

Reforma Psiquiátrica no Brasil: os desafios dos cuidados em saúde mental na Atenção Básica em Campinas-SP e São Paulo-SP¹

Maycon Leandro da Conceição (PPGPol/UFSCar)

Nathália Gonçalves Zapparolli (PPGPol/UFSCar)

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde Mental; Desinstitucionalização; Reforma Psiquiátrica.

1. Introdução

O presente paper é resultado de uma pesquisa em andamento cujo objetivo é analisar as experiências dos cuidados em saúde mental sob a ótica do processo de desinstitucionalização preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). No âmbito normativo dos direitos fundamentais das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, um marco fundamental correu com a aprovação da Lei Federal nº 10.708 (Brasil, 2003), responsável por implementação de serviços na base comunitária territorial através dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e também a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial (Programa de Volta para Casa), no valor mensal de 412 reais.

No Brasil, o protagonismo do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, articulados no contexto da redemocratização e da reforma sanitária, promoveram mudanças políticas-institucionais e socioculturais em diversas esferas, como: garantias de cidadania, justiça social, movimento antiproibicionista, defesa do regime democrático e construção de outro lugar social à loucura na contemporaneidade. Trata-se, portanto, de um movimento contra hegemônico e ocasionando significativos desdobramentos das ações do Estado em garantir transformações nas subjetividades e coletividades (Andrade; Maluf, 2017; Amarante; Nunes, 2018).

Em relação ao paradigma da desinstitucionalização previsto pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), em consonância com a Lei nº 10.216/2001,

¹ Trabalho apresentado na 33ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 28 de agosto a 03 de setembro de 2022.

incumbidos por estratégias de cuidado, proteção e direitos para as pessoas em sofrimento psíquico graves (intensidade dos sintomas) e/ou persistentes (tempo de acometimento) em serviços “abertos” em conjunto com a sociedade, ao invés do modelo asilar-hospitalocêntrico (Stracini; Moreira, 2022, p. 70). Destaca-se que a reforma psiquiátrica brasileira seguiu o modelo da Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, através das experiências na cidade de Trieste e questionamentos das instituições psiquiátricas como mecanismo de relações de poder, exclusão social e violações de Direitos Humanos. (Basaglia, 1985, 2010).

Em suma, a desinstitucionalização caracteriza-se num momento inicial como estratégias de desospitalização, destinados para as pessoas sem nenhum vínculo familiar ou relações fragilizadas. Nesse sentido, foram criadas aos longos dos anos as moradias residenciais, sendo apontado na literatura como ferramenta de “reinserção psicossocial” e possibilidades de um cuidado em liberdade (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990; Amarante; Torre, 2018). Apesar disso, em uma reflexão mais abrangente, a desinstitucionalização não pode ser entendida somente como uma desmontagem hospitalar, é um movimento de questionamentos singulares e coletivos sobre a exclusão da loucura na vida da cidade (Amarante; Torre, 2018, p.1091).

Contudo, os avanços adquiridos ao longo de quatro décadas da reforma psiquiátrica nacional, se veem ameaçadas no atual contexto político e social brasileiro, desencadeada a partir de 2016, afetando diretamente no sucateamento e desmonte do SUS, acirradas também pelo enfrentamento à pandemia de COVID-19. Em relação aos ataques das políticas públicas, a reorientação visível da agenda política em investimentos nos dispositivos de lógica manicomial, mediante a reabertura de leitos em hospitais psiquiátricos, ascensão das Comunidades Terapêuticas, extinção do programa de desinstitucionalização e redução do apoio matricial realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para este trabalho, abordaremos a Atenção Básica em Saúde Mental nos municípios de Campinas-SP e São Paulo-SP, tendo em vista o pioneirismo em reconfigurações da assistência psicossocial e incorporação dos princípios da universalidade, da integralidade e territorialização (Surjus, 2007; Godoi et al., 2020). Na capital paulista foi construído o primeiro Centro de Atenção Psicossocial no país, o CAPS- “Prof. Luís da Rocha Cerqueira”, inaugurado em 1987. Atualmente, a cidade de

São Paulo conta com uma população estimada de 11.960.216² e os serviços que compõem a rede, dispõe de: 97 CAPS, sendo 32 deles Álcool e Drogas (AD); 32 Infanto-juvenil; 33 Adultos e 72 Serviços Residenciais Terapêuticos³.

Em relação ao aparato organizacional, os serviços podem ser administrados diretamente pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP), reconhecidos como via direta e/ou ‘Diretório’, realizado a contratação dos trabalhadores por meio de concursos públicos. A cobertura organizacional ocorre também por meio de parcerias com a Organização de Saúde (OS), como por exemplo a Associação Saúde da Família (ASF) e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM/Unifesp), ambas de caráter Organização Não Governamental, dentre outras.

A Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Campinas, sucede somente por meio de uma única instituição de cunho Organização Não Governamental. O Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, é uma instituição filantrópica centenária e fundou seu hospital no presente município em 1924. Dito isso, a partir da década de 1990, começou a prestar assistência na cidade em parceria com a Prefeitura Municipal e sob a égide ideológica proposta pela reforma psiquiátrica. Em relação aos equipamentos de serviços que compõem atualmente a rede, dispõe de: 6 Caps III; 3 Caps AD; 2 Caps Infanto-Juvenil e 15 moradias residenciais⁴. Tais serviços são responsáveis pela assistência básica a uma população estimada em torno de 1.080.112 habitantes⁵.

Destarte, o objetivo deste artigo é compreender as experiências, os sentidos e signos da concepção do cuidado em saúde mental através de um recorte do cotidiano dos serviços de saúde mental e sob a perspectivas dos trabalhadores e usuários. Nesta seara, pretende contribuir com o diálogo entre a desinstitucionalização e políticas públicas. Assim, almejamos compreender as vivências cotidianas e liberdades reais relacionados às relações micropolíticas e os desafios atuais envolvendo a reforma psiquiátrica nacional.

² Dados obtidos pelo CEInfo. Boletim CEInfo – Saúde em Dados: Município de São Paulo – 2022. São Paulo. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/capas_publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2022.pdf. Acesso em 23/08/2022.

³ Dados obtidos pelo site oficial da Prefeitura Municipal de São Paulo. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_mental_ad/index.php?p=303570 e https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204. Acesso em 23/08/2022.

⁴ Dados obtidos pelo site oficial do Serviços de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”. Disponível em: <https://candido.org.br/portal/>. Acesso em 23/08/2022.

⁵ Dados obtidos pelo portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>. Acesso em 23/08/2022.

De modo a cumprir com os objetivos a que se propõe o artigo, além desta introdução existem mais quatro seções. Inicialmente, na seção dois, serão abordadas as questões de metodologia. Na terceira seção, apresentaremos o debate sobre o processo do desenvolvimento através das implementações das políticas com foco na desinstitucionalização das pessoas egressas de instituições privativas de liberdade e os impactos atuais sobre liberdades reais dos cidadãos. A quinta seção coloca em foco dados históricos sobre os avanços e desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Por fim, tem-se nas considerações finais a síntese do que foi apresentado ao longo do desenvolvimento do texto.

2. Métodos

Trata-se de uma pesquisa de cunho na metodologia qualitativa, baseada em um estudo etnográfico, tendo como coleta de dados em diferentes formas: (i) etnografia desenvolvida nos serviços de saúde mental de dois municípios, iniciada em maio de 2021; (ii) revisão da literatura e análise de materiais secundários, tais como documentos oficiais e periódicos produzidas pelo campo das políticas públicas de saúde mental e (iii) entrevistas semiestruturada aplicadas com os usuários e trabalhadores de saúde. A análise dos resultados do trabalho se deu pelos pressupostos da desinstitucionalização e do cuidado à saúde.

A pergunta de pesquisa que norteará o estudo proposto pode ser sintetizada na seguinte questão: Mesmo com a criação de serviços na comunidade aberta e o cuidado em liberdade, os dispositivos de violência, controle social e relações de poder permanecem em relações nas práticas socioculturais cotidianas? Para responder tais questionamentos, enfatizamos a importância dos discursos e práticas em interface com as singularidades do sofrimento psíquico na contemporaneidade.

Os dados foram sistematizados por meio da técnica de pesquisa designada como Análise do Discurso (Foucault, 2005; Souza; Paixão, 2015), caracterizados como mecanismos linguísticos relativos aos saberes e práticas de biopoder, corpo e subjetivação. Para isso, buscamos reflexões dos discursos articulados ao agenciamento social, interseccionalidade com opressões de violências, controle social, estatização, silenciamentos e segregação social.

Até o presente momento, realizamos em torno de dez entrevistas semi-estruturadas, incluindo os trabalhadores de saúde, gestores e usuários(as), sendo: composto por três homens e sete mulheres, com idades entre 25 e 58 anos. Ressalta-se que todos os usuários entrevistados tiveram experiências de internações em hospitais psiquiátricos. Os critérios de inclusão dos participantes durante o estudo proposto se deu: convites realizados aos profissionais; participação das reuniões dos grupos; participação nos eventos promovidos pelos Caps e somente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Outrossim, a observação participante foi escolhida por ser uma das principais ferramentas de estudos etnográficos e reflexões sobre o cotidiano urbano (Magnani, 2002, 2009). De um lado, almejamos um olhar sobre as concepções da reforma psiquiátrica e das necessidades reais dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (intra-institucionais). Por outro, visamos compreender como os direitos são vivenciados para além dos muros das instituições de saúde (extras-institucionais), por meio das escolhas de mobilização nas cidades e as disputas/ conflitos em torno da mesma. Dessa forma, teremos uma análise mais crítica e concreta de como a reforma psiquiátrica é vivenciada por meio da socialização, identidades e (re)significações do sofrimento psíquico e social.

Tais propostas de coleta de dados são caracterizadas pelo antropólogo José Magnani (2002), como uma necessidade de incorporar um olhar de “perto” e “dentro”. Nessa lógica, a presente proposta baseia-se em reflexões de como as pessoas interpretam as dinâmicas culturais e escolhas do fazer as cidades brasileiras. Por consequência, iremos propor questionamentos referentes aos deslocamentos formais da reforma psiquiátrica e as mobilidades urbanas são extremamente reveladoras nas relações de gênero, classe, raça e poder em diversas instâncias e suas ambiguidades. Tal ambivalência em conciliação a teoria e prática, pode ser resumida por Magnani (2009):

o que se propõe é um *olhar de perto e de dentro*, mas a partir dos arranjos dos próprios atores sociais, ou seja, das formas por meio das quais eles se avêm para transitar pela cidade, usufruir seus serviços, utilizar seus equipamentos, estabelecer encontros e trocas nas mais diferentes esferas – religiosidade, trabalho, lazer, cultura, participação política ou associativa etc. (Magnani, 2009, p.132, grifos do autor)

Por fim, adotamos também a importância da interdisciplinaridade do campo da saúde mental e políticas públicas frente aos desafios atuais. A perspectiva da pluralidade

de distintos olhares e saberes é proposto pela antropóloga Cynthia Sarti (2003; 2010), considerando que conceituações em torno do corpo, saúde, adoecimento e, conseqüentemente, a “dor e sofrimento”, são fundamentos das dinâmicas socioculturais. Dito de outras palavras, “a antropologia da saúde: da noção de pessoa, a concepção do humano, o *anthropos*, construção necessariamente social e histórica, que está pressuposta nas diversas concepções e práticas que envolvem o corpo, a saúde e a doença, em qualquer âmbito da vida social, em qualquer tempo ou espaço (Sarti, 2010, p.83, grifos da autora).

3. As experiências da desinstitucionalização em foco

[...] fiquei presa (internada em hospital) por vinte anos. (...) Eles (gestores) confiavam mais nas palavras dos funcionários do que dos pacientes. Minha vontade era sair de lá. Vou te falar uma coisa: todo dia ajoelhava antes de dormir, quando acordava rezava para sair daquele inferno, pois hospital não é coisa de ser viver não! (...) Não comia o que gosto, não podia passear, às vezes estava em poucos passeios e eles tiravam e amarravam. (...) Eu passei uma vida difícil, eu passei uma vida bem difícil. (usuária, 43 anos)

Iniciamos esta seção com um discurso de uma usuária durante uma Assembleia realizada em um Caps, encontros realizados semanalmente e com objetivo de sustentação de diálogos entre os usuários, gestor e os trabalhadores. As atividades desenvolvidas nos CAPS e suas iniciativas de espaços coletivos para reflexões e negociações de conflitos. A pauta do dia em questão, abordada inicialmente aqui, deu-se em questões como: O somos enquanto Cap! Qual nosso papel? e que gestão queremos? Ressalta-se que todos os debates foram centralizados em eixos norteadores como à luta antimanicomial e as relações entre a ocupação dos espaços públicos e a inclusão social.

Entre as horas de observação ao longo dos meses da inserção de campo nos Caps, moradias e nas mobilizações pelas cidades, fica evidente em todos os espaços e as narrativas das lembranças decorridas das longas e quase intermináveis internações em hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, encontram-se vivas e pulsantes ainda nas rotinas diárias e, sendo elas muitas das vezes, responsáveis para o agravamento da intensidade de eventuais crises agudas e de sequelas que irão estar sempre presentes ao longo da vida.

Nesse aspecto, o sofrimento psíquico associado a privação de liberdade promovidos pelas instituições asilares no Brasil, houve um silêncio imposto por décadas, a recusa da escuta ativa e, assim, a negação da violência institucionalizada e legitimada

pelo Estado, da humilhação e da dor de a mais absoluta condição desumana (Agamben, 2012, p.41). Dessa forma, de acordo com o intelectual francês Michel Wieviorka (2005), quando enfatizamos os discursos do sofrimento para as pessoas que sofreram e, particularmente, uma escuta ativa e na singularidade. Emerge o protagonismo de sujeitos autônomos e automaticamente novos paradigmas de violências e do reconhecimento da violência institucionalizada do Estado, que tinha a função de proteção.

Nesse sentido, pesquisas mais recentes organizadas Lima (2022) sobre os impactos das políticas públicas envolvendo o Programa de Volta para Casa, salientam que mesmo com todos os esforços de inclusão social dentro das cidades, a lógica manicomial não desapareceu no cuidado à liberdade. Ou seja, debruça na compreensão de que as pessoas egressas das instituições asilares lidam com violências cotidianas e das memórias dos conflitos familiares, alguns casos o abandono Estado e dos laços sociais. Enfim, algumas pessoas precisam lidar com a construção de suas identidades, tendo em vista que suas histórias estão registradas somente em prontuários/ laudos biomédicos e em alguns casos os indivíduos não têm certidão de nascimento, RG e etc.

Por conseguinte, as primeiras denúncias envolvendo as violações de direitos humanos e do aparato estatal, foram conduzidas pelos trabalhadores de saúde atuantes em diversos movimentos sociais e mostrando para toda a sociedade os horrores do tratamento passado nos manicômios. Dessa forma, inicia-se as primeiras estratégias da desconstrução da loucura e novos discursos de uma antipsiquiatria, sendo elementos fundamentais de um novo projeto ideológico e prático de cuidado.

Segundo Paulo Amarante (1996, 2007), a reforma psiquiátrica ainda em curso no país, é pautada em quatro eixos norteadores: arcabouço teórico- conceitual ou epistemológicos; técnico-assistencial; jurídico-político e questões socioculturais. No que diz respeito às questões político-jurídicas, caracterizam-se por um processo complexo, plural, envolvendo diversos marcos legislativos como Leis, Portarias, Notas Técnicas e Decretos, marcados sempre por relações de poder e disputas em todas as esferas governamentais.

Outro argumento importante da luta antimanicomial é a participação dos usuários, parlamentares, profissionais, gestores e familiares. Assim, o debate proposto com os apontamentos simbólico histórico da luta foi a elaboração do manifesto da Carta de Bauru. Em 1987, tal articulação de um movimento coletivo já demonstravam que para uma liberdade concreta, precisa incluir uma justiça mais justa, livre do trabalho

precarizado, do racismo estrutural, violência de gênero e seus impactos na transformação do modelo assistencial são tão presentes até hoje, após 35 anos de promulgação, como proposto a seguir:

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

Em relação à carta de Bauru, fica visível que o processo psicossocial não pode ser sintetizado em um modelo biomédico, como a utilização somente de laudos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). O campo da saúde mental é um projeto mais amplo, complexo, potente e questionador, atrelado às condições sociais de um determinado contexto sociocultural e das características das mazelas sociais de um determinado país, como os marcadores de gênero, relações étnicas raciais e de classe. A seguir trazemos reflexões do fazer à cidade.

“Eu só saio de casa (moradia) para ir ao Caps. Ah! Eu tenho muito medo de andar sozinha por aí!”. Em entrevista com uma usuária, ela contou as dificuldades de morar numa grande metrópole, no caso a cidade de São Paulo e, especialmente, na percepção de uma mulher sobre os trajetos pela cidade, foram pontuados alguns exemplos, como alto custo financeiro e também violências cotidianas urbano (assaltos, assédios e etc). Pensando em como materializar essas ações de fortalecimento da inclusão social dentro do direito à cidade, surgiram as iniciativas dos passeios, denominados como “bate pernas”, geralmente são passeios em conjunto com os trabalhadores de saúde e realizados em algum espaço público e coletivos, como feiras, centros culturais, shopping e parques.

Diante do que foi exposto anteriormente, para além de um processo de reestruturação dos serviços e práticas, o processo da desinstitucionalização tem como objetivo auxiliar na difícil tarefa não de uma “reinserção social”, mais de uma inclusão social a partir de cuidado em liberdade mais reais e mecanismo na ocupação de espaços públicos e serviços para além da saúde mental. Dessa forma, segundo as autoras Salles e Miranda (2016) analisam que os beneficiários do Volta Pra Casa, enfrentam disputas em expandir suas relações e romper com a dependência da instituição total onde viveram,

indo desde conflitos com os familiares e dificuldades de gerar o próprio dinheiro, tendo em vista não foi reajustado ao longo dos anos (R\$ 412, 00). Ou seja, permanecem os direitos excludentes, sendo uma sociedade hierárquica, racismo estrutural e violenta como a nossa podem favorecer e agravar o sofrimento psíquico e sofrimento social.

Embora as moradias residenciais sejam consideradas como serviços de saúde pelo plano da Política Nacional de Saúde Mental, circunscritas em polo urbano e com limite de moradores. Por outro lado, trata-se de espaço de acolhimento e promoção da saúde, caracterizando, também, espaço de assegurar o respeito à diversidade de gênero, classe e raça. De certo modo, as moradias não podem ser consideradas o único caminho possível para a substituição dos hospitais psiquiátricos, infelizmente ainda presentes em todo país. Para melhorar o argumento, as respectivas casas precisam ser uma ferramenta de transição onde os usuários(as) necessitam ter a possibilidade também de sair delas, isto é, ter autonomia de decidir o seu destino e trajetória da sua vida (Andrade, 2020, p.128).

No que tange, os avanços e desafios da desinstitucionalização não figuram mais na pauta da agenda política no Brasil. Embora o programa de Volta pra Casa e alguns casos o acesso ao Benefício da Prestação Continuada, implementado pela Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS (Brasil, 1993). Porém, os anos ou décadas ininterruptas em hospitais psiquiátricos e das condições de tratamento, afetam diretamente a autonomia. Infelizmente, os sujeitos egressos dos hospitais mantêm-se vinculados às estigmatizações e conflitos no direito à cidade, sofrem preconceitos na inclusão social pelo trabalho, à educação, conflitos na garantia de acessar outros dispositivos da atenção básica à saúde e de um modo geral, permanecem na vulnerabilidade.

4. Avanços, disputas e desafios da Política Nacional de Saúde Mental

Nem todas as mudanças acontecem conforme nossos desejos, elas levam um tempo histórico para conscientização das pessoas e até mesmo de aplicação dentro do Caps. (Gestor, 58 anos)

A trajetória da instituição das políticas públicas à saúde mental, ancoradas nas questões ideológicas, práticas e bases normativas da Reforma Psiquiátrica como uma política de Estado baseada na Lei nº 10.216/2001, que garantiu esta política social em promover transformações nas instituições e culturais, em conformidade com o contrato social promulgado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

em assegurar direitos e garantias fundamentais de um Estado Democrático de Direito, contrários às violações da dignidade humana e direito à saúde, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Para Rosana Onocko-Campos (2019), não há dúvidas dos avanços promovidos para o campo da saúde mental desde o contexto da redemocratização, impulsionadas pelo Sistema Único de Saúde e criação de serviços assistenciais em todo diversificado território nacional. Aqui, a autora salienta a importância da ação do Estado em governos progressistas como o governo Lula (2003-2011), em promover políticas sociais que resultaria em maior investimentos nos serviços de base territorial a partir do ano de 2006 e o “fechamento de leitos em hospitais monovalentes, hoje reconhecidos como ineficazes pela literatura mundial, processo inconcluso, do qual ainda restam em diversos lugares do país inúmeros hospitais monovalentes com práticas de duvidosa efetividade e suspeitas de maus-tratos a pacientes” (Onocko-Campos, 2019, p. 1).

Para fins de registro e ilustração, tal como discutido anteriormente por Onocko-Campos (2019) sobre os avanços da trajetória das políticas sociais. Em 2021, os equipamentos de serviços, dispõem em: 2.742 Centros de Atenção Psicossociais, nas modalidades de CAPS, CAPS Infanto-Juvenil e CAPS AD; 796 Serviços Residenciais Terapêuticos; 69 Unidades de Acolhimento (UA); 38 Equipes Multiprofissionais e 1884 leitos em Hospitais Gerais, responsável por cuidado hospitalar transitório para situações de crises agudas decorrentes consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas ou devido ou agravamento de um sofrimento psíquico (Brasil, 2021).

Frente ao desmonte, a partir de 2016 inicia-se um projeto de desmonte das políticas públicas e a ascensão de uma agenda governamental sob hegemonia neoliberal e retorno da lógica manicomial nos cuidados. Considerados por intelectuais na área como um movimento de “contrarreforma” e retrocessos das lutas conquistadas. (Delgado, 2019; Onocko-Campos, 2019), infligindo até mesmo acordos internacionais como da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em 2016, foi implementada a PEC n° 241 que restringe o teto de gastos por vinte anos das áreas envolvendo à educação e à saúde. No campo da saúde mental, aprovou a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a Portaria n° 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.

Em 2019, ocorre a divulgação da nota técnica nº 11/2019, referente às novas normas da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2019c) e da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL 2019a), com financiamento aos leitos públicos/privados em hospitais psiquiátricos, retirada da menção de redução de danos, banalização das práticas de Eletroconvulsoterapia (eletrochoques), consolidação dos recursos financeiros e parcerias com clínicas privadas de reabilitação, chamadas Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2017, 2019b), que em sua maioria são ligadas às instituições religiosas, apresentando um cuidado mental a base de fé, terapia pelo trabalho, abstinência e principalmente por internações compulsórias.

No mesmo ano foi sancionada a Lei nº 13.840/2019, promovendo a redução da participação do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e facilitação das interdições compulsórias por via da judicialização à saúde. Nesse contexto, tais ações vão de encontro com as diretrizes do moralismo social e controle que envolvem as questões de políticas públicas desde a implementação do Programa Crack, *é Possível Vencer* (Brasil, 2013). As ações do governo são uma tentativa de guerra às drogas e destinadas ao Ministério da Justiça, ao invés de propor cuidados integrados com os outros dispositivos públicos, como setores da saúde, seguridade social e assistência aos grupos mais vulneráveis na sociedade.

Posteriormente, o Ministério da Saúde em 2020, através Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTS), instituiu um grupo de trabalho para revisão da rede psicossocial. 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), em parceria com outras instituições, como psiquiatras conversadores e contrários à reforma psiquiátrica e aos interesses das indústrias farmacêuticas. O intuito proposto pelo governo federal era a revogação de mais de 100 portarias referentes no âmbito das políticas públicas do período de 1992 a 2014.

A partir de uma reflexão sobre as Comunidades Terapêuticas, ressaltamos que são dispositivos constituídos na rede que nunca deixaram de existir, porém nos últimos anos ganharam mais investimento de recurso público. Não há dados concisos sobre os números dessas instituições existentes no território nacional, tendo uma estimativa de cerca de 2

mil e interligadas (Aguiar, 2014; CFP, 2017). Em relação a esses aspectos, uma profissional pontuou a sua perspectiva sobre as CTs:

[...] Principalmente em relação ao álcool e drogas foi recriado o hospital psiquiátrico, desmontaram os hospícios e montaram uma coisa ainda pior que são as comunidades terapêuticas, são setores completamente desgovernadas (...) alguns pacientes aqui me relatam casos de torturas, é algo pior que os hospitais psiquiátricos, pois ainda tinha a presença de um médico. Numa CT, principalmente as ligadas às igrejas são contrárias à medicalização. As pessoas estão morrendo por ataque cardíaco por causa da síndrome de abstinência. Enfim, é a reintrodução dos manicômios. Bom, estamos num momento de reação e espero que acabe logo. (Trabalhador de saúde, 59 anos)

Nesse novo paradigma de violações atuais e da falta de transparência dos dados do Ministério da Saúde, o papel dos conselhos profissionais estão sendo ferramentas de resistências e lutas. Como por exemplo, o relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia, realizado no ano de 2017. Os resultados da pesquisa foram postulados em variáveis, tais como: violação de trabalhos degradantes, uso de abstinência, cuidado em zonas rurais e distantes do perímetro urbano, religião como forma de tratamento e segregação social. Em suma, todas as variáveis foram violadas, indo na contramão dos relatos dos profissionais sobre o retorno das instituições asilares.

Por fim, uma ação bem agravante da continuidade da mercantilização do campo da saúde mental, ocorreu com a Portaria nº 596 em 2022, responsável pela revogação do Programa de Reinserção Social, sendo um importante instrumento de desinstitucionalização e caminhos de integração social das pessoas internadas em leitos hospitalares há mais de um ano e ainda vigentes no país. A mesma portaria autoriza o Ministério da Cidadania no lançamento de uma chamada pública com a finalidade de investir cerca de 89 milhões oriundos do SUS para as Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2022).

5. Considerações finais

Este trabalho buscou compreender os desafios contemporâneos da Reforma Psiquiátrica no Brasil por meio de diálogos entre desinstitucionalização e discursos acionados pelos atores sociais sobre os múltiplos conflitos socioculturais interligados com

as experiências do sofrimento psíquico contemporâneo. Para tanto, empregou-se um estudo etnográfico por meio de observação participante e aplicação de entrevistas semiestruturadas com os usuários e profissionais de saúde nos municípios de Campinas e São Paulo.

Como resultado parcial, notou-se os desafios da ampliação dos direitos e o panorama atual da desinstitucionalização como uma experiência socialmente fluida, influenciada por fatores que moldam relações sociais e com o Estado. Nesse sentido, os sujeitos egressos de instituições privativas de liberdade encontram-se em constantes violações de direitos, conflitos pela inclusão pelo trabalho, pela arte-cultura, pela mobilização política e de ocupação da cidade, têm configurado novas possibilidades de vida e expressão para os sujeitos, numa nova ressignificação da loucura na contemporaneidade (Agier, 2011; Torre; Amarante, 2018).

Para os nossos interlocutores ao longo da coleta de dados é a conformação do retorno das instituições privativas de liberdade manicomiais e cuidado à saúde sob hegemonia neoliberal, preconizada pelas novas diretrizes do governo federal. Melhor dizendo, mesmo com a criação de novos serviços mais humanizados e o cuidado à saúde em liberdade, a violência da lógica manicomial (re)produzem opressões físicas e simbólicas entre o Estado e no direito à cidade. Por conseguinte, o desmonte e retrocessos da política pública como já apresentado ao longo do trabalho evidencia que corremos o risco da própria Rede de Atenção Psicossocial tornar-se instituições "totais", devido à priorização dos protocolos tradicionais biomédicos e subfinanciamento dos serviços.

Destacamos também os limites impostos durante o andamento da pesquisa, mais especificamente a baixa adesão de participação de entrevistas com os trabalhadores de saúde em ambas as cidades. Ocorre também a dificuldade de aceite em alguns serviços em São Paulo, mesmo com a autorização prévia do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal da Saúde em São Paulo, alguns Caps nem retornaram as tentativas de contato dos pesquisadores.

Finalizamos, consideramos a importância das resistências do movimento antimanicomial que se configura na luta por todos os movimentos libertários, defesa do sistema público de saúde, garantia de direitos humanos, justiça social articulados na relação entre o Estado e sofrimento psíquico contemporâneo. Enfim, almejamos que a pesquisa possa contribuir com o debate tão urgente do campo interdisciplinar da saúde mental.

Referencias

- Agier, Michel. *Antropologia da cidade. Lugares, situações, movimentos*. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2011.
- Agamben, Giorgio. *Meios sem fim: Notas sobre a política*, trad. Bras. David Pessoas Carneiro. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.
- Aguiar Andrea Lúcia. *Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN)*. Dissertação. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014
- Amarante Paulo, Nunes Mônica. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Cienc. Saúde Colet.* 23(6):2067-2074. 2018.
- Amarante, Paulo; Torre, Eduardo. “De volta à cidade, sr. cidadão” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 52(6): 1090-1170, nov. – dez. 2018.
- Andrade, Ana Paula; Maluf. Sônia. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. *Saúde soc.* vol.26 n.1 São Paulo jan./mar. 2017.
- Andrade. Ana Paula. Agenciamentos sociais e ações do Estado: Parada do Orgulho Louco no Brasil. *Anuário Antropológico*, v.45, n.2, pp.126-143. Universidade de Brasília. maio-agosto, 2020
- Basaglia, Franco. *As instituições da violência*. In: Basaglia Franco, organizador. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal. p. 99-133.1985.
- Basaglia, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*; org. Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond. 336p. 2010.
- Brasil. Lei.8.742 de 07 de setembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742compilado.htm. Acesso em: 1º agosto 2022.
- Brasil. Lei 10216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 1º agosto. 2022.

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

Brasil. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 1º agosto. 2022.

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

Brasil. Portaria no 2434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 1º agosto. 2022.

Brasil. Portaria no 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 1º agosto. 2022.

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 a.

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

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

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

XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-596-de-22-de-marco-de-2022-387974558>. Acesso em 16 maio. 2022.

CFP. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / *Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura*; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 23 agosto. 2022.

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

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

Godoi, Lídia; Berlotti, Lorryne; Garcia, Érica; Rosa, Tereza; Tanaka, Oswaldo. Apoio matricial como ferramenta da articulação entre atenção básica e Caps: O que os dados secundários mostram? *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v.44, n. especial 3, p.107-127, outubro 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>. Acesso em 23 agosto 2022.

Lima, Helder; Silva, Debora; Aratani, Nathan; Arruda, Guilherme; Lopes, Soraia; Palhano, Priscilly; Saraiva, Kaely; Brasil, Eysler. Avanços e desafios do Programa de Volta para Casa como estratégia de desinstitucionalização: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1). 89-100 p., 2022.

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

Magnani, José. Etnografia como prática e experiência. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 129-156, jul./dez. 2009.

Onocko-Campos, Rosana. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública* v. 35 (11) 31 out 2019.

Rotelli, Franco; De Leonardis, Ota; Mauri, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, p. 17-59. 2001.

Salles Ana Carolina; Miranda, Lilian. Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicol Soc* 2016; 28(2):369-379.

Sarti, Cynthia. *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, Cynthia. Corpo e Doença no trânsito de saberes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 25 N° 74, 2010.

Souza. Kátia. In: Paixão, Humberto. (org). *Dispositivos de poder/saber em Michel Foucault: biopolítica, corpo e subjetividade*. (org) de Kátia Menezes de Sousa e Humberto Pires da Paixão. - São Paulo: Intermeio; Goiânia: UFG, 2015.

Surjus, Luciana. *Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre o caps (centro de atenção psicossocial) de Campinas*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/dissertacao_lucianatogni_0.pdf

Stracini, Mariana; Moreira, Maria. Os sentidos do morar sob a ótica dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial: experimentações do viver na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1): 69-78, 2022.

Wieviorka, Michel. *La violence*. Paris: Hachette-Littératures, 2005.