:

Você não terá despesas decorrentes da participação na pesquisa e não será remunerado por essa participação, mas você terá a garantia ao direito de denúncias ou reclamações diante de eventuais danos decorrentes dessa participação.

Dúvidas, Reclamações e Contato:

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá

tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (CEP), situado na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos - SP – Brasil, (Horário de Atendimento ao Público, de segunda à sexta das 08:00 às 12:00). Você poderá entrar em contanto também pelo telefone (16) 3351-8028 e pelos e-mails: propq@ufscar.br (Secretária Geral) e/ou cephumanos@ufscar.br (Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos). Ademais, você também receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato também com o pesquisador: Maycon Leandro da Conceição, contato telefônico (19) 98183-5033 e/ou email: mayconleandro04@hotmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você também pode entrar em contato com a Universidade Federal de São Carlos, Centro de Educação e Ciências Humanas, Departamento de Pós-graduação em Ciência Política: Departamento de Pós-Graduação em Ciência Política, Centro de Educação e Ciência Humanas (CECH) Universidade Federal de São Carlos – Campus São Carlos – Área Sul Rodovia Washington Luís, km 235 SP 310, CEP 13565-905 Contato: (16) 3351-9685, e-mail: cech@ufscar.br

Consentimento livre e esclarecido:

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na PróReitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (A PróReitoria de Pesquisa localiza-se na Área Sul no prédio da Reitoria), localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

O pesquisador responsável assegura ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assegurando, também, ter explicado e fornecido uma

cópia deste documento ao participante. Comprometendo a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob o meu poder e outra em poder do pesquisador.

Local e data: _____; ____/____/_____.

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Anexo 02- Autorização de pesquisa acadêmica no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”



*Utilidade Pública Federal nº 48991/60, Estadual 561/61 e Municipal
3936/70. CNPJ 46.044.368/0001-52*

Em co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde desde 1990

Rua Antônio Prado, 430 – Sousas - Campinas-SP - Brasil - Cep 13106-042.

Fone/Fax: 055 - 0XX -19 – 3758.8636 - E-mail: Candido.escola@candido.org.br

Autorização para Coleta de Dados

Eu, Juliana Azevedo Fernandes, responsável pelo Cândido Escola do SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA, situado à Rua Conselheiro Antônio Prado, 430, Sousas, Campinas/SP, CEP: 13106-042 declaro estar ciente dos requisitos da Resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares e declaro que tenho conhecimento dos procedimentos/instrumentos aos quais os participantes da presente pesquisa serão submetidos.

Assim, autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **TRAJETÓRIA DA CIDADANIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL**, do pesquisador **Maycon Leandro da Conceição** sob orientação do Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade no Caps III Estação e Serviços Residenciais Terapêuticos vinculados após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino.

Campinas, 30 de dezembro de 2019.

Anexo 03- Roteiro para entrevista semi-estruturada aos profissionais atuantes no Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

Prezado funcionário(a):

Esta entrevista semiestruturada é parte parcial da pesquisa de mestrado titulado “TRAJETÓRIA DA CIDADANIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL”, sob responsabilidade do pesquisador Maycon Leandro da Conceição, visando produzir e disseminar conhecimentos relativos à atenção para os direitos em saúde mental, noções de cidadania e compreensão da perspectiva da atuação multiprofissional em relação ao cuidado, que são atores sociais afetados diretamente pelos desdobramentos da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

1. Formação acadêmica e trajetória profissional

- Nome, data de nascimento, formação técnica e/ou acadêmica? (Onde realizou o técnico ou graduação)?
- Como foi o seu percurso até ser um profissional de saúde mental?
- Como você tomou conhecimento de que queria trabalhar com os serviços de saúde mental? Como foi a sua trajetória?
- Você é atuante em quais serviços da RAPS?
- Você recebeu uma formação acadêmica que abordou o processo da reforma psiquiátrica brasileira? Quais disciplinas foram fundamentais? Realizou estágio/especialização/pós-graduação?
- Você realizou-se algum curso de formação continuada e/ou capacitação realizado pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira?

2. Atuação profissional

- Qual a sua atuação específica no Caps e SRTs?
- 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 SRTs?
- Como sua profissão contribui para o atendimento prestado atualmente na RAPS? Como é o seu contato com a família dos usuários dos SRTs? 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 SRTs.
- Qual a sua opinião sobre o atendimento à saúde mental no município de Campinas?
- Como a pandemia recente causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2) afetou a sua rotina diária nos serviços?

3. Políticas públicas de saúde mental

- 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 ou até mesmo do serviço Cândido Ferreira?)
- Como você analisa a política pública de saúde mental em conjunto com a sociedade civil?
- Você acredita que houve a superação da lógica manicomial por parte da sociedade?
- Como você avalia a estruturação da RAPS no território intersetorial de Campinas? 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?)

4. Avanços, rupturas e desafios da cidadania

- Como você vê o cuidado em liberdade dos usuários de forma geral, através dos serviços prestados na RAPS?

- Os direitos políticos são relacionados pela participação do exercício político (ex.voto).
Você sabe me dizer se os usuários participam desse processo votando?

-O direito civil é um conjunto de direitos relativos à liberdade, liberdade de expressão e de crenças religiosas. Nesse sentido você acredita que a interdição jurídica é a única forma de restrição do cuidado em liberdade? (Você sabe me dizer se existem atuação de alguma igreja dentro dos SRTs?)

-Já o direito social é relativo aos direitos de saúde, educação, previdenciários e atrelados a solidariedade e ao coletivo? Nesse sentido, você percebe que os usuários conseguem acionar outros serviços de saúde além dos serviços ligados à saúde mental? Os usuários conseguem também direito educacional e até mesmo previdência para além do Programa de Volta para Casa?

-Num panorama geral qual a sua percepção sobre os desafios da expansão dessa cidadania no cotidiano?

-Por fim, através da sua atuação profissional como você percebe o processo da reforma psiquiátrica brasileira atual?

Finalização da entrevista: Você gostaria de completar com alguma outra informação que não foi mencionado?

Muito Obrigado pela sua colaboração e atenção!

Consulta da autorização e legislação:

Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Carta Circular. Disponível em

<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/carta_circular/Usode_dados_de_prontuarios_para_fins_de_Pesquisa.pdf>.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/96. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>.

Conselho Nacional de Saúde CNS 466/2012. Disponível em:

<<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Jul 2018.

Projeto aprovado pela Plataforma Brasil. Consulta sob o nº. CAAE 28096820.3.0000.5504. Disponível em:

<<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>>.

Anexo 04- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRAJETÓRIA DA CIDADANIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

Pesquisador: MAYCON LEANDRO DA CONCEICAO **Área Temática: Versão:** 4

CAAE: 28096820.3.0000.5504

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: 3.955.884

Apresentação do Projeto:

O projeto está bem organizado, bem escrito e desenvolvido a partir de argumentos bem colocados. Apresenta contextualização teórica bem articulada do objeto de pesquisa, delinea os objetivos e a metodologia de maneira clara, prevê um cronograma racional para a execução das etapas, assim como indica a bibliografia empregada. Segue abaixo o resumo do projeto: "O trabalho pretende analisar a trajetória da cidadania na constituição atual do campo da saúde mental brasileira. O objetivo dessa pesquisa é adaptar um olhar crítico para os direitos em saúde mental e noções de cidadania sob a perspectiva da realidade dos atores sociais que são afetados diretamente pelos desdobramentos da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). A Reforma Psiquiátrica que vem ocorrendo no Brasil desde o surgimento da Lei n ° 10.216 de 2001, marca a transformação da

assistência psiquiátrica, propondo que o atendimento seja feito em serviços substitutivos ao invés do modelo asilar. A atual PNSM é resultado da atuação de diversos atores sociais, como usuários, trabalhadores de saúde e familiares. O processo de mudança expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial. Os métodos investigativos utilizados serão por levantamento bibliográfico correspondente à pesquisa, observação participante de caráter etnográfico com os usuários, entrevistas semiestruturadas com profissionais na unidade de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial III-Estação, sob a responsabilidade do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, situado no município de Campinas-SP. Buscaremos a partir de uma análise regional, possibilidades de reflexões sobre as transformações da reforma psiquiátrica em âmbito nacional. Com a conclusão da pesquisa, objetiva-se contribuir de alguma forma para o debate, tão urgente, acerca das políticas públicas de saúde mental no Brasil e almeja-se reflexões e revisões sobre a eficiência e eficácia de conhecer os direitos em saúde mental e trajetória da cidadania no Brasil, mostrando como está sendo a construção de novos atores sociais como sujeitos portadores de direitos. Por fim, a análise se pautará nas discussões sobre movimentos sociais e cidadania a partir de diversas abordagens, em especial o diálogo da Ciência Política com outros saberes do campo suposto interdisciplinar".

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão bem alinhados ao aparelho conceitual, ao problema colocado e à metodologia apresentada. O objetivo geral é descrito no projeto desta maneira: “Realizar estudo de caráter etnográfico com os usuários e entrevistas semi-estruturadas com os funcionários na unidade de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) vinculado ao CAPS III Estação, no município de Campinas- SP, visando produzir e disseminar conhecimentos relativos à atenção para os direitos em saúde mental, noções de cidadania e compreensão da perspectiva da atuação multiprofissional em relação ao cuidado e dos usuários, que são atores sociais afetados diretamente pelos desdobramentos da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)”.

Os objetivos específicos estão arrolados no projeto na seguinte forma:

“a) Identificar avanços e impasses da cidadania na Política Nacional de Saúde Mental; b) Identificar avanços e desafios que envolvem práticas da ampliação da cidadania, por parte dos funcionários do SRT e redes assistenciais; c) Identificar formas de consolidação e expansão da cidadania, através da perspectiva dos familiares e usuários ao SRT”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram previstos riscos aos participantes; contudo, foi garantida aos mesmos a liberdade de interromper a participação na pesquisa em caso de algum desconforto.

Ademais, não foram previstos benefícios diretos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa social e academicamente relevante, vez que busca reatualizar este que talvez seja o mais importante elemento da reforma psiquiátrica: a reflexão crítica sobre os processos históricos e presentes que atravessam os atores que circulam nos dispositivos de assistência à saúde mental.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Página 01 de 03

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram atualizados de acordo com as pendências indicadas tanto pelo CEP quanto pelo CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o presente projeto de pesquisa respeita as normas éticas e sanou todas as pendências apontadas pelo CEP e pelo CONEP, recomendo sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 06 de abril de 2020

Assinado por:
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Página 01 de 03