PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM SERVIÇO SOCIAL

PALOMA AZEVEDO DE OLIVEIRA

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: A CONTRARREFORMA NEOLIBERAL

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

São Paulo
2022

Paloma Azevêdo de Oliveira

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: A CONTRARREFORMA NEOLIBERAL

Dissertação apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Serviço Social, sob a orientação da professora, dra. Carola Carbajal Arregui.

São Paulo

2022

Banca Examinadora

_____

PROFA. DRA. MARIA LÚCIA MARTINELLI

_____

PROF. DR. FRANCISCO CÉSAR PINTO DA FONSECA

_____

PROFA. DRA. CAROLA CARBAJAL ARREGUI

_____

_____

O presente trabalho foi realizado com apoio do **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico** processo n° 130349/2020-8.

À comunidade da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo pelo apoio permanente.

AGRADECIMENTOS

Aos que foram fundamentais para a realização deste sonho, expresso por aqui, através de palavras sinceras, a importância que tiveram nesta minha conquista.

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Telma Azevêdo e Antonio Luciano que, mesmo sem recursos financeiros e educacionais, nunca hesitaram em me incentivar a alcançar meus objetivos acadêmicos e sonhos profissionais. A minha mãe, em especial, sou grata por me possibilitar, mesmo depois de tanto tempo, alternativas para que eu pudesse me concentrar nas minhas produções acadêmicas e no meu crescimento profissional.

Ao meu companheiro, Richardi Ferreira, por tanta paciência e dedicação, agradeço por todas as leituras e revisões textuais realizadas ao longo desse processo. Agradeço, também, pelas noites mal dormidas que se concentraram entre correções, edições, trabalho e cuidado com as crianças. Agradeço por se dedicar tanto em me acompanhar neste sonho.

Às minhas filhas, Cecília e Catherine, por transformarem a minha vida e me fazerem compreender que tudo vem em fases e, mesmo apesar das dificuldades, persistir nos torna cada vez mais forte. Vocês foram essenciais neste processo; não canso de agradecer por terem me dado o privilégio de ser mãe, de me completarem e me permitirem sentir o amor mais puro que possa existir nessa vida.

Aos meus professores, que foram sensacionais e primordiais para o término desse meu ciclo, sou grata. Obrigada professora Maria Lúcia Martinelli por sempre me incentivar a persistir. Me lembro que, em nosso primeiro encontro quando eu sequer havia conseguido passar pelo processo seletivo, você, com as suas mais sinceras palavras, foi doce e gentil comigo, me fazendo compreender que nem tudo dá certo na primeira tentativa.

Ao professor Francisco Cesar Pinto da Fonseca, agradeço por me proporcionar uma das melhores aulas que eu já assisti em toda a minha curta vida. Você, desde o início, foi um grande incentivador para mim e, sem dúvida, finalizo o mestrado com memórias inesquecíveis de nossas trocas nas aulas remotas.

A minha grande amiga, Luciana Sanches, agradeço por sempre acreditar em mim e me incentivar incessantemente a finalizar este processo de mestrado acadêmico. Lu, te agradeço por fazer parte da minha vida e por permitir que eu pudesse fazer parte da sua, também. Vivemos momentos inesquecíveis juntas e,

assim como você pode acompanhar o nascimento da minha iniciação cientifica, do meu TCC e das minhas filhas, fico contente em poder compartilhar contigo o nascimento dessa dissertação de mestrado. Você é meu espelho!

Por fim, creio que o agradecimento mais importante devo a minha querida professora Carola Carbajal Arregui. A propósito, escrevo este agradecimento com lágrimas nos olhos pois, no momento em que mais me desesperei pensando que não daria mais conta de fazer nada, você, através de uma chamada de vídeo, disse que me carregaria no colo. Obrigada por tanto apoio, carinho, paciência e persistência. Jamais poderei retribuir tudo aquilo que fez por mim nesses últimos dois anos. Você foi incrível e sensacional.

Despencados de voos cansativos
Complicados e pensativos
Machucados após tantos crivos
Blindados com nossos motivos
Amuados, reflexivos
E dá-lhe antidepressivos
Acanhados entre discos e livros
Inofensivos
Será que o sol sai pra um voo melhor?
Eu vou esperar, talvez na primavera
O céu clareia, vem calor
Vê só o que sobrou de nós e o que já era
Em colapso o planeta gira, tanta mentira
Aumenta a ira de quem sofre mudo
A página vira, o são delira, então a gente pira
E no meio disso tudo, 'tamo' tipo...
Passarinhos
Soltos a voar dispostos
A achar um ninho
Nem que seja no peito um do outro
(Passarinhos, Emicida)

RESUMO

Oliveira, Paloma. **Política Nacional de Saúde Mental: a contrarreforma neoliberal**

Nos últimos anos, temos visto a política de saúde mental brasileira sofrer diversas alterações que, de certa forma, reeditam o modelo hospitalocêntrico cuja trajetória revela um caráter privatista da saúde. O que, antes era idealizado como uma política que visava dar prosseguimento a um processo de desospitalização no campo da saúde mental, no âmbito de uma ampla Reforma Psiquiátrica, passou a preocupar usuários e profissionais da rede de atenção psicossocial por apresentar métodos ultrapassados e agressivos que se assemelham ao tratamento manicomial. O objetivo desta pesquisa é compreender a dinâmica da contrarreforma neoliberal na política nacional de saúde mental, buscando compreender seus principais componentes, implementados ao longo das décadas de 1990 e de 2010, bem como, aqueles instaurados após o golpe de 2016 e nos primeiros anos governo de direita de Jair Bolsonaro. Para tanto, o estudo priorizou a pesquisa bibliográfica e documental, a fim de identificar e analisar os traços da contrarreforma desde a implantação da política de saúde mental, analisado, em particular, as principais leis, portarias, relatórios e dados estatísticos que normatizam o campo da saúde mental, bem como a crítica no debate científico à afirmação da hegemonia neoliberal. Concluímos dando destaque ao processo de participação do setor privado cada vez mais intenso no direcionamento dos recursos públicos, na contramão dos objetivos e princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Palavras-chave: Contrarreforma; Neoliberalismo: Política Social: Saúde Mental; SUS: Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

Oliveira, Paloma. **National Mental Health Policy: the neoliberal counter-reform**

In recent years, we have seen the Brazilian mental health policy been submiitted through several changes that, somehow, reissued the hospital-centered model whose history reveals a privatist character of the health system. What was once idealized as a policy that aimed to continue a process of dehospitalization in the field of mental health, within the scope of a broad Psychiatric Reform, begin to worry users and professionals of the psychosocial care network by presenting obsolete and aggressive methods that resemble asylum treatment. The purpose of this research is to understand the dynamics of the neoliberal counter-reform in the national mental health policy, seeking to understand its main components, which were implemented throughout the 1990s and 2010s, as well as those introduced after the 2016 Coup and in the first years of the right-wing government of Jair Bolsonaro. Therefore, this study prioritized a bibliographic and documentary research, in order to identify and analyze the traits of the counter-reform since the implementation of the mental health policy, analyzing, in particular, the main laws and rules that regulate the field of mental health, as well as the criticism in the scientific debate around the affirmation of neoliberal hegemony. We conclude by highlighting the process of increasingly intense participation of the private sector in directing public resources, contrary to the objectives and principles of the SUS and also the Brazilian Psychiatric Reform.

Keywords: Counter-reform; Neoliberalism; Social Policy; Mental Health; SUS; Psychiatric Reform.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Hospício Pedro II, 1852 34
Figura 02 – Projeto Pedro II, 1841 36
Figura 03 – Rede de Atenção à Saúde Mental. Fonte: Ministério da Saúde, Brasil, 2005. 66
Figura 04 – Comunidades Terapêuticas contratadas pelo Ministério da Cidadania em 2019. Fonte: Mapa virtual das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil. 83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Efeito da Portaria 336/2002 sobre a oferta de CAPS – Brasil, 1990-2010. Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Saúde Mental em dados. Janeiro 2007 e 2011 50
Gráfico 02 – Leitos Psiquiátricos SUS por ano (2002-2011). Fonte: SIH/SUS, Coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas/ DAPES/SAS/MS e coordenações estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais 52
Gráfico 03 – Evolução de leitos em hospitais públicos e privados (1997-2003). Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS) 52
Gráfico 04 – Proporção do financiamento federal destinado a hospitais psiquiátricos em relação ao orçamento global destinado a saúde mental, no período de 2017-2018. Fonte: Ministério da Saúde, 2018. 53
Gráfico 05 - Número de ONGs segundo as regiões do país e década de fundação (1970-2010). Fonte: Costa, 2017 61
Gráfico 06 - Evolução anual do número de centros de atenção psicossocial (CAPS) no Brasil. Fonte: Ministério da Saúde, 2005. 61
Gráfico 07 – Expansão das Residências Terapêuticas entre os anos 2000 e 2005 na Cidade de São Paulo. Fonte: Ministério da Saúde. Dados de 2005 64
Gráfico 08 – Pessoas presas no Brasil por tipo de delito (2005-2012). Fonte: 71
Gráfico 09 – Porcentagem aplicada na Saúde da Receita da União (2016-2019). Fonte: Conselho Nacional da União 75
Gráfico 10 – Piso per capita de saúde anual (2013-2020). Fonte: Siga Brasil (Senado Federal, Instituto IPEA. 76
Gráfico 11 – Taxa de crescimento anual composta de Centros de Atenção Psicossocial por triênios (2004-2018). Fonte: Brasil 2018 77
Gráfico 12 – Beneficiários de Planos de Saúde no Brasil (2010-2021), construído através de dados. Fonte: Brasil, 2022 80

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Número de leitos psiquiátricos ocupados/ Sistema Único de Saúde (SUS) por hospital, Brasil, 2004. Fonte: Ministério da Saúde 31
Tabela 02 – Leitos Hospitalares no Brasil, 1935-1980. Fonte: Menicucci, 2003. 42
Tabela 03 – Número de CAPS, segundo modalidade – Brasil, 2002-2010. Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2011: Costa et al, 2011. 51
Tabela 04 – Fontes de Financiamento das Comunidades Terapêuticas CTs em % (2016). Fonte: Perfil das comunidades terapêuticas, DIEST/ IPEA, 2016. 68
Tabela 05 – Comunidades Terapêuticas por ano de fundação e região nível Brasil (1966-2015). Fonte: IPEA, 2015 68
Tabela 06 – Indicadores financeiros do município de São Paulo, 2019. Fonte: Sistema de Informações sobre orçamentos públicos em Saúde (SIOPS) 85
Tabela 07 – Indicadores financeiros do município de São Paulo, 2020. Fonte: Sistema de Informações sobre orçamentos públicos em Saúde (SIOPS) 85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	-	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CAPS	-	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSAd	-	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	-	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CDP	-	Centro de Detenção Provisória
CIT	-	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CTs	-	Comunidades Terapêuticas
DAPES	-	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DEPEN	-	Departamento Penitenciário Nacional
DIEST	-	Divisão de Estratégia
DINSAM	-	Divisão Nacional de Saúde Mental
EC-95	-	Emenda Constitucional
FHC	-	Fernando Henrique Cardoso
HTCP	-	Hospitais de Custódia e Tratamento Psíquico
IABAS	-	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
INFOPEN	-	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	-	Ministério da Saúde
MTSM	-	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	-	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ONG’s	-	Organização não governamental
OS’s	-	Organizações Sociais de Saúde
OSCIP	-	Organização da sociedade civil de interesse público
PEC	-	Proposta de Emenda à Constituição
PL	-	Partido Liberal
PNSM	-	Programa Nacional para a Saúde Mental
PRH	-	Programa de Formação de Recursos Humanos
PSDB	-	Partido da Social-Democracia Brasileira
PT	-	Partido dos Trabalhadores
RAPS	-	Rede de Atenção Psicossocial

SAI	-	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SAS	-	Sistema de Assistência à Saúde
SIOPS	-	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNDM	-	O Serviço Nacional de Doenças Mentais
SRT	-	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UAs	-	Unidade de Acolhimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17

2 A HISTORICIDADE DA LOUCURA COMO PARTICULARIDADE DA PRODUÇÃO CAPITALISTA 15

2.1 A segregação como manutenção da ordem social – o contexto internacional 15

2.2 As primeiras formas de organização e mobilização em torno da loucura: os movimentos de renovação e antipsiquiatria 18

2.3 A loucura como fonte do capital 25

3 EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA 33

3.1 O primeiro Hospício Brasileiro e as colônias de tratamento 33

3.2 A indústria da Loucura e o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental Brasileiro 38

3.3 A Lei Paulo Delgado. Esperanças por um novo recomeço 44

3.4 O arcaico e o moderno, as tendências da contrarreforma na política nacional de saúde mental brasileira 49

4 O MARCO DA CONTRARREFORMA NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA 55

4.1 O marco trágico do início da contrarreforma brasileira 55

4.2 Avanços e retrocesso na implementação da Reforma Psiquiátrica (2001 – 2010), a evolução das políticas em saúde mental 63

4.3 Persistência e agudização da perspectiva de confinamento: interrelação da saúde mental e a "guerra contra as drogas" 69

4.4 Agudização da Contrarreforma: Período Temer/Bolsonaro 73

CONSIDERAÇÕES FINAIS 88

REFERÊNCIAS 92

1 INTRODUÇÃO

Ainda como estudante do curso de graduação em Serviço Social, me deparei com a questão da Política de Saúde Mental no Brasil. Tendo comigo a ideia inicial de que a reclusão era algo completamente normal e até mesmo indicado às pessoas em sofrimento psíquico, me posicionei diversas vezes contrária ao encerramento dos leitos psiquiátricos promulgados pelo processo de reforma psiquiátrica no Brasil, sem compreender criticamente os significados do encarceramento em massa dessas pessoas.

Intrigada com a forma pela qual era conduzido o tratamento dessas pessoas em liberdade, me propus a discutir o tema Saúde Mental em um projeto de Iniciação Científica, o qual me possibilitou compreender e analisar, com um novo olhar, a luta incessante que se esconde através de tantas dificuldades e imposições neoliberais sob a rede de atenção à saúde mental no Brasil.

Minha aproximação com o tema se intensificou após uma experiência pessoal de internação de um familiar próximo em um hospital psiquiátrico particular. A partir daquele momento, compreendi que, definitivamente, não havia se consolidado o projeto de encerramento de leitos psiquiátricos e muito menos a dissuasão do financiamento para tais fins. Me questionei, então, por quê? Qual era a lógica existente por trás disso?

Um fato curioso que existe em nossa sociedade é o entendimento bastante difundido que, diante de uma crise capitalista, há sempre a necessidade de se implementar “reformas” no Estado para modificar a forma como este é conduzido e otimizar sua atuação frente a um “bem comum”. Nota-se que na década de 1990, este conceito de crise e reforma já havia sido implementado no Brasil, de forma sistemática, pelo governo de Fernando Henrique Cardoso. Behring (2002, p. 94) diz que,

> “à ideia de crise significa rupturas no processo de reprodução, que levam um intenso período de criação social, com transformações irreversíveis do modo de produção, seja no sentido de sua continuidade sob novas formas, seja no sentido de sua superação”.

Para Oliveira (2011, p. 134), após as crises da década de 1970, a sobrevivência do sistema capitalista, se deu por meio de “um novo regime de acumulação e de controle de massas operárias”, com profundas mudanças no processo de produção, nas relações entre capital e trabalho e no papel do Estado.

No Brasil, os indícios de uma “reforma” do Estado são constatados nas premissas de políticas neoliberais que intensificam os discursos em prol da privatização e mercantilização de empresas estatais e de políticas sociais, na base de um discurso de ineficácia dos serviços públicos.

Na perspectiva de construir uma análise crítica através desta pesquisa, no que se refere às reformas como processos de contrarreforma, a presente discussão percorrerá os meandros da Política Nacional de Saúde Mental. Com base no direito fundamental garantido pela Constituição de 1988, a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Porém, com o avanço da ideologia neoliberal, o cenário contemporâneo é marcado pela ênfase exacerbada da privatização e da destinação, cada vez maior, de recursos públicos para os setores privados, destituindo os cidadãos de direitos históricos conquistados.

O período de redemocratização, caracterizado pela transição do regime militar para a nova república, apresentou uma frente política ampla que problematizou e questionou o método de reclusão como solução para as questões relativas à saúde mental. Ideia está, proveniente da experiência italiana, que tem como propulsor o médico psiquiatra Franco Basaglia.

Com o espaço de enfrentamento às lógicas de internação de longa duração, que privilegiavam os interesses econômicos e higienistas da rede privada, a tensão para a criação de um novo modelo de atendimento à saúde mental privilegiava uma nova adequação.

No entanto, as Organizações Sociais (OS) atuantes na Saúde Mental, que ainda mantinham os leitos psiquiátricos em funcionamento, viram-se ameaçadas com a perda das transferências dos recursos do fundo público para a execução destes serviços. Vale ressaltar que, no período, a rede privada exercia um papel central e, consequentemente, estava envolvida no repasse de grandes somas de recursos do Estado. A expressão dessa disputa fica evidenciada quando se observa que a proposta da Lei n° 10.216, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, permaneceu em tramitação por quase 12 anos.

Compreende-se que, desde o início, a luta popular por uma reforma psiquiátrica no Brasil, que culminou com a vitoriosa aprovação da Lei 10.216 (que significou um marco regulamentar no que se refere ao fechamento de manicômios, de hospitais psiquiátricos e, principalmente, da desinstitucionalização dos indivíduos), esbarrou

nos interesses do capital, os quais estavam presentes no seio dos governos neoliberais e tensionavam para a maximização do seu lucro.

Neste processo, embora trabalhemos na perspectiva de encerramento dos leitos psiquiátricos físicos, vemos que os manicômios mentais, como posto por Pelbart (1990), se expressam nas formas invisíveis de subjetivação, reveladas em nós através de ações de domínio sobre o outro, de subjugação, de hierarquização, do controle e da opressão (Machado e Lavrador, 2012).

Partimos, então, da hipótese de que a Reforma Psiquiátrica nunca foi, efetivamente, implementada como inicialmente havia sido concebida, seja em seu eixo técnico, que previa a clínica ampliada do tratamento do sujeito em seu território, seja no eixo cultural, que conjecturava a relação da sociedade com o sujeito em sofrimento psíquico de uma forma diferenciada da que vemos atualmente.

Justifica-se que essa reforma já nasce comprometida face às transformações operadas no âmbito do Estado na década de 1990 e se agrava a partir da década de 2010, em função da implementação de diversas alterações normativas que, de certa forma, marcaram o início de uma nova fase do processo, a qual Coutinho (2012) caracteriza como contrarreforma, pois restabeleciam o financiamento da rede particular e a prevalência de leitos psiquiátricos de longa duração em hospitais gerais. Assim sendo, é posto novamente em evidência que o lucro com o sofrimento alheio é parte do interesse dos privados subjacentes às políticas neoliberais.

Diante disso, a presente pesquisa tem como objetivo geral compreender a atual política de saúde mental Brasileira, analisando os processos de contrarreforma, implementados desde a década de 1990, que se expressam em ações políticas, econômicas e institucionais e cujo direcionamento atende a interesses capitalistas. Como objetivos específicos tem-se:

- Compreender os traços estruturantes da implementação da política de saúde mental no país;

- Analisar os processos de reforma (e os componentes de contrarreforma) implementados nas décadas de 1990 e de 2010, bem como os instaurados após o golpe de 2016 e nos primeiros anos da gestão de Jair Bolsonaro.

- Identificar os elementos de tensão entre os componentes da contrarreforma e as aspirações da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Neste sentido, é mais que necessário analisar e avançar nas discussões a respeito das alianças que foram construídas para a aprovação da Lei Paulo Delgado,

que ao resultar na manutenção dos interesses capitalistas, impactaram na prevalência das práticas violadoras de direito, potencializando, assim, a agudização do sofrimento psíquico.

Os interesses capitalistas presentes na Política Nacional de Saúde Mental tornam-se ainda mais evidentes quando se constata que as instituições que prestam os serviços de atendimento são dirigidas e pensadas por organizações sociais de caráter privado, onde a acumulação do capital se sobressai, tornando as cada vez mais presentes, principalmente após, o golpe de 2016, que possibilitou a mudança nas portarias de saúde mental no ano de 2017.

Com o anúncio de uma nova leva de “reformas”, consolida-se um discurso sobre a situação de “crise da rede de saúde mental”, com o argumento de que os serviços não possuem possibilidade de atenção aos usuários, reforçando a necessidade de retomada da rede privada na contenção e controle dessa demanda.

É mister afirmar que, na caminhada da reforma psiquiátrica brasileira, as vitórias e avanços que a política nacional de saúde mental conquistou, com a implantação da rede de atenção substitutiva, de certa forma, acompanha os interesses capitalistas de continuar produzindo lucro sobre o sofrimento psíquico do indivíduo.

Diante de tal consideração, utilizamos como procedimentos de pesquisa, a pesquisa bibliográfica documental, para a análise das principais portarias que expressam modificações na política de saúde mental e evidenciam a amplitude do processo neoliberal de contrarreforma.

A construção da análise deu-se a partir da compreensão do tratamento da loucura com base nas ideias de Michel Foucault, atrelada à análise da implementação da política de saúde mental no Brasil, que teve como referência o levantamento bibliográfico nas áreas das ciências sociais e da saúde, bem como a produção do Serviço Social, e em especial diálogo com Maria Inês Bravo. Paralelamente, e para construir subsídios que possibilitassem analisar o processo de materialização da contrarreforma na política de saúde mental, a pesquisa se apoiou nos aportes de Carlos Nelson Coutinho e Ivanete Boschetti.

Buscou-se, com esta análise, evidenciar os processos de contrarreforma na política de saúde mental a partir do ano de 2010, e os reflexos das mudanças já operadas desde a década de 1990, bem como a sua agudização após o golpe de 2016, com a restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, que se agrava ainda mais no governo de Bolsonaro.

A presente dissertação está dividida em três seções:

Na primeira seção, intitulada **A história da loucura como particularidade da produção capitalista**, evidencia-se que o enclausuramento, o isolamento social, a violência e as violações a dignidade humana contra as pessoas em sofrimento psíquico, são traços históricos e estruturais que assumem uma particularidade no modo de produção capitalista. Nesse contexto, verifica-se o surgimento de diversos movimentos de luta em prol de mudanças significativas em torno da questão os quais se unificaram em torno de um único objetivo: o de construir uma reforma dentro da psiquiatria convencional. Estabeleceu-se diálogo com a experiência italiana, pois esta exerceu forte influência no processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira, em cima de eixos que resultaram em processos de desinstitucionalização e reconfiguração do tratamento das pessoas em sofrimento psíquico. Ainda nessa seção, buscamos evidenciar o imbricamento entre os interesses do capital e o tratamento asilar das pessoas em sofrimento psíquico, além das inflexões dos processos de contrarreforma que reeditaram uma direção político-econômica, a qual redefiniu o padrão de reprodução do capital no país, direcionado à expansão do mercado, ao desmonte dos direitos e à submissão das políticas sociais á logica da mercantilização.

A segunda seção, intitulada **Evolução da política de saúde mental e o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira**, analisa o processo histórico de constituição do modelo de assistência à saúde mental no Brasil, evidenciando que o modelo de favorecimento do setor privado na saúde teve o seu primeiro e grande impulso a partir das décadas de 1960/1970, durante a ditadura militar no país. É nesse período que o setor saúde assume características capitalistas, articulando o Estado aos interesses do capital internacional, num contexto macroestrutural de reestruturação produtiva, na base da acumulação flexível (BRAVO, 2009). Especial destaque foi dado ao processo de organização e debate em prol da reforma psiquiátrica democrática no país, ao mesmo passo que se visualiza a contrarreforma na política de saúde mental.

Na terceira seção, intitulada **O Marco da Contrarreforma Neoliberal na Política de Saúde Mental Brasileira**, são abordados os traços dos processos de contrarreforma que vem sendo implementados na política de saúde mental desde os anos 1990 até os dias atuais, analisando as principais portarias e deliberações

políticas que, de alguma forma, representaram um retrocesso em relação aos avanços que haviam sido conquistados desde a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988. Traços de manifestações típicas de superacumulação, que já podiam ser vistos desde 1970 (com maior ênfase nos países de capitalismo avançado), passariam a ter importantes desdobramentos no Brasil a partir de 1990. Nesse contexto, o papel do estado passará por um "redirecionamento" em função da nova ordem econômica, que implicará no aprofundamento das desigualdades sociais, na precarização do trabalho e em profundas alterações no campo das políticas sociais. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, a partir dos anos 1990, e que se aprofundaram na década de 2010, consolida a ampliação das fontes de excedentes do capital, por via da privatização e mercantilização das políticas sociais. Processo este, tecido através da associação da figura do Estado com a ineficiência de gestão e o déficit fiscal.

Nas Considerações Finais, realizamos as análises conclusivas em relação ao nosso objetivo de pesquisa, considerando a incompletude e os entraves da materialização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, face aos processos de contrarreforma instaurados no país. Ao final do processo de pesquisa, identifica-se que o que está em curso no Brasil é a promoção deliberada da abertura do setor saúde para a participação, cada vez maior, da iniciativa privada, inclusive internacional. O objetivo expresso pelos agentes privados consiste, sobretudo, em subtrair o máximo possível de recursos públicos, ou seja, garantir uma fatia cada vez maior do orçamento destinado à saúde sem, necessariamente, promover grandes avanços em relação aos serviços prestados à sociedade. Essa lógica capitalista, que tem como foco o lucro, se mostra incompatível com os objetivos e princípios delineados pelo SUS e pelo movimento de reforma psiquiátrica no país.

2 A HISTORICIDADE DA LOUCURA COMO PARTICULARIDADE DA PRODUÇÃO CAPITALISTA

O presente capítulo busca evidenciar que o enclausuramento, o isolamento social, a violência e as violações a dignidade humana contra as pessoas em sofrimento psíquico são traços históricos e estruturais que assumem uma particularidade no modo de produção capitalista. Nesse contexto, verifica-se o surgimento de diversos movimentos de luta em prol de mudanças significativas em torno da questão, os quais, aos poucos, se unificaram em torno de um único objetivo; o de instituir uma reforma dentro da psiquiatria convencional. Baseada em uma experiencia internacional bem sucedida, o Brasil desenha seu processo de reforma psiquiátrica em cima de eixos que resultaram em processos de desinstitucionalização e reconfiguração do tratamento. Após uma longa espera, iniciaram-se diversas tentativas de implantação de uma rede que substituisse aos manicômios, totalmente gratuita e de acesso público garantido através do Estado. Porém, aos poucos, compreendeu-se que, por trás de grandes interesses corporativistas, ocorriam inflexões do processo de contrarreforma do estado, tendo em vista que muitas das grandes bandeiras exigidas encontravam inúmeros obstáculos para serem implementadas. Predominava o discurso de que, através do “aperfeiçoamento” ou “aprofundamento” e “melhoria da estruturação”, já seria possível viabilizar e realizar os modelos alternativos de tratamento da saúde mental.

2.1 A segregação como manutenção da ordem social – o contexto internacional

A construção do enclausuramento e o afastamento social de pessoas, conforme Foucault (1972), tem início a partir do surgimento da lepra na Idade Média. Esta é considerada o estopim das formas de tratamentos compulsórios, na base do isolamento social, como alternativa de contenção e tratamento da doença.

Foucault (1972) demonstra que mesmo após a lepra ter sido praticamente extinta, os locais de exclusão permaneceram em pleno funcionamento, só que recebendo outros tipos de pacientes. A mudança de perfil carregava o valor político e social existente naquele período. Os loucos, os pobres, os vagabundos, as prostitutas,

e todos aqueles que eram tidos como disfuncionais à moral e a ordem vigentes acabaram tornando-se os “novos leprosos”.

O discurso de moralidade e ameaça social diante do tido como anormal foi amplamente difundido no início chegada da Idade Moderna, com a exaltação da razão (Foucault, 1972). A loucura passou a ter um enfoque maior que quaisquer outros desvios uma vez que comprometia e ameaçava a racionalidade moderna. A psiquiatria foi então criada e a loucura ganhou, enfim, uma casa. Em condições completamente desumanas, os espaços, que antes recebiam os leprosos, passaram a enclausurar as pessoas que esboçavam o mínimo de desordem frente a sociedade burguesa dominante.

> É sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVIII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da Loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a Loucura. (Foucault, 1972, p. 08)

As grandes instituições de enclausuramento passam a ter um papel fundamental como espaço moral de exclusão e repressão daquilo que era tido como “a não razão”, “a razão irrazoável”, “o razoável desatino” (Foucault, 1972. p. 52). Todo e qualquer ser humano que se tornasse alvo deste “cuidado” passaria a ser suprimido da sua comunidade. Havia, portanto, uma massa de grupos sociais, especialmente os excluídos e subalternos (além de doentes e loucos), aglomerados num único lugar no qual o objetivo central era o castigo e o afastamento social como meio de contenção da disseminação de presenças indesejadas (Jabert, 2001, p. 10).

Nos antigos espaços vazios, preenchidos com novos personagens, o controle e a punição passaram a ser prioridade no modo de “cuidado”, uma vez que os tratamentos coercitivos, além de promover o controle social, resultavam em processos disciplinares de adaptação necessários ao sistema produtivo do capitalismo. Conforme Foucault (1972, p. 77), o internamento passa a adquirir um outro sentido:

> Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas. Não nos esqueçamos que as primeiras casas de internamento surgem na Inglaterra nas regiões mais industrializadas do país: Worcester, Norwich, Bristol; que o primeiro Hospital

> Geral foi aberto em Lyon, quarenta anos antes de Paris; que a primeira de todas as cidades alemãs, Hamburgo, tem sua Zuchthaus desde 1620. Seu regulamento, publicado em 1622, é bastante preciso. Os internos devem trabalhar, todos. Determina-se o valor exato de sua produção e dá-se-lhes a quarta parte. Pois o trabalho não é apenas ocupação: deve ser produtivo.

Em função disso, Pinel denuncia esses espaços como prisões da miséria, que preveniam a sociedade da presença desses grupos e, de certa forma, desestimulavam o ócio entre os demais cidadãos. Além dos internados que eram conduzidos pela própria família, como o ato de esconder um escândalo ou não se expor a vergonha, o enclausuramento cumpria uma função disciplinar para aqueles que eram considerados inferiores e incompetentes para o trabalho produtivo. Nesse contexto: "a loucura é vista no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade de integrar-se no grupo" (Foucault, 1995, p. 78).

Aos poucos, dentro desses locais de correção moral, os loucos passaram a se destoar dos demais ganhando um olhar diferenciado, na base do saber médico.

> O louco permaneceria como um enigma perante este projeto. Desviante, ele não se enquadra nesse modelo e continua sendo objeto de uma percepção contraditória. Inspirava, ao mesmo tempo, piedade e medo. Por um lado, entendia-se que o louco não era passível de punições convencionais, como a prisão, pela ausência de entendimento racional sobre a natureza desviante de seus atos. Por outro, o louco era visto como a imagem acabada da associabilidade, capaz de trazer riscos e transgredir leis, além de ser incapaz de participar do livre mercado de trocas afetivas e econômicas. O louco era uma anomalia. Foi necessário criar um estatuto especial para sua figura (Teixeira, 2019, p. 06).

O modelo de atendimento moral organicista passou a reinar nos tratamentos pautados em castigos. O poder controlador e disciplinador medicinal rompe com as identidades dos mais diversos sujeitos que estavam ali internados e os doentes mentais tornaram-se, assim, visíveis. Os pacientes passaram a ser diagnosticados por meio de laudos médicos e enquadrados em determinações patológicas classificadas entre aquelas que possuem ou não cura. A proliferação de diagnósticos e intervenções foi de tal intensidade que Foucault (1999) denominou tal processo de "medicina do não patológico".

Segregados da sociedade tornam-se propriedade de controles estatal, médico e farmacêutico. O destino destes pacientes era a prisão perpétua e, tanto a psiquiatria como a ciência, encobriram a violência que continuou a ser usada como parte do tratamento, sob o "véu hipócrita da necessidade e da terapia" (Basaglia, 1968, p. 125, Apud: Serapioni, 2019, p. 1.173).

2.2 As primeiras formas de organização e mobilização em torno da loucura: os movimentos de renovação e antipsiquiatria

Philippe Pinel, médico influenciado pelas ideias do Iluminismo e da Revolução Francesa e considerado uma referência na história da psiquiatria moderna, foi precursor de novas formas de tratamento, sugerindo que os loucos fossem tratados soltos das celas e das correntes.

Embora não tenha formulado inovações fora dos grandes muros ou menos cruéis para a compreensão das patologias, este rompeu com as formas tradicionalmente utilizadas, como sangrias, purgações e isolamento, defendendo uma visão mais “humanizada” dos cuidados, o que incluía terapias ocupacionais.

> "Eu, então, descobri que a loucura era curável, em muitos casos, por meio do tratamento e a atenção exclusiva à mente, e, quando a coação era indispensável, esta poderia ser aplicada eficazmente sem indignidade corporal". (Pinel, 2007, p. 37)

Considerava-se, então, que o trabalho transformava o homem, mas que os muros ainda eram a melhor opção no tratamento visto que esta ideia se sustentava num tripé que consistia em isolar, conhecer e tratar, mantendo este espaço de saber único e exclusivo no âmbito da medicina.

A loucura deixou, então, de ser a alienação para tornar-se a doença mental. Os grandes hospitais psiquiátricos tornaram-se lugares de longa permanência, sob forte influência do saber médico e da psiquiatria. Contudo, continuaram a perpetuar a negação da dignidade humana reservada às pessoas com sofrimento mental. Na sua maioria, e isto implicava numa visão mundial, os grandes hospitais mantinham muito mais pacientes do que poderiam comportar, pouquíssimos funcionários e, além disso, praticavam maus-tratos e tratamentos violentos contínuos. Dessa forma, a ciência, a medicina e a medicalização no tratamento da saúde mental avançavam sob o manto da cientificidade e neutralidade, produzindo milhões de pessoas privadas da própria existência, ignoradas, silenciadas, marginalizadas, reclusas ou simplesmente abandonadas dentro das grandes instituições.

Por outro lado, conforme Serapioni (2019, p. 1.176), o modelo asilar estabelecia e reproduzia a distinção entre os cidadãos de primeira e segunda classes.

> Por um lado, nos asilos, os pobres, os colarinhos brancos de baixa renda, os operários e o subproletariado em geral; por outro lado, em casa ou em clínicas particulares, os mais ricos e aqueles que, graças às disponibilidades financeiras, tinham a possibilidade de se tratar e, em muitos casos, voltar ao trabalho e à sociedade. Esta era uma clara demonstração de que tanto pobres como ricos poderiam ser tratados, desde que não fossem trancados, contra suas vontades, em ambientes que os faziam enlouquecer definitivamente.

Foi em contraposição ao modelo de enclausuramento, das práticas desumanas e do conjunto de violências perpetuadas contra as pessoas em sofrimento psíquico que nascem os primeiros movimentos de contestação, que se separavam em dois grupos distintos. Em função desse cenário, e embora tenham antecedentes no final do século XIX (por volta dos anos de 1950), ganham força, principalmente na Europa e nos Estado Unidos, potencializando os questionamentos em torno do modelo psiquiátrico de tratamento e de compreensão da saúde mental.

Os questionamentos passam a ganhar maior visibilidade e o tema acaba sendo polarizado. Persistiam as críticas em relação ao conceito de “doença mental” e à liberdade enquanto condição humana, visto que os hospitais haviam se tornado instituições de violência, de segregação e desconsideravam completamente a reinserção da pessoa em sofrimento psíquico em sociedade ou sua assistência em saúde.

Uma vertente destacava-se pela defesa da reforma psiquiátrica, entendendo-a por meio da reformulação das instituições e das formas de cuidado, que poderiam alterar todo o sistema e as formas de assistência em saúde mental, sob a perspectiva da psicoterapia institucional e da substituição do modelo asilar por comunidades terapêuticas. Proposição esta que surgia em função das experiências da França e Inglaterra.

A outra vertente, considerada por Spohr (2009) como uma proposta estrutural e radical, argumentava que a reforma proposta pela psicoterapia institucional, na base de comunidades terapêuticas, não daria conta de efetivar mudanças significativas, uma vez que os hospitais psiquiátricos continuariam a lucrar com as internações, e o saber médico ainda prevaleceria como supremo na compreensão e definição da doença mental, desconsiderando o paciente como sujeito.

Desta forma, configura-se como proposta que focava na ruptura da psiquiatria tradicional, ou a antipsiquiatria como foi chamada, com forte influência de Franco

Basaglia, médico psiquiatra italiano, que iniciava sua luta em prol da defesa da psiquiatria Democrática.

Com o apoio de grandes filósofos, historiadores, pensadores, sociólogos e médicos psiquiatras, o movimento da antipsiquiatria toma forma e se torna a oposição central dos tratamentos mais invasivos, que incluíam o encarceramento em massa por desobediência, indução de convulsões e cortes de diversas partes do crânio. O movimento também questionava o uso de psicofármacos de forma abusiva e descontrolada, já que estes sedavam os pacientes e traziam agravos a sua saúde, dado que o corpo se tornava dependente dessas drogas.

> Os medicamentos exercem uma ação indiscutível, da qual pudemos apreciar os resultados em nossos asilos e na redução do número dos doentes “sócios” do hospital. Mas a posteriori pode-se começar a ver como funciona essa ação, tanto a nível do doente como do médico, pois os medicamentos agem simultaneamente sobre a ansiedade enferma e a ansiedade daquele que a cura, evidenciando um quadro paradoxal da situação: através dos medicamentos que administra, o médico acalma sua ansiedade diante de um doente com o qual não sabe relacionar-se nem encontrar uma linguagem comum. Compensa, portanto, usando uma nova forma de violência, sua incapacidade para conduzir uma situação que ainda considera incompreensível, continuando a aplicar a ideologia médica da objetivação através do perfeccionismo da mesma (Basaglia, 1985, p. 128)

O movimento teve um papel importante de denúncia, revelando as atrocidades que os hospitais psiquiátricos cometiam com os pacientes, e foi sendo configurado numa perspectiva de unificar forças, envolvendo os próprios pacientes e os trabalhadores nas críticas e ideias libertarias.

O envolvimento dos pacientes e trabalhadores, junto aos intelectuais e militantes nas manifestações, possibilitou um ganho de força imenso ao movimento, embora este tenha sido marginalizado por desafiar os interesses tanto da burguesia que lucrava com o tratamento na saúde mental, como da supremacia do saber da medicina e da psiquiatria.

De fato, o século XX é o período que mais nos chama a atenção no contexto da formulação da saúde mental e inovações no trato e cuidado com a saúde mental, sendo que as grandes guerras mundiais foram eventos importantíssimos para a melhor compreensão das transformações operadas.

A desestabilização da ordem mundial vigente, com a primeira guerra mundial, marca o período em que o saber de médico é convocado para lidar com as mais diversas questões de desvios e crises emocionais dos soldados.

A experiência de viver dentro do ambiente de guerra, nas trincheiras e diante dos ataques e contra-ataques incessantes, desencadeou terríveis danos emocionais, que a princípio eram tratados como comportamentos covardes, mas, que, em função dos seus agravamentos, passaram a exigir a participação de médicos psiquiatras para compreender o problema da “fadiga de combate” ou “neurose da guerra”. A queda da bolsa de Nova York em 1929, foi outro evento que causou grandes danos à saúde mental da população, que se intensificariam na sequência com a segunda guerra mundial.

A psiquiatria, então, avança em seus conhecimentos, se dividindo entre duas vertentes de pensamento. A primeira diz respeito a psiquiatria organicista, corrente de pensamento alemã que se voltava as tentativas de uniformização dos comportamentos e atitudes, tendo como o principal nome nesta linha de pensamento, Kraepelin.

Já a segunda vertente correspondeu à psiquiatria reducionista, decorrente do pensamento francês, que tinha como defesa a abordagem da doença mental na descrição das patologias como alterações cerebrais. Para esse enfoque, as patologias se dão unicamente no cérebro, cujo órgão responderia por todas e quaisquer questões relacionadas aos desvios ou transtornos mentais. Fortes nomes franceses que se destacaram para esta teoria foram Falret e Bayle, além é claro de Pinel.

O período entre guerras, embora tenha deixado rastros terríveis no contexto mundial, contribuiu fortemente com o desenvolvimento da psiquiatria, da ciência e da indústria farmacêutica. Durante o período entre a quebra da bolsa de Nova York (1929) e o término da Segunda Guerra Mundial em 1945, houve um significativo avanço nos debates acerca dos tratamentos, surgindo, neste contexto, os primeiros sinais de modificações da medicina psiquiátrica e do tratamento em saúde mental.

É no contexto do tratamento dos soldados, que os atendimentos começaram a pautar-se na: imediaticidade, por meio de início do tratamento assim que ocorriam os primeiros sintomas de neurose; na proximidade entre médico e paciente, com conversas pautadas em torno de projetos de futuro e metas para a nova vida; além, do incremento dos psicoterapêuticos que, neste período, ainda se encontravam em testes. É nesse contexto que também se expande a indústria farmacêutica. Desde 1930, cerca de “400 novas drogas eram colocadas no mercado a cada ano, sendo que as prescrições tinham quase quadruplicado” (Santos, 2020, p. 162). Este forte

impacto foi determinante na saúde mental, tendo em vista que as angústias, pusilanimidades e depressões eram o ponto forte dos tratos medicamentosos.

Durante os anos de 1950 e no decorrer de 1960, principalmente na França, na Alemanha, nos Estados Unidos e no Brasil, o movimento de contracultura surge como uma corrente libertária de contestação. Formado maioritariamente por jovens, tal movimento defende a liberdade de valores e modos de vida, negando a perspectiva hegemônico da cultura ocidental vigente na sociedade, quebrando tabus, normas e rompendo com padrões impostos.

O movimento de contracultura questionou fortemente as imposições sociais as quais os indivíduos eram submetidos, desconstruindo a ideia daquilo que é “normal” e aquilo que faz parte da “neurose”. Reconhecendo a legitimidade da atitude rebelde e estabelecendo uma crítica à sociedade tecnocrática e produtivista, defendem uma maneira de viver que permite uma nova compreensão da cultura da razão. Para Maciel (1973, p. 79), “a contracultura da razão humana é, simplesmente, mais ampla e compreende tanto as imagens dos sentidos quanto os métodos da imaginação e da intuição”.

A princípio, o movimento ficou conhecido por seus visuais mais aparentes como cortes de cabelo, roupas coloridas, drogas, músicas e linguagens próprias, além é claro, de um comportamento que qualquer família tradicional desejaria esconder dos outros. Com o passar do tempo, torna-se visível que o movimento significava muito mais do que isso. Significava a mudança política, cultural, estrutural e da singularidade individual. Marcuse e Brow foram importantes pensadores da questão social-psicológica durante o movimento. Engajados com as teorias de Marx e Freud (no sentido de o homem possuir uma falsa consciência a qual este deveria se livrar para então se autorrealizar), deram contribuições que, posteriormente, possibilitaram a contestação de valores do século XX, a partir de princípios psicanalistas.

Um novo paradigma na saúde mental estava então sendo desenhado, questionando o poder do saber médico e das instituições médicas sobre a vida das pessoas, rompendo com a estrutura biomédica e passando a pensar na recuperação dos doentes, ampliando sua liberdade e os capacitando para sua autogestão.

Contudo, o marco na história de reformas do sistema de saúde mental em contexto mundial, se dá no bojo do movimento da psiquiatria democrática que, conforme apontado no início deste subitem, foi idealizado por Franco Basaglia e os médicos psiquiatras italianos. Para Amarante (1996, 2003, 2007), o grupo italiano,

coordenado por Basaglia, colocou em xeque toda a estrutura psiquiátrica, propondo uma ruptura com o antigo modelo manicomial e a desconstrução de seu aparato cultural que legitimava as suas ações.

Para chegar a esta conclusão de ruptura, Basaglia observou os modelos de atenção ofertados na França, na Inglaterra e nos Estados Unidos, o que possibilitou uma nova leitura sobre as formas e condições de tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Suas primeiras ações deram-se no hospital de Gorizia, localizado ao norte da Itália, no ano de 1961, com a instituição do tratamento em comunidades terapêuticas, inspirado e desenvolvido por Maxwell Jones na Escócia e, também, nas psicoterapias institucionais francesas. O hospital tornou-se o laboratório de experiencias na condução de alternativas para as formas de tratamento.

> Passo a passo, começou-se a criar aquela que ficou conhecida como a República dos loucos libertados. Os pacientes que até então eram aprisionados por toda a vida podiam agora esperar ser livres. No entanto, esse processo levou anos. O primeiro departamento a ser aberto, denominado Comunidade Terapêutica, hospedava somente cinquenta pacientes. No biênio 1967-1968, todas as características da comunidade terapêutica basagliana tinham sido estendidas ao hospital inteiro, nomeadamente as assembleias, a autogestão, os debates, a eliminação da hierarquia, os departamentos abertos (Serapioni, 2019, p. 1.175)

Gomes (2013) pontua que, abolindo os métodos agressivos, coercitivos e punitivos, o foco do trabalho de Basaglia se pautava na recuperação da dignidade, dos direitos e da cidadania dos indivíduos, além de uma transformação radical das formas de tratamento. Conforme Serapioni (2019, p. 1.171), apesar de reconhecer os avanços das experiências de tratamento alternativo da França, da Inglaterra e dos Estados Unidos, “a comunidade terapêutica era apenas uma maneira mais sofisticada de impor o controle sobre os pacientes”. Uma verdadeira reforma, e não apenas uma reformulação do espaço asilar, implicaria que “a oposição do paciente ao médico, à organização e à autoridade hospitalar são apenas o primeiro passo para o fortalecimento do paciente, de forma que este possa encarar a realidade e suas contradições”.

Basaglia estabeleceu sua crítica após um período de aplicações práticas nas comunidades terapêuticas, as quais eram baseadas na psicoterapia institucional, notando que, mesmo com uma certa desconstrução do antigo modelo, os pacientes ainda continuavam encarcerados e impedidos de exercerem seu direito de liberdade. Sua construção a respeito deste pensamento pautava-se no diálogo com teóricos

como Foucault e Goffman, além de se apoiar na cultura da esquerda marxista italiana, em particular, no pensamento de Gramsci (Oliveira, 2016).

Com este acúmulo teórico e prático, Basaglia, então, propõe que os técnicos que atuavam na psiquiatria renunciassem as ações terapêuticas imputadas pelas instituições, lutando a favor da construção de atitudes críticas no cotidiano de suas ações, fechando por completo qualquer hospital que mantivesse os doentes presos e devolvendo-os sua liberdade (Gomes, 2013, Oliveira, 2016).

Posicionando-se contra os tratamentos bárbaros e desumanos, Basaglia assume em 1971 a direção do hospital psiquiátrico da cidade de Trieste, na Itália. Para romper com a intensa privação dos direitos humanos e reclusão social, Basaglia, em conjunto com sua equipe, consegue efetivar o fechamento deste hospital, rompendo com o isolamento manicomial e construindo centros de saúde mental e cooperativas de trabalho para empregar os antigos internos dos hospitais.

O conceito de desinstitucionalização passa a ser empregado numa perspectiva de desconstrução a qual passava, também, por uma crítica radical à ciência, à profissão do psiquiatra e às sociedades das quais eles eram representantes. Dialogando com Franz Fanon, este “revoltou-se contra a dupla condenação que afetava os internados, como pacientes mentais e como colonizados, uma dupla expropriação de direitos” (Serapione, 2019, p. 1.178).

Uma nova concepção passa a ser desenhada, estabelecendo o compromisso com aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica e transformação do modelo de atenção. É importante ressaltar que o processo de desinstitucionalização não tinha como pauta a recuperação do indivíduo para exercer o trabalho num sentido capitalista e sim de promover seu bem-estar geral, tratando seu sofrimento e modificando a forma de lidar com este.

Derrida (1989, p. 76-77), apud Gomes (2013), tratando da ação de desconstrução, pontua:

> [...] um gesto a um só tempo estruturalista e anti-estruturalista: desmonta-se uma edificação, um artefato, para fazer aparecer as estruturas, as nervuras ou o esqueleto [...] A desconstrução enquanto tal não se reduz nem a um método (redução simples) nem a uma análise; ela vai além da decisão crítica da própria ideia crítica. É por isso que não é negativa, ainda que muitas vezes, apesar de tantas preocupações, a tenham interpretado assim. Para mim ela acompanha sempre uma exigência afirmativa; diria até que ela não acontece jamais sem amor.

A experiência de Basaglia com a saúde mental foi de tamanha importância que o movimento democrático italiano propôs um projeto de Lei cujo foco de repercussão era o processo de desconstrução do manicômio: a desinstitucionalização. O projeto de Lei foi reconhecido e, posteriormente, aprovado. A Lei Basaglia passou a solidificar a implantação de serviços com foco no avanço da assistência psiquiátrica.

> “A experiência de Trieste mostrou ser possível a constituição de um circuito de atenção ao mesmo tempo que oferece e produz cuidados e novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica” (Amarante, 2007, p. 50).

Através de Basaglia, a saúde mental passou a ter um novo significado. Deixou de ser um desvio, uma anormalidade, uma doença. Sua compreensão perpassou as mais diversas dimensões da existência humana, deixando de ter seu foco como problema de saúde para ser compreendida como um conjunto de bem-estar social. A proposta de Basaglia foi e é a mais importante no contexto da saúde mental mundial, pois evidenciou-se de fato, como a única experiência que revolucionou o sistema, rompendo com os ideários manicomiais e mostrando através da prática, a possibilidade da construção de um novo modelo de assistência. Ao mesmo tempo, a sua perspectiva teve forte influência na experiência de reforma psiquiátrica no Brasil.

2.3 A loucura como fonte do capital

A despeito dos avanços históricos na luta para mudar as concepções e as formas de tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, Lima (2021, p. 04) ressalta que a assistência em saúde mental, se dando de forma concreta e efetiva nas relações de produção e reprodução da vida e sob a égide do modo de produção capitalista, operou sistematicamente tratando o sofrimento psíquico no contexto de “uma força de trabalho que fosse, a um só tempo, dócil e produtiva”.

Conforme apontamos anteriormente, Foucault (1995) evidenciou longamente como o louco não se enquadrava nos moldes de produção capitalista, uma vez que não era dócil e, muito menos, produtivo. Assim sendo, a história da institucionalização da loucura está intrinsicamente relacionada com aparatos legais e institucionais, cujos objetivos não se pautavam na assistência e tampouco no tratamento, mas sim, na segregação entre a força de trabalho produtiva e improdutiva.

Lima, por sua vez, destaca o imbricamento entre os interesses do capital e o tratamento asilar das pessoas em sofrimento psíquico.

> Se o louco não é lucrativo como força de trabalho, ele o é como consumidor dos serviços do manicômio e seus insumos. Se o louco é uma denúncia viva das contradições do capitalismo, ele precisa ser segregado, invisibilizado, silenciado, e, no seu extremo, aniquilado social e objetivamente. Se ele não encontra trabalho – e sequer pode compor o exército industrial de reserva –, pode ser mão de obra barata (ou não paga) no circuito manicomial. E assim sucessivamente. Tudo isso, mais uma vez, evidencia que a relação entre manicômio e capital é extremamente imbricada (Lima, 2021, p. 06).

Assim, mesmo sob inúmeras tentativas de reforma, todo o sistema de atenção à saúde mental tende a perpetuar um modelo assistencial, que opera em função da maximização do lucro.

No Brasil, enquanto a Constituição de 1988 instaurou o Sistema de Seguridade Social integrado pelas políticas de saúde, assistência social e previdência social, o país adentrou, ao longo da década de 1990, num franco processo de contrarreformas implementadas no contexto do Consenso de Washington, aderindo aos princípios do neoliberalismo e da mundialização do capital, sob um discurso de “modernização”, que irão fragilizar a materialização dos direitos promulgados na carta constitucional.

Dessa forma, a implementação do SUS, se dá uma conjuntura, onde diversas articulações do empresariado vinculado ao complexo da saúde, buscam avançar na mercantilização da saúde, ao mesmo passo que se previa o Sistema Único de Saúde, sob os princípios de universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

Com a Constituição de 1988, após um longo processo de luta e mobilização social, a saúde tornou-se um direito social, instituído como dever do Estado e direito do cidadão. A Reforma Psiquiátrica brasileira emergiu no bojo do processo de democratização ganhando fôlego e institucionalidade no início dos anos 1990, consolidando a luta pelo direito à saúde mental e pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

> No Brasil, a política de saúde sempre teve uma racionalidade fragmentada, em geral, curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada no indivíduo, onde a lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós 1964, estava presente. No entanto, com a crise do regime ditatorial e a mobilização dos trabalhadores da saúde, junto com as demais organizações do movimento popular e sindical, em torno de um projeto de reforma sanitária, foi possível incorporar na Constituição de 1988 esse novo projeto de saúde pública, universal e democrática, que é o SUS. Esse sistema, pautado numa racionalidade político-emancipatória, foi concebido

> como proposta de ruptura com a racionalidade instrumental e burocrática anterior na política de saúde. E para isso, além das ações de assistência à saúde, está centrado nas ações de prevenção e promoção à saúde, possibilitando a participação social por meio do controle social, as ações de educação em saúde, entre outros (Soares, 2010, p. 16)

A reforma psiquiátrica, neste movimento, aufere sua conceituação, dedicando-se à desinstitucionalização e almejando a introdução de novas práticas, saberes, valores sociais e culturais. De acordo com Heidrich (2015), o combate à implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social, inscreveu no processo da reforma psiquiátrica as possibilidades e limites das políticas públicas.

A efetivação da reforma política de saúde iniciou-se na década de 1990, encontrando-se ainda hoje em processo de frágil formulação, tendo em vista a ausência de suporte político, a incapacidade de publicização da rede de serviços e, até mesmo, o absenteísmo de mobilizações sociais no intuito de efetivação de marcos regulatórios da assistência com pretensões universalistas.

Com efeito, desde sua implementação, o SUS tem apresentado inúmeros problemas em sua estrutura que incluem aparelhamentos, insuficiência de instalações e de recursos humanos, além da enorme dificuldade de acesso, ao passo que o setor privado cresceu, em sobreposição ao sistema público, sem nenhum tipo de controle (Araújo, 2018).

Essa contradição se torna mais evidente com o avanço do neoliberalismo, sob a hegemonia do capital financeiro, que a partir da década de 1990, impulsionou a privatização do financiamento e da produção dos serviços, efetivação de cortes dos gastos sociais e precarização de políticas sociais, na base da lógica do lucro e da substituição do cidadão como sujeito de direito pelo cliente de serviços.

> Entre os principais interesses do grande capital na minimização do Estado está no que Mandel (1985) denominou de supercapitalização, isto é, o uso e incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade, trazendo para essa área toda a lógica e racionalidade privada, anteriormente ocupada pelas políticas públicas. E a saúde se tornou um dos campos preferenciais desse processo, constituindo-se uma das áreas de maior investimento tecnológico do mundo e de grandes possibilidades no mercado privado – desde os seguros e planos de saúde para os mais diversos segmentos de renda, indústria de medicamentos e equipamentos de saúde, redes hospitalares, redes de farmácia, ações na bolsa de valores, organizações sociais, fundações, etc. (Menezes, 2015, p. 02)

Conforme Contreiras e Matta (2015), é preciso compreender que a disseminação da agenda neoliberal e do conjunto de reformas nos países da periférica do capitalismo foi em grande parte mediada pelos organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, que as incluíram em seu rol de condicionamentos para os empréstimos. No Brasil, para o setor saúde, recomendava-se a redução do financiamento estatal e o aumento da provisão privada. Processo de privatização, caracterizado por uma dupla dimensão:

> O primeiro foi a privatização do financiamento, ou seja, o aumento do gasto privado, que no Brasil está relacionado ao crescimento da saúde suplementar. A indução estatal, nesse caso, é exemplificada pelas políticas de estímulo à demanda, como a dedução fiscal dos gastos do consumidor de planos de saúde. Essas políticas favoreceram a expansão do mercado e geraram uma situação iníqua em que o usuário do sistema privado se beneficia de mais recursos do governo do que o usuário exclusivo do SUS. O segundo processo foi a privatização da provisão, que se refere à contratação, pelo poder público, de estabelecimentos privados para prestação de serviços para o SUS. Esse modelo, predominante antes de 1988, teve sua reprodução assegurada pelo marco legal do SUS – que caracterizou a função complementar do setor privado, com preferência para o setor não lucrativo – e por medidas posteriores de incentivo ao setor privado contratado, que tem sido objeto de fraco controle (Contreiras; Matta, 2015, p. 286-287).

Dessa forma, as reformas neoliberais, estão fundamentadas na desconstrução dos direitos sociais conquistados na Constituição de 88, evidenciando o campo de disputa e os interesses econômicos da burguesia no controle do poder político e econômico no campo da saúde.

Nessa perspectiva Behring (2019), apoiada em Coutinho, argumenta que as reformas neoliberais são processos de contrarreformas que representaram uma escolha político-econômica, a qual redefiniu o padrão de reprodução do capital no país, direcionado à expansão do mercado, ao desmonte dos direitos e à submissão das políticas sociais á logica da mercantilização.

Para Coutinho (2012), que dialoga com Gramsci, o que caracteriza um processo de contrarreforma não é a completa ausência do novo, mas a enorme preponderância da conservação (ou mesmo da restauração) do velho. E nessa perspectiva, este argumenta acerca do claro caráter de contrarreforma das propostas no contexto do avanço do neoliberalismo no país.

> Na época neoliberal, não há espaço para o aprofundamento dos direitos sociais, ainda que limitados, mas estamos diante da tentativa aberta – infelizmente em grande parte bem-sucedida – de eliminar tais direitos, de desconstruir e negar as reformas já conquistadas pelas classes subalternas durante a épocas anteriores. As chamadas “reformas” da previdência social,

> das leis de proteção ao trabalho, a privatização das empresas públicas etc. – “reformas” que estão atualmente presentes na agenda política tanto dos países capitalistas centrais quanto dos periféricos (hoje elegantemente rebatizados como “emergentes”) – têm por objetivo a pura e simples restauração das condições próprias de um capitalismo “selvagem”, no qual devem vigorar sem freios as leis do mercado (Coutinho, 2012, p. 123).

Ao mesmo tempo, os processos de contrarreforma precisam ser compreendidos à luz da nossa formação como nação que, de acordo com Ianni (2004), agregam historicamente traços que misturam o novo e o velho e que ganham particularidade no âmbito do desenvolvimento capitalista brasileiro.

> Aí está uma peculiaridade básica da formação social brasileira, conforme ela se revela no século XX. O presente capitalista, industrializado, urbanizado, convive com vários momentos pretéritos. Formas de vida e trabalho díspares aglutinam-se em um todo insólito. A circulação simples, a circulação mercantil e a capitalista articulam-se em um todo no qual comanda a reprodução ampliada do capital, em escala internacional (Ianni, 2004, p. 60-61).

A forma autoritária e centralizadora que o Estado brasileiro assumiu ao longo do seu processo de formação possibilitou sua utilização como estratégia para alcançar os interesses privados e expandir o capital, num contexto de uma burguesia nacional que não tinha a predisposição para romper com os traços de colônia e engendrar mudanças nos moldes dos países do capitalismo central (Alves Et Al. 2020).

> Ao menor sinal de revolta dos de baixo, a classe dominante volta-se para as nações colonizadoras e realiza conchavos para manutenção dos seus interesses e privilégios. Para isso, realiza reformas ‘pelo alto’ para perpetuar seu domínio, com intuito de modernizar ao mesmo tempo em que conserva. Esta tendência engendra uma dinâmica social particular, que, apesar da incorporação de modernas relações de produção, não elimina as relações arcaicas, essenciais para o seu fortalecimento (Alves Et Al. 2020, p. 166).

Trabalhando com a denominação de contrarreforma pensada por Bravo (2010), que se adequa no sentido de supressão de direitos, a contrarreforma na saúde iniciada a partir de 1990 “cobriu todas as dimensões, dando; ao mercado, a primazia da vida social, à sociedade, um individualismo revigorado e, ao Estado, um papel servidor da reprodução do sistema [capitalista], sem disfarces e sem limites” (Gurgel, 2017, p. 168).

Dardot e Laval (2016) traduzem o neoliberalismo como um conjunto de racionalidades centradas no individualismo e na concorrência vinculadas à lógica de mercado, que passam a reconfigurar a concepção de indivíduo, as ações de Estado, a sociabilidade e as subjetividades. Para esses autores, além dos macroprocessos

econômicos, e por meio desta racionalidade, há uma modificação na concepção e finalidade de Estado, que passa a estar atrelada à lógica individual e empresarial. Nessa perspectiva, discorrem sobre a caracterização do estado empresarial, referindo-se a maneira como os imperativos de competição e maximização da eficiência se apresentam como lógicas norteadoras nos processos de gestão das políticas sociais. E nesta concepção de Estado há um novo arranjo nas formas de operar os serviços públicos, privilegiando as empresas em detrimento dos trabalhadores assalariados, por meio da privatização, terceirização e “pejotização”.

Essa lógica, quando alcança o campo da saúde mental (com o investimento em estruturas privadas de saúde), sob um discurso da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, opera, na realidade, na base da precarização dos serviços, da força de trabalho e do atendimento como um todo.

Dessa forma, nos processos de contrarreformas e de mercantilização da saúde mental, o sujeito em sofrimento psíquico torna-se produtivo dentro dos estabelecimentos psiquiátricos, uma vez que produz lucro ao grande capital.

Conforme Kilsztajn (2008), considerando os dados sobre leitos psiquiátricos no ano de 2004 (conforme tabela abaixo), já após a aprovação da lei Paulo Delgado (Lei 10.216/2001) e com o processo de desinstitucionalização da saúde mental em andamento, fica evidente que os hospitais privados respondiam por 78,8% do total de leitos psiquiátricos ocupados e, do total de recursos do SUS destinados ao tratamento da saúde mental, quase 80% tinham como destino a rede privada, confirmando o processo progressivo de mercantilização da saúde mental, que passa a se agravar na década seguinte.

Número de leitos psiquiátricos ocupados/Sistema Único de Saúde (SUS) por hospital. Brasil, 2004.

Número de leitos por hospital	Até 40		41-120		121-200		Mais de 200		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de leitos ocupados *	2.774	6,1	7.146	15,8	12.193	27,0	23.082	51,1	45.194	100,0
Privados	1.670	3,7	5.270	11,7	10.287	22,8	18.365	40,6	35.592	78,8
Federais	131	0,3	0	0,0	183	0,4	0	0,0	314	0,7
Estaduais	574	1,3	1.593	3,5	1.513	3,3	3.989	8,8	7.670	17,0
Municipais	398	0,9	283	0,6	210	0,5	727	1,6	1.617	3,6
Número de hospitais	259	53,0	86	17,6	77	15,7	67	13,7	489	100,0
Privados	153	31,3	62	12,7	65	13,3	55	11,2	335	68,5
Federais	10	2,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	11	2,2
Estaduais	54	11,0	20	4,1	9	1,8	11	2,2	94	19,2
Municipais	42	8,6	4	0,8	2	0,4	1	0,2	49	10,0
Valor pago/SUS (R$ mil)	32.642	6,7	85.681	17,6	138.359	28,4	230.635	47,3	487.318	100,0
Privados	20.247	4,2	65.082	13,4	117.459	24,1	184.762	37,9	387.551	79,5
Federais	1.550	0,3	0	0,0	1.646	0,3	0	0,0	3.196	0,7
Estaduais	6.740	1,4	17.089	3,5	17.019	3,5	38.882	8,0	79.729	16,4
Municipais	4.105	0,8	3.510	0,7	2.235	0,5	6.991	1,4	16.841	3,5

Fonte: Ministério da Saúde [9].

Nota: todos os percentuais foram calculados em relação aos totais (de leitos, hospitais e valor pago/SUS).

* Leitos ocupados (média anual): dias de permanência divididos por 365 (dados consolidados para a Santa Casa de Nova Granada, Estado de São Paulo, que alterou a razão social durante o exercício de 2004).

Tabela 01 – Número de leitos psiquiátricos ocupados/ Sistema Único de Saúde (SUS) por hospital, Brasil, 2004. Fonte: Ministério da Saúde

Conforme afirma Pereira e Passos (2017), há dois projetos em constante disputa no interior da reforma psiquiátrica no Brasil: um baseado na perspectiva de radicalização da luta antimanicomial, fundamentado nos princípios basaglianos e na Carta de Bauru; e, outro, permeável aos interesses de privatização e mercantilização do grande capital, que ganhou espaço desde os anos 1990, perpassou a gestão dos governos do Partido dos Trabalhadores e se agravou após o golpe de 2016.

Para Delgado (2019, p. 02), o ano de 2017 marca uma profunda mudança no contexto da política de atenção à Saúde Mental, tendo em vista que o governo de Michel Temer “representou na verdade o abandono dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial consolidados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com risco real de retrocessos das políticas de saúde mental no país”.

Não é por acaso, que em 2018, o Ministério da Saúde aumentou em 60% o valor pago pelas diárias dos leitos de hospitais psiquiátricos, indo na contramão da Lei 10.216/2001 e das demais portarias que redirecionaram o modelo assistencial em saúde mental. Em 2019, no governo de Jair Bolsonaro, publica-se uma nota técnica argumentando-se a necessidade de ampliação de leitos psiquiátricos, financiamento de eletrochoque, internação de crianças e adolescentes e ampliação das

comunidades terapêuticas. Já, no final de 2020, o governo propôs a revogação de mais de cem portarias que sustentam a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Passos, 2021).

Nesse contexto, nota-se a necessidade de evidenciar com mais detalhes, o processo que resultou na contrarreforma da política de saúde mental brasileira, uma vez que, após 21 anos desde a promulgação da lei n° 10.2016/2001, o avanço das forças conservadoras, após o golpe de 2016, reeditou as práticas manicomiais e recriou, sob novas facetas, estratégias de violação de direitos, conforme o exemplo das comunidades terapêuticas (Pereira; Passos, 2017).

3 EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O diálogo com Michel Foucault a respeito do controle sobre o corpo do outro, e em particular da loucura, auxilia a compreender as matrizes subjacentes no processo histórico de implantação do sistema de atenção à saúde mental no contexto brasileiro. No Brasil, assim como no resto do mundo, o modelo de atenção nasce sob o pressuposto de confinamento, isolamento e ordenamento das pessoas em sofrimento psíquico.

Até hoje, embora os locais de internações particulares sejam vendidos como hotéis luxuosos, que possuem instalações e quartos mobiliados de acordo com a vontade do paciente, eles continuam a perpetuar formas diversas de isolamento que se distanciam da atenção preconizada pela política nacional de saúde mental (Vasconcelos, 2008; Amarante, 2007).

O presente capítulo objetiva analisar o processo histórico de constituição do modelo de assistência à saúde mental no Brasil, tendo como referência, especialmente o período da década de 1990 a 2010, que contará com as primeiras manifestações de uma possível reforma psiquiátrica democrática em uma agenda pública nacional, ao mesmo passo que se visualiza a contrarreforma na política de saúde mental

3.1 O primeiro Hospício Brasileiro e as colônias de tratamento

Conforme apontado por documentos históricos, o modelo asilar no Brasil foi instituído a partir das ideias do alienismo francês que, centrado no saber médico, concebeu “a loucura em um objeto de análise, considerando seu caráter de periculosidade, o que implicava no isolamento dos doentes” (Brasil, 2014). O Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro, cuja criação havia sido autorizada por decreto em 1841 e sua inauguração ocorrida em 1852, foi o primeiro estabelecimento no país dedicado ao tratamento da saúde mental.

Seu surgimento tem como antecedentes uma série de denúncias que demonstram a forma punitiva no tratamento da loucura, tão discutido por Foucault. Em 1832, registros da Câmara Municipal do Rio de Janeiro evidenciavam a precariedade

das cadeias e da enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, “para onde passaram a ser levados os alienados sem posses e violentos”. Nesse contexto, surgem os primeiros protestos para a criação de um asilo adequado, advogando a necessidade de locais específicos e de tratamento mais humano para as pessoas em sofrimento psíquico. As denúncias da precariedade dos estabelecimentos foram reiteradas, em 1835, pelo Presidente da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, no periódico *Diário da Saúde*, relatando o tratamento a que eram submetidos os pacientes, apartados do convívio social, em locais inadequados e imundos, tanto nas cadeias como na enfermaria, bem como a utilização do acorrentamento no tronco como forma de tratamento e repressão dos internos (Fiocruz, 2013, p. 64).

Figura 01 – Hospício Pedro II, 1852

Constam ainda registros, em 1839, na Academia Imperial de Medicina, que descrevem “a assustadora situação vivenciada pelos doentes que ficavam acumulados em pequenas células, sem janelas (...), sendo que o único passeio para os doentes era feito num corredor comprido de aproximadamente cinco metros de comprimento por dois de largura” (Fiocruz, 2013, p. 76).

Se os antecedentes permitem evidenciar as marcas históricas da concepção e tratamento da loucura, a criação do primeiro estabelecimento específico de atenção à saúde carrega também os interesses político e econômico em disputa que já se faziam presentes desde a época da colônia.

> A criação do Hospício representou muito mais do que uma simples homenagem piedosa e desinteressada ao novo Imperador, pois era parte da disputa de poder entre a Junta de Higiene Pública e a Santa Casa da

> Misericórdia do Rio de Janeiro. A Junta de Higiene Pública, criada em 1850, tinha como objetivo a prevenção de focos de doenças, e pretendia para isso interditar cortiços e moradias alugadas aos operários pelos benfeitores da Santa Casa. A estratégia da Santa Casa, ao contrário, era simplesmente de reformar o seu antigo hospital e afastar dos centros urbanos as fontes de miasmas, como o cemitério e as enfermarias de doenças contagiosas, e de caos, como o hospício de alienados. Uma demonstração do poder da a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, cujo provedor era membro do Conselho de Estado do Império, foi a enorme quantidade de recursos disponibilizados pelo Governo Imperial para a construção do Hospício, oriundos em sua maioria de loterias. Pelo decreto nº 566 de 10 de julho de 1850, o Governo outorgou-lhe mais vinte loterias além das duas que lhe haviam sido concedidas pela Assembleia Provincial de 19 de junho daquele ano. Além desta fonte de recursos, que chegou a abalar a pequena indústria, tradicional destino das loterias, a Santa Casa conseguiu mais de quinhentos contos de réis em doações, motivadas estas em grande parte pelo pânico causado pela febre amarela, bem como pela concessão de títulos ou comendas imperiais aos benfeitores (Fiocruz, 2013).

Dentro do hospício, a estrutura previa três serviços: econômico/ocupacional, sanitário e religioso, revelando o caráter disciplinador da atenção, na perspectiva de normatizar, administrando a vida e os corpos dos pacientes para o seu enquadramento nos moldes da sociedade. O poder médico centrado entendia que, unindo forças como o controle e a punição, os indivíduos poderiam se adaptar ao meio social novamente. Conhecido como Palácio dos Loucos, a maioria dos pacientes eram descritos pelos médicos como “incuráveis”.

O espaço terapêutico possuía distribuições – por sexo, classe econômica e comportamento – para alocar os pacientes nos pavimentos. Enquanto os que pagavam eram alocados em acomodações de 1ª classe (quarto individual), os denominados indigentes eram alocados em enfermarias (quartos para 15 pessoas). (Brasil, 2014).

Figura 02 – Projeto Pedro II, 1841

Dois anos após o término de sua construção e inauguração, o hospital já havia atingido sua lotação máxima, além de tornar-se alvo de constantes críticas sobre os tratamentos ofertados, os critérios discricionários de admissão e sobre a administração da instituição que, até então, fazia parte da Santa Casa da Misericórdia.

Diante dessa polêmica, o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e passa a fazer parte da Assistência Médica Legal de Alienados, mas orientada para aqueles que tivessem plenas capacidades de exercer trabalhos industriais e agrícolas. Concomitantemente, e relacionada à chegada dos republicanos no poder, as grandes colônias são criadas, mas mantiveram a premissa terapêutica de trancar/ isolar como forma de tratamento da doença mental.

Caracterizada como a primeira “reforma” no âmbito da psiquiatria brasileira, as grandes colônias foram construídas em vastos campos rurais, afastadas das grandes cidades, mas perpetuaram os traços disciplinantes e produtivos, na base de “tratamentos”, com forte componente do trabalho e do desenvolvimento de habilidades ocupacionais, como meio para a superação e inserção e convivência na comunidade. Para Resende (2007), o trabalho tornou-se, assim, o início, o meio e o fim do tratamento.

Embora as estruturas contassem com campos abertos e enormes, o problema da superlotação e tratamentos indignos permaneceram assolando o modelo de atenção à saúde mental. Com uma média anual de 600 novas entradas, as colônias

apresentavam diversos episódios de fugas, além da falta de abastecimento de água e condições mínimas de sobrevivência. Encerrado em 1920, este período mantém “inalterado a destinação social do hospital psiquiátrico, e a despeito da substituição da psiquiatria empírica pela cientifica, destaca-se pela ampliação do espaço asilar” (Resende, 2007, p. 91).

Na década de 1930, já há registros documentais de tratamentos de choques como modalidades de cura para as doenças mentais. Documentos do Ministério da Saúde pontuam que “apesar de toda a evolução dos estudos sobre a mente, entre 1940 e 1960, algumas terapias beiravam a barbárie” (Brasil, 2003, p. 67).

Amarante (1994) recupera esses documentos ao analisar esse período pontuando que hospícios apresentavam, como novas instalações, amplos centros cirúrgicos para a realização de lobotomias, insulinoterapias, malarioterapia etc. Destaca, ainda, que o avanço da farmacologia também é aparente neste período, demonstrando traços que se tornariam mais evidentes em décadas posteriores: a importância da indústria farmacêutica e a disseminação da ideia de que o louco era mais fácil de tratar estando “dócil” ou mais tolerável (defendida pelo movimento de “higiene preventiva”).

Contrária às ações domesticadoras medicamentosas e tratamentos bárbaros, a atuação da psiquiatra brasileira Nise da Silveira, na década de 1940, é uma marca na luta e mobilização contra as atrocidades exercidas em pessoas em sofrimento psíquico. Atuando no corpo médico do Centro Psiquiátrico Pedro II, está se posicionou contrária ao uso de eletrochoques, de camisa de força e do isolamento dos pacientes, além de ter desenvolvido uma série de atividades terapêuticas voltadas a arte manual, pinturas, desenhos e esculturas.

A partir da década de 1940, são organizadas as ações político-assistenciais, no intuito de modernizar e ampliar a assistência em saúde mental. Foi criado, em 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde.

> O objetivo era cobrir todo o território nacional de instalações nas quais os doentes recebessem atenção estatal. Era preciso, que as demandas fossem igualadas, de modo a respeitar o cálculo de 2 leitos para doentes mentais para cada 1000 habitantes. Dessa forma, a construção de novas instituições psiquiátricas reduziria a superlotação das já existentes. (Braga, 2013)

Para Venâncio (2011), o SNDM não modificou a lógica de tratamento, uma vez que carregou consigo, desde sua criação, arcabouços institucionais e ideias

programáticas que eram realizadas nas décadas anteriores. Dessa forma, a rede de atenção que foi ampliada com a criação de novos hospitais manteve a lógica de abrigamento e isolamento em equipamentos, que ainda assim, eram insuficientes.

As estruturas permaneceram inalteradas, cheias e esgotadas até meados da década de 1960. As atrocidades cometidas nesse período eram indescritíveis. De acordo com Amarante (1994), é quase impossível obter alguma memória de investimento público efetivo desse período para o tratamento da doença mental, uma vez que o setor privado exercia forte pressão no aparelho do Estado.

Menicucci (2003), ao analisar o processo histórico de constituição do modelo de assistência à saúde como política setorial, destaca que as opções governamentais, desde a década de 1930, e, de forma particularmente acentuada, a partir dos anos 1960, favoreceram a constituição de uma forma determinada de articulação entre as assistências pública e privada, na base da expansão do sistema privado (seja pelo crescimento das entidades privadas de prestação de serviços de saúde, que passaram a contar com um mercado cativo por meio do sistema público, seja, pela consolidação do segmento empresarial, que passou a organizar formas privadas de assistência em saúde, na base da disputa pela alocação de recursos financeiros públicos).

Nesse sentido, ao consolidar a ênfase privada e a mercantilização dos serviços de saúde, a intervenção do Estado favoreceu o fortalecimento dos atores e a estruturação dos interesses privados, que iriam disputar, nas décadas posteriores, a direção política no processo de materialização da reforma sanitária.

3.2 A indústria da Loucura e o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental Brasileiro

Como destacado no capítulo anterior, após ser questionado em diversos países após a guerra, o tratamento asilar foi contestado por vários movimentos na França, na Inglaterra e nos EUA. Para Fonte (2012), enquanto esses movimentos propunham um rearranjo técnico-científico e administrativo da atenção psicossocial em saúde mental, observava o aumento expressivo da rede de hospitais psiquiátricos no Brasil.

O período da ditadura cívico militar (1964 – 1985) é um marco divisório no processo de privatização do sistema de saúde mental no país. O sistema privado passou a ser quase que inteiramente responsável por gerir a atenção

socioassistencial, dobrando o investimento em leitos psiquiátricos (Martins, 2019; Menicucci, 2003).

> Foram os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência dos trabalhadores e seus dependentes, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados, que floresceram rapidamente para atender a demanda. As internações passaram a ser feitas não apenas em hospitais públicos (que, dadas as suas precárias condições, permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculos com a previdência social), mas em instituições privadas que eram remuneradas pelo setor público (Fonte, 2012, p. 9)

Dessa forma, o sistema consolidava-se por meio da sua mercantilização através de subsídios oriundos do poder estatal e sob um método de tratamento que consistia em garantir o maior número de internações por tempo indeterminado, assegurando assim a sua fonte de lucro.

Segundo Faleiros (2009), o crescimento expressivo do número de hospitais psiquiátricos privados da época, fez com que esse período fosse conhecido como a “indústria da loucura”. O aumento progressivo de leitos psiquiátricos privados contribuiu para a reclusão e desempoderamento dos pacientes e de suas famílias, além é claro, da constante disputa do louco como mercadoria.

Sob um regime que operava intensamente com a repressão, afetando diretamente as organizações e movimentos sociais, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com a perspectiva de romper com o modelo hospitalocêntrico manicomial.

A crítica de uma parcela dos trabalhadores em relação à lógica cruel e obsessiva de controle e venda dos corpos dos sujeitos em sofrimento psíquico, foi intensificada no contexto da crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) no ano de 1978.

Com suas operações completamente sucateadas, inclusive em seu quadro de funcionários, tendo em vista que eram compostos em sua maioria de bolsistas, com níveis de graduação incompletos, que exerciam funções de psicólogos, assistentes sociais, médicos e chefias, as ações e o tratamento aos asilados eram insuficientes e ineficazes, chegando ao ponto de ocorrer mortes por desnutrição, desidratação e hipotermia.

Documentado por Arbex (2013), a violação dos direitos humanos e da dignidade humana no tratamento da saúde mental no Brasil, nas colônias e hospícios, é registrado como um verdadeiro genocídio. Mais de 60 mil pessoas teriam morrido

em função de maus tratos, negligências e tratamentos agressivos. Diante do intenso quadro de lotação em instituições que se assemelhavam a espaços de tortura e do alto índice de função dos pacientes, os corpos ficavam expostos nos pátios de convívio por dias ou até mesmo meses, quando não eram vendidos para as faculdades de medicina e de enfermagem. Porém, com a crescente incidência de mortes a partir de erros médicos e aumento exponencial do índice dos internados, as universidades passaram a não dar mais conta de receber esses cadáveres, e os corpos eram desovados em terrenos clandestinos e/ ou enterrados como indigentes, já que não possuíam sequer identificação. A autora destaca que, em 1960, do quadro de internados, apenas 30% possuíam diagnóstico médico vinculado à saúde mental, sendo o restante população “sobrante” de uma sociedade moldada na base do moralismo e do dever ser produtivo. Assim, pobres, mendigos, prostitutas, adolescentes grávidas e os “loucos”, acabavam tendo o mesmo destino nessas instituições.

É nesse contexto que se processa a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, que passa a ser questionada pela sua lógica hegemônica de encarceramento. As denúncias sobre as situações de violências, negligências e irregularidades efetuadas pelos bolsistas que atuavam nos estabelecimentos tornam-se públicas e sua proporção deixou de ser local e passou a ter relevância nacional.

Como resposta às denúncias e numa tentativa fracassada de controlar o movimento e romper com as reivindicações, a DINSAM demite 260 funcionários, dentre eles, estagiários e profissionais. O forte descontentamento com o tratamento da doença mental, além das demissões em massa, foi o estopim para que outros setores e profissionais passassem a compor o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

A gravidade das denúncias, além do forte apoio dos mais diversos setores da sociedade, tornou público o debate e a pauta do movimento, que se fez presente nos meios de comunicação durante alguns meses. Dessa forma, a questão da saúde pública e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico irromperam na cena pública e o MTSM tornou-se sujeito central no processo de construção e solidificação das bases da luta coletiva e criação de alternativas na perspectiva dos direitos.

Reivindicando, a princípio, melhores condições de trabalho, salários justos, entre outros, o movimento ganha impulso e passa a clamar a necessidade de

transformação do sistema de saúde e a defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, pautando o debate sobre a sua desinstitucionalização no Brasil.

Para Amarante (1995), o MTSM foi o primeiro movimento em saúde com participação popular, que contava não somente com a participação de profissionais da saúde como, também, de movimentos e organizações sociais, entidades, amigos, familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Essa composição trouxe à tona diversas reivindicações da classe operária, e dessa forma, o MTSM assume um papel que contribui na direção da formação do sujeito político que irá a se contrapor aos valores, ditames, concepções e formas de tratamento da saúde mental, típicas da cultura dominante. Dessa forma, amplia-se a luta em torno do movimento de reforma da saúde mental.

A contribuição da experiência italiana e do pensamento de Franco Basaglia alimentaram a pauta das reivindicações do movimento que consolidou, como principal bandeira, a questão da desinstitucionalização e do rompimento com a lógica excludente manicomial.

É bom lembrar que, em 1979 (durante uma viagem ao Brasil), Franco Basaglia, chegou a visitar alguns hospitais psiquiátricos brasileiros e os comparou com os campos de concentração nazistas, pelas violências e crueldades observadas nessas dependências (Oliveira, 2016).

Oliveira (2016), inclusive, pontua que Antonio Soares Simone, psiquiatra brasileiro, relatou que as reações de Basaglia ao visitar os manicômios foram de profunda tristeza e abalo pois, mesmo após uma série de denúncias através de documentários e reportagens, estes ainda reproduziam de forma natural os maus tratos sem quaisquer perspectivas de mudanças.

O primeiro Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo, no mesmo ano da visita de Basaglia ao Brasil, foi um evento que culminou com a consolidação da perspectiva de ruptura contra o sistema de reclusão como solução para o trato da doença mental. Esse Congresso teve como principais temas de debate: “Saúde Mental e a Política Nacional de Saúde”, “Condições de Assistência ao doente Mental” e “Condições de Trabalho em Saúde Mental”.

Mesmo com a forte pressão exercida pelo movimento, na perspectiva de romper com a institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico, a rede privada de hospitais e manicômios continuava crescendo de forma descontrolada, ao passo que a rede pública crescia de forma bem mais contida (Messas, 2008).

Conforme Menicucci (2003, p. 73), “a partir dos anos 70, haverá uma verdadeira estagnação na capacidade relativa da rede hospitalar pública (medida pelo número de leitos), que se manterá praticamente inalterada até a década de 90, o que terá como contrapartida o crescimento da importância da rede hospitalar privada”.

Anos	Leitos hospitalares			Anos	Leitos hospitalares		
	Públicos %	Privados %	Total		Públicos %	Privados %	Total
1935	36,69	63,31	61.877	1981	23,9	76,1	522.769
1945	44,60	55,40	124.339	1982	24,0	76,0	530.501
1950	46,13	53,87	162.515	1983	23,9	76,1	534.055
1960	37,89	62,11	257.371	1984	23,7	76,3	538.721
1965	36,97	63,03	228.545	1985	25,8	74,2	532.283
1971	33,90	66,10	367.522	1986	22,4	77,6	512.346
1975	31,60	68,40	394.782	1987	22,3	77,7	519.698
1976	26,80	73,20	443.888	1988	22,9	77,1	527.196
1977	26,60	73,40	455.712	1989	22,9	77,1	522.895
1978	26,20	73,80	475.452	1990	23,4	76,6	533.558
1979	24,30	75,70	488.323	1992	24,8	75,2	544.357
1980	24,10	75,90	509.168	1999	29,6	70,4	484.945

Tabela 02 – Leitos Hospitalares no Brasil, 1935-1980. Fonte: Menicucci, 2003.

Realizada em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de mais de 4.000 pessoas, foi resultado de um intenso processo de discussão, que unificou diversas instituições que atuavam no setor, além da sociedade civil e grupos profissionais e, tornou-se um marco no debate da saúde como direito e dever do Estado, formulando os princípios para a constituição de um sistema nacional e público de saúde, que até então, estava hegemonizado pela sua privatização e pela preponderância da destinação de recursos públicos aos setores privados.

A mudança ocorrida em decorrência da VIII Conferência culminou em uma avalanche de novas mobilizações que passaram a exigir, não apenas uma reforma administrativa e financeira, mas uma “uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e a sua correspondente ação institucional”. Pressupunha, portanto, uma ampla revisão da legislação no que dizia respeito à promoção, proteção e recuperação de saúde, constituindo-se no que ficou convencionado em chamar de Reforma Sanitária (Brasil, 1986, p. 2).

Por sua vez, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em seu segundo congresso (em 1987) e através de uma marcha nas ruas de Bauru, realizou a primeira manifestação pública com cerca de 350 profissionais, recusando por

completo o cenário de exclusão e violência perpetuado pelas instituições que desrespeitavam os direitos básicos da pessoa humana (MTSM, 1987).

A marcha, que ficou conhecida pela luta dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico, pautou-se na luta pela reversão do modelo hospitalocêntrico, fortalecendo o princípio de desospitalização, além de criar o lema “por uma sociedade sem manicômios” e estabelecer o dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Entende-se que, a partir deste momento, o movimento contra hegemônico pela reforma psiquiátrica agrega aspirações das classes e grupos subalternos, que passaram a se manifestar enquanto classe trabalhadora. A exaltação libertária que surgiu através dessas críticas esperava possibilitar a construção de um futuro com maior participação dos sujeitos no interior das decisões políticas (Marques, 2012).

Em decorrência desse amplo processo de mobilização, é criado, em 1986, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, substituto ao modelo hospitalocêntrico, tornando-se uma referência nas construções de política da saúde mental. Embora consideremos que a sua criação tenha sido uma vitória para o movimento, ao analisar a construção do modelo substitutivo de atenção à saúde mental, é necessário considerar e desvendar criticamente essa conquista no contexto do estado autocrático brasileiro, que operado sob o comando do grande capital e do estado burguês, redimensionou, consolidou e reorganizou políticas setoriais em proveito dos monopólios privados que disputavam a saúde mental como mercadoria.

Diante de uma conjuntura de crise econômica, política e social no Brasil, a ditadura militar reprimia, censurava e mantinha sob pressão os trabalhadores e sindicatos (Yasui, 1999). Contudo, Costa Rosa (1987) propõe uma análise interessante sobre este período destacando a importância desses movimentos e de suas reivindicações no campo da saúde mental, utilizando os conceitos de “Processo de Estratégia de Hegemonia” e de “intelectuais orgânicos” de Gramsci, os quais nos permitem analisar as linhas de composição das forças sociais que passaram a disputar o processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

Em contraposição ao modelo privatista e hospitalocêntrico medicalizador, emergia o seu antípoda, o modelo psicossocial, que se opunha ao assujeitamento do indivíduo em sofrimento psíquico reivindicando “a compreensão ampliada acerca desse sofrimento, criticando a internação e a medicalização, além de inspirar a criação dos estabelecimentos psicossociais inseridos nas comunidades” (Shimoguiri, 2017, p. 389).

Por outro lado, embora o processo de reforma tenha evidenciado um conjunto articulado de valores e interesses que buscavam romper com a forma dominante de operar a saúde mental, ele também expressou um processo de polarização entre os diversos segmentos envolvidos, que tinham interesses contrapostos.

Como pontuado por Gruppi (1978), a intensa capacidade da hegemonia em elaborar sua visão de mundo, própria e autônoma, estabelece o convencimento de todas as classes, que passam a assumir essa concepção como universal, abrangendo a totalidade da vida social.

Para Devera & Rosa (2007), o conjunto de reivindicações, ativas, passivas e até mesmo as aparentemente inadvertidas, ao questionar de forma organizada e colocar em cena pública um movimento de ruptura, contrapõe-se à hegemonia dominante, consolidando, desta forma, aspirações e interesses das classes e grupos subalternos. A ruptura dos valores hegemônicos dominantes se dá no contexto das lutas políticas organizadas, pois o combate individual mesmo contrário às ideias dominantes não é, e nunca foi, suficiente para promover os processos de transformação.

É preciso compreender, no entanto, que o processo de organização e disputa política provoca o tensionamento entre os interesses de classe expressos no Estado, questão que se tornará evidente ao analisar o modo em que a proposta de reforma sanitária e psiquiátrica se processa no país no final do século XX.

3.3 A Lei Paulo Delgado. Esperanças por um novo recomeço

É no contexto de intensa mobilização e de luta pela redemocratização do país que, durante a presidência de Sarney (1985-1990), é promulgada a Constituição de 1988, conhecida como a constituição cidadã, que se caracteriza por ser amplamente democrática e liberal.

O lema “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, consagrado na Constituição, propiciou inúmeros ganhos e benefícios a um dos movimentos mais importantes e significativos na história do país, a reforma sanitária, e que irão desaguar em 1990 com a constituição do Sistema Único de Saúde Público, materializando o direito à saúde, por meio de um sistema de caráter público, descentralizado e participativo.

O movimento desde o seu surgimento, buscava alterações estruturais na política de saúde que, até então, se expressava no caráter discricionário do acesso e na baixa qualidade dos serviços prestados. Na saúde mental, a crítica aos princípios higienistas e mercantis, que determinaram a lógica da internação e reclusão como a mais apropriada ao tratamento do sofrimento psíquico, impulsionou o debate e a pressão popular por intervenção direta neste processo, sobretudo após a conquista da efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Posto, através da Reforma Sanitária, que as decisões a respeito do SUS deveriam ser organizadas através da participação e do controle social, passou-se a questionar se os pacientes psiquiátricos dos grandes asilos e manicômios estavam de acordo com o tratamento ofertado e se havia o consentimento deles na realização das medidas de hospitalização.

Sabendo que este cenário esperado era algo completamente inalcançável, dado o caráter repressivo dos hospitais psiquiátricos no país, o deputado Paulo Delgado, em consonância com as reivindicações do MTSM e familiares de pessoas em sofrimento psíquico, formulou o projeto de Lei n° 3.657 do ano de 1989.

No dossiê (PL 3657/1989, p. 192), o Vereador Macedo Bastos do PMDB explicita que os documentários, as matérias de TV e os filmes passaram a ser expostos na mídia, numa tentativa de tornar público a realidade cruel da vida dos internados nesses estabelecimentos, que não detinham as mínimas condições de tratamento. Este pontua, também, que a maior parte dos internados sequer apresentava algum tipo de patologia para internação, porém, com o convívio intenso, acabaram por desenvolver tais sintomas.

O projeto de lei que versava sobre a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação de novos leitos por parte do poder público, além de regular o acompanhamento da defensoria pública para internações compulsórias e resguardar os direitos e a fiscalização dos serviços psiquiátricos, se deu em decorrência de um intenso debate sobre a questão da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

Sob a influência da Carta das Nações Unidas, o documento elaborado e concluído em 1991, através da Assembleia Geral n° A/ 46/ 49 – 17/12/91, intitulado de “Princípios para a proteção das pessoas que padecem enfermidades mentais e para melhoria da assistência em saúde mental”, questiona a participação efetiva dos atendidos. Por sua vez, Ivan Araújo (PL 3657/1989, p. 197), representante das

Entidades de Representação dos Médicos, em seu parecer para o Ministério da Saúde a respeito do projeto de lei, pontua que o saber médico psiquiátrico “não pode contribuir para o desrespeito, a discriminação, a subjugação do ser humano [...], mas, colaborar para que o ser humano cresça e alcance, em toda a plenitude, sua liberdade, realizando plenamente sua dimensão humana”. E, como encerramento do seu parecer, pontuava: “muito terá ainda que ser feito para que os doentes mentais sejam tratados de forma digna e sejam vistos como cidadãos”.

As solicitações de aceleração, de tramitação, de apoio e de aprovação da lei foram inúmeras. Além disso diversas instâncias, desde a sociedade civil até associações e entidades profissionais, se uniram para pressionar os políticos.

A luta incessante para potencializar a voz das pessoas em sofrimento psíquico se intensificou através da II Conferência Nacional de Saúde Mental, do II Encontro de Usuários e Familiares do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, e dos encontros nacionais que ocorriam no decorrer da década de 1990.

Enquanto a sociedade civil se organizava em torno da defesa pela cidadania e desinstitucionalização dos doentes mentais, pressionando a aprovação da lei, a Câmara dos Deputados expressava o interesse do capital privado, ao mostrar-se contrária ao projeto, uma vez que o fechamento dos hospitais psiquiátricos implicaria em grandes perdas econômicas (Pereira, 2004).

De acordo com o Dossiê da PL 3657-1989, a justificativa para aplicação da Lei se dava na perspectiva de que hospitais psiquiátricos, asilos e manicômios eram recursos completamente ineficazes e inadequados para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais. É posto também que, com a privatização destes espaços, mais de 100.000 leitos eram remunerados pelo setor público, sendo 20.000 deles, remunerados pelos estados. A ruptura com a lógica privatista era discursada como ameaça de colapso do atendimento, questão que, inclusive, foi pontuada como justificativa na emenda modificativa, que tratava da eliminação do hospital psiquiátrico.

> “A eliminação do hospital psiquiátrico como um instrumento terapêutico redundaria num retrocesso na assistência psiquiátrica nos dias atuais. O projeto em questão, inspira-se na chamada LEI BASAGLIA que, a despeito de suas intenções meritórias, teve consequências funestas no desenvolvimento assistencial do doente mental italiano” (Dossiê PL 3657-1989, p. 113).

A utilização do sistema de cuidado italiano como referência negativa para a aprovação das ementas do projeto de Lei dava-se no sentido de que o rompimento com a lógica manicomial e a inclusão/ênfase de tratamentos em programas socioassistenciais não seria possível dada as condições e a capacidade estatal instalada.

Embora muito discutido que sujeito em sofrimento psíquico necessitava de uma rede ampla e de ambientes que, por si só, ajudassem em sua reintegração, as ementas que falavam sobre a diminuição dos leitos psiquiátricos sempre eram barradas. Fica evidente que o cenário econômico da venda e manutenção destes corpos pelo capitalismo era de extrema importância, a ponto de mobilizar a grande massa de deputados a não permitir que a câmara prosseguisse com o projeto.

Nessa disputa de interesses econômicos, políticos, sociais e culturais, a proposta do projeto de Lei n° 3657, do ano de 1989, ocorre somente, uma década depois, sofrendo alterações substantivas. Assim sendo, depois, de muitas idas e vindas, o projeto finalmente torna-se a lei 10.216 no ano de 2001,

> "Após doze anos tramitando no Congresso Federal, o projeto de lei sai do Senado e retorna a Câmara dos Deputados como substitutivo do senador Lucídio Portela. Em 06 de abril de 2001, a lei foi finalmente aprovada. O texto aprovado difere bastante do projeto de Lei Paulo Delgado, especialmente no que se refere à reversão do modelo assistencial e à extinção dos manicômios no país". (Heidrich, 2007, p. 117)

Nos pareceres das Comissões de Seguridade Social e Família e de Constituição e Justiça, verifica-se, nas palavras de Carlos Mosconi (bloco/PSDB-MG), a crítica do período de tramitação do projeto sob a justificativa de aprimoramento da lei no Senado Federal. Reitera ainda que, em sua opinião, o projeto que recebeu na Comissão de Seguridade Social e Família "nada tinha a ver com o projeto original do Deputado Paulo Delgado, que adotava uma linha na modernização da atenção psiquiátrica, da política de saúde mental no País, que até aquele momento não tinha avançado quase nada". E afirmava:

> Possuíamos – como ainda possuímos, infelizmente – manicômios medievais, que cuidavam dos doentes como se não fossem seres humanos. Eram verdadeiros depósitos de gente que não tinha a menor condição de sair dali com perspectiva de melhora, ficando quase que condenada a uma prisão perpetua. O projeto original do Deputado Paulo Delgado visava dar ao setor modernidade, eficiência, caráter humanitário, competência profissional e dignidade que o cidadão, o ser humano por ele atendido merecia. Então, o projeto do Deputado Paulo Delgado, que tive oportunidade de relatar nesta Casa, realmente buscava aprimorar a legislação e traçar um norte para a

> saúde mental e a atenção ao paciente psiquiátrico em nosso País. Sr. Presidente, Sras. e Srs. Deputados, não consigo definir no projeto ora em debate uma linha de ação, um direcionamento que me possa garantir tenha ele a intenção, o viés de querer, realmente, avançar consideravelmente quanto à atenção psiquiátrica. [...] Sr. Presidente, procurando ser coerente e fazer o melhor possível, dentro daquilo que me cabe, não tenho como oferecer meu voto pela aprovação do substituto. Meu parecer é contrário ao substituto porque, no meu modo de entender, ele não representa aquilo que nós queríamos há dez anos, assim como não representa nem de longe o atendimento as necessidades do setor, e também não representa aquilo que as entidades e os pacientes do segmento psiquiátrico pretendem, para terem garantia de atendimento eficiente, seguro e moderno para setor tão importante ”(Dossiê PL 3657-1989, p. 159)
>
> .

Com 11 votos a favor e apenas 1 voto contrário, o projeto de lei foi finalmente aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça e submetida ao plenário do Senado cuja aprovação final ocorreu na data de 06 de abril de 2001.

Para Oliveira (2016), a partir de então, o atendimento comunitário no Brasil passou a dispor de uma política menos invasiva e com uma perspectiva mais humanizada. A implantação da rede de atenção psicossocial foi regulamentada e os serviços passaram a adotar sistematicamente o projeto de reinserção dos usuários na sociedade.

É certo que, mesmo nos serviços substitutivos há, ainda, grandes questões relacionadas a institucionalização do sujeito em sofrimento psíquico, diante da persistência de uma prática, inadequada, excludente e completamente contrária a proposta inicial de desinstitucionalização (Amarante, 2007). É preciso pontuar, também, as críticas ao sistema, que diariamente segrega e exclui nos diversos espaços as pessoas em sofrimento psíquico, que deveriam ser acolhidas, não lhes sendo assegurado, através das políticas sociais, os seus direitos e a prática de sua cidadania, conforme definidos na legislação brasileira. Mesmo após uma longa trajetória coletiva de intensas críticas e da falência do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico, vê-se ainda de forma muito presente a luta hegemônica entre visões teórico-técnicas, ideológicas, éticas e culturais na transição para o modelo ideário de Paradigma Psicossocial (Shimoguiri; Rosa, 2017).

Amarante (2007) reforça que, além da construção de novos equipamentos, é ainda mais do que necessário uma mudança sociocultural, que deve estar aliada à dimensão jurídico-ético-política. Mudança esta que passa por desconstruir os valores hegemônicos que perpetuam o lugar social da loucura no gerenciamento/agenciamento e controle dos corpos como espaços de administração

de mortes e vidas, dirigidas por grandes corporações, onde a acumulação do capital se sobressai. Verifica-se nesta afirmação que, embora a alteração no campo normativo expressasse, em parte, os anseios da luta pela reforma psiquiátrica e do sujeito em sofrimento psíquico, não houve sequer a tentativa de romper de forma imediata e efetiva com o sistema manicomial até então presente, mantendo tal prática nos serviços substitutivos, questão que será evidenciada no próximo capítulo.

3.4 O arcaico e o moderno, as tendências da contrarreforma na política nacional de saúde mental brasileira

Materializada sob a égide da Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como premissa, “alçar a saúde para um outro nível de compreensão” (Alves, 2020, p. 166), a Reforma Psiquiátrica toma corpo com a Lei Paulo Delgado, n° 10.216 em 2001, que introduz diversas alterações na Política Nacional de Saúde Mental -PNSM (Brasil, 2001). A PNSM objetiva consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, pressupondo uma mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade.

Após aprovação da lei, e diante da sua incompletude na prática da rede de atenção, o movimento de luta antimanicomial, formado por representantes dos usuários, trabalhadores prestadores, organizações da sociedade civil e instituições, passa a pressionar os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde para a sua efetiva implantação. Em abril de 2002, a portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2021) instaura os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviços ambulatórias de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, constituídos como uma alternativa ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, para promover a permanência de vínculos junto às famílias e territórios.

Alves (2020) pontua que nas décadas de 1990 a 2010, uma forte expansão de equipamentos de atenção à saúde mental foi verificada, sendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o equipamento/serviço mais marcante desse crescimento, conforme pode ser observado no gráfico a seguir.

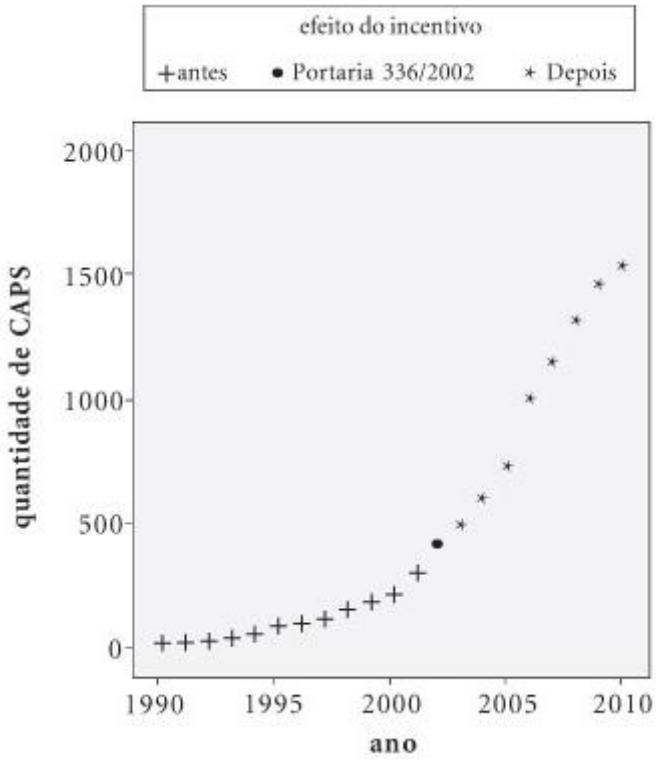

Gráfico 01 – Efeito da Portaria 336/2002 sobre a oferta de CAPS – Brasil, 1990-2010. Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Saúde Mental em dados. Janeiro 2007 e 2011

Enquanto no ano de promulgação da Lei Paulo Delgado, e meses da instauração da Portaria 336 de 2002, o Brasil contava com 295 CAPS, já em 2010, a oferta de serviços alcançou 1.541 unidades. O ambiente institucional de cooperação federativa, os incentivos financeiros, os recursos próprios locais, aliados à clareza e coerência dos objetivos da política para saúde mental criaram as condições favoráveis para que a reforma psiquiátrica fosse assumida como política municipal no contexto de expansão da agenda sanitária das cidades brasileiras.

Se, por um lado (Fonte, 2010, p. 19) indica “um padrão de crescimento relativamente estável e progressivo, que consolida o modelo territorial e comunitário de cuidado para pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas”, por outro, pesquisadores/as da área da saúde mental problematizam o processo de ampliação, tendo em vistas as desigualdades entre as diversas modalidades de atendimento do CAPS, afirmando que:

> Cabe assinalar, ainda assim, que crescimento dos diferentes tipos de CAPS foi bastante desigual. [...] revela-se um padrão diferenciado de crescimento da oferta de CAPS segundo as tipologias de cobertura, complexidade e clientela definidas pela Portaria 336/2002. Entre 2002 e 2010, o incremento na quantidade de CAPS I foi de 424%. O crescimento na oferta de CAPSAd e CAPSi também foi muito substantivo: 514% e 300 %, respectivamente no período. O investimento municipal na oferta de CAPS II foi um pouco menos expressivo em comparação às demais tipologias. A expansão desses dispositivos foi de 124%, em função do grande crescimento observado na década anterior. A proposta dos CAPS III, com leito e funcionamento 24 horas, não foi assumida pela gestão municipal na escala observada para os outros tipos de serviços. Ainda que o crescimento observado dos CAPS III tenha sido 189% entre 2002 e 2010, poucas unidades foram disponibilizadas pelos Municípios (Costa et. Al, 2011, p. 4610/4611).

Os dados analisados pelos pesquisadores, tendo como referência o Ministério da Saúde, são apresentados na tabela a seguir.

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSAd	Total
2002	145	186	19	32	42	424
2003	173	209	24	37	57	500
2004	217	237	29	44	78	605
2005	279	269	32	56	102	738
2006	437	322	38	75	138	1010
2007	526	346	39	84	160	1155
2008	618	382	39	101	186	1326
2009	686	400	46	112	223	1467
2010	761	418	55	128	258	1620
Variação 2002/2010	**424%**	**124%**	**189%**	**300%**	**514%**	**282%**
Variação 2009/2010	**11%**	**4,5%**	**19%**	**14%**	**15%**	**10%**

Tabela 03 – Número de CAPS, segundo modalidade – Brasil, 2002-2010. Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2011: Costa et al, 2011.

Assim sendo, a lógica de internação psiquiátrica mantém estável o número de leitos disponíveis, estagnando sua redução e possível extinção. A hipótese levantada por Fonte (2010) é a de que a persistência da lógica arcaica está associada ao grande capital que investe na organização de serviços cujo método de tratamento é asilar. Verifica-se nos gráficos a seguir, que pouco se reduziu em termo de leitos psiquiátricos, além verificarmos um alto índice de leitos concentrados na rede privada de saúde.

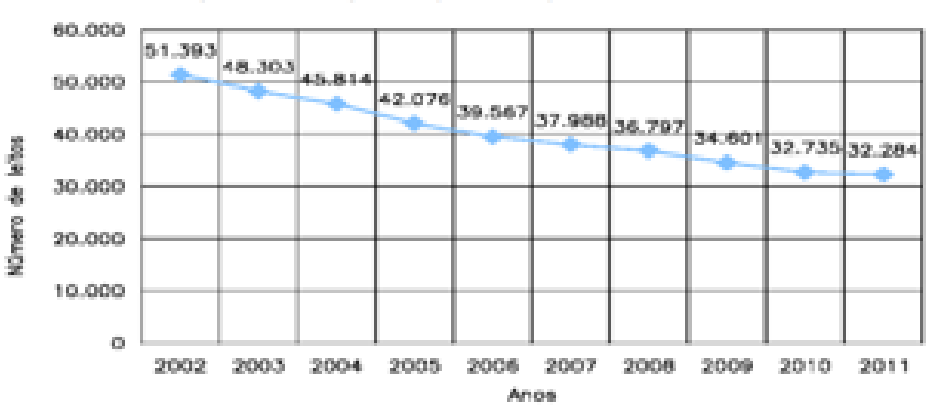

Gráfico 02 – Leitos Psiquiátricos SUS por ano (2002-2011). Fonte: SIH/SUS, Coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas/ DAPES/SAS/MS e coordenações estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais

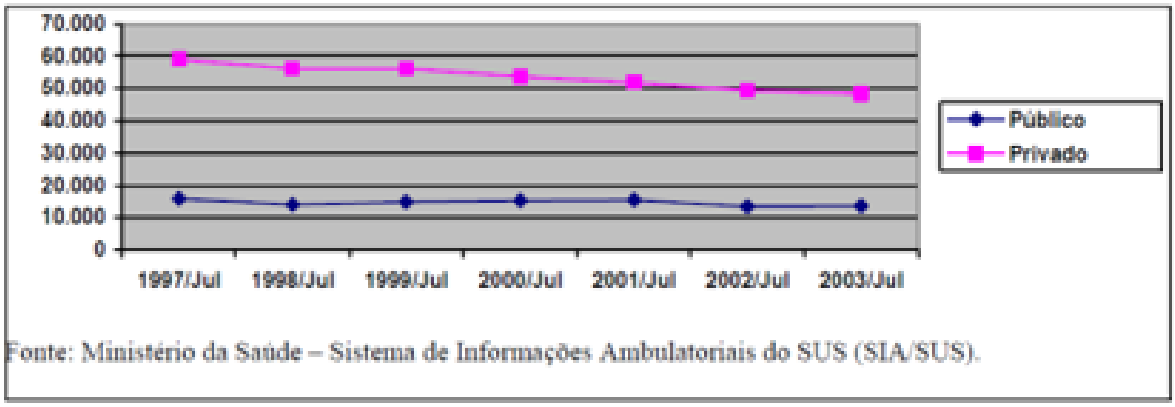

Gráfico 03 – Evolução de leitos em hospitais públicos e privados (1997-2003). Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS)

O avanço da hegemonia neoliberal, investindo na premissa da medicalização da loucura, torna o “produto saúde” suscetível à barbárie. A persistência do formato do modelo manicomial voltado para a lógica do mercado e a lógica privatista reitera a persistência da rede asilar/hospitalar, tornando distante a materialização dos serviços substitutivos de saúde mental.

Paralelamente, a portaria da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial - n° 3.088, de 2011, estabelece a possibilidade de “ofertar uma variedade de cuidados” novos, prevendo o retorno da existência do financiamento de leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. O movimento passa a ser denominado como “Nova Reforma Psiquiátrica”. Contudo, sabe-se que a partir deste momento, torna-se evidente o retrocesso na política de saúde mental que, nunca sequer, chegou a ser implantada em sua totalidade (ABRASCO, 2019).

A contrarreforma psiquiátrica, “que garante a perpetuação do modelo manicomial, é colocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a “comunidade terapêutica”, instituição manicomial correspondente no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas” (ABRASCO, 2019).

Em termos de alianças políticas que carregam consigo o discurso de “Nova Reforma Psiquiátrica", Valencius Wurch, médico psiquiatra representante dos hospitais psiquiátricos, é nomeado ao cargo de coordenador nacional de saúde mental do Ministério da Saúde no ano de 2017, e, com a nomeação posterior do psiquiatra Quirino Cordeiro como responsável pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, passa-se a priorizar as políticas de caráter higienista baseadas na perspectiva hegemônica da ordem capitalista.

Para Nunes (2019), a perspectiva econômica mercantilista e privatista, cujo foco é a lucratividade com o confinamento e medicalização das pessoas, modifica o olhar da sociedade sobre a questão da saúde mental nos períodos de intensas crises. Assim sendo, a reforma psiquiátrica sofre permanentemente rejeições e ataques, desestabilizando e desestruturando suas ações culturais, sociais, históricas e políticas.

O ressurgimento do modelo manicomial é expresso no valor do financiamento destinado aos hospitais psiquiátricos. Segundo Brasil (2019), no ano de 2018, o Ministério da Saúde destinou um montante superior a R$ 1,5 bilhão para a Política Nacional de Álcool e outras Drogas, 5% a mais do que no ano anterior, sendo 26% deste total, destinado a hospitais psiquiátricos.

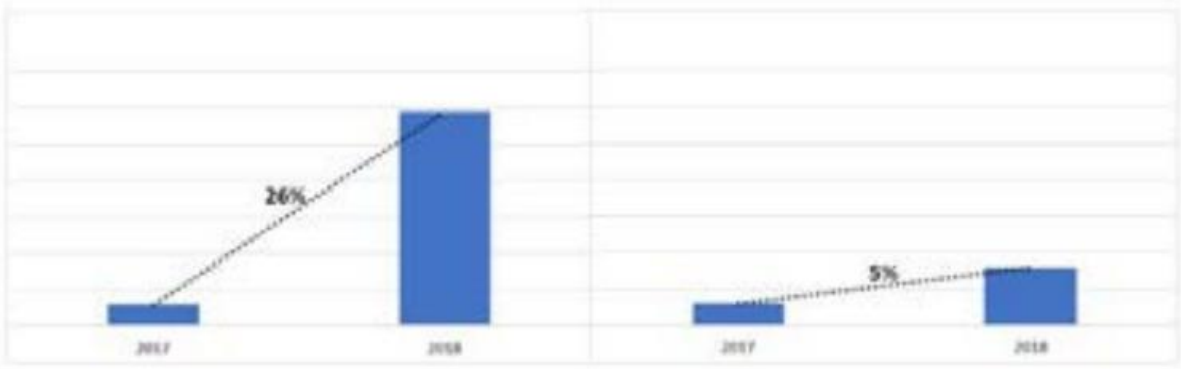

Gráfico 04 – Proporção do financiamento federal destinado a hospitais psiquiátricos em relação ao orçamento global destinado a saúde mental, no período de 2017-2018. Fonte: Ministério da Saúde, 2018.

Considerando a resolução da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, na qual todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil teriam que ser extintos até o ano de 2004, a condução das ações deveria apontar “para a construção de um modelo forte o suficiente para tornar o hospital psiquiátrico uma peça obsoleta na engrenagem da política de saúde” (Nunes, 2019, p. 4491).

Contudo, sem a mínima manifestação do Ministério da Saúde a respeito da consolidação de um projeto em âmbito municipal, estadual e federal, a estagnação da rede substitutiva prosseguiu, dando lugar ao “mais arcaico tratamento moral, segregador e duradouro” (Nunes, 2019, p. 4493).

4 O MARCO DA CONTRARREFORMA NEOLIBERAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

Como foi apontado no capítulo anterior, o modelo de favorecimento do setor privado na saúde teve o seu primeiro e grande impulso a partir das décadas de 1960/1970, durante a ditadura militar no país. É nesse período que o setor de saúde assume características capitalistas, articulando o Estado aos interesses do capital internacional, num contexto macroestrutural de reestruturação produtiva, na base da acumulação flexível (Bravo, 2009).

Traços de manifestações típicas de superacumulação, que já podiam ser vistos desde 1970 (com maior ênfase nos países de capitalismo avançado), viriam a ter especiais desdobramentos no Brasil a partir de 1990. Nesse contexto, o papel do estado passou por um "redirecionamento" em função da nova ordem econômica, o que implicará no aprofundamento das desigualdades sociais, na precarização do trabalho e em profundas alterações no campo das políticas sociais. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, a partir dos anos 1990 e que se aprofundaram na década de 2010, consolida a ampliação das fontes de excedentes do capital, por via da privatização e mercantilização das políticas sociais. Processo este tecido através da associação da figura do Estado com a ineficiência de gestão e o déficit fiscal. Dessa forma, o Estado, segundo Campos (2014, p. 167), "abrirá mão de ser provedor social enquanto o mercado se encarregará de promover o bem-estar ocupacional, consolidando a figura do cidadão-consumidor".

No presente capítulo, buscaremos apresentar subsídios para a discussão da contrarreforma que vem sendo implementada na política de saúde mental desde os anos 1990 até os dias atuais, analisando as principais portarias e deliberações políticas que, de alguma forma, representaram um retrocesso em relação aos avanços que haviam sido conquistados desde a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988.

4.1 **O marco trágico do início da contrarreforma brasileira**

Como posto por Behring (2003), Campos (2014), Guizardi (2014), Santos (2019) e outros estudiosos, o Brasil vive, desde o início da década de 1990 um processo de "reforma" do Estado.

No governo de Fernando Collor de Melo, com início no final de 1989, a orientação da política neoliberal emerge num cenário de fortes críticas ao estado, que se pautavam na crise fiscal e nos serviços de alto custo e baixa qualidade.

Embora Collor tenha dado início ao processo, foi no governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC, que o neoliberalismo avançou de forma substancial, por meio de um conjunto de reformas monetárias e estruturais, pautadas na privatização e mercantilização de empresas estatais e das políticas sociais. Com a pretensa premissa de que os serviços sociais se tornariam de qualidade quando assumidos pela lógica privada, descontrói-se a noção de direitos sociais conquistados em 1988, através da nova Constituição.

Behring (2003) explicita que algumas condições gerais, que precederam os anos 1990, culminaram no processo de contrarreforma, sendo estas: a crise econômica e social dos anos 1980, a reestruturação produtiva que decorre num processo crescente de flexibilização e o processo de redemocratização do país. Este destaca que o conjunto de reformas propostas, fortemente influenciadas pelo receituário econômico do Banco Mundial e do FMI (conhecido como Consenso de Washington) estava, de fato, direcionado para efetivar a desregulamentação dos mercados, redução do déficit fiscal e do gasto social “numa clara política de privatização, de capitalização da dívida e de obtenção de maior espaço para o capital internacional” (Behring, 2003, p. 30).

> Trata-se de uma contrarreforma, já que existe uma forte evocação do passado no pensamento neoliberal, com um resgate extemporâneo das ideias liberais, bem como um aspecto realmente regressivo quando da implementação de seu receituário de medidas práticas, na medida em que são observados seus impactos sobre a questão social, que se expressa nas condições de vida e de trabalho das maiorias, bem como as condições de participação política. Que linhas gerais são essas? As políticas neoliberais comportam algumas orientações/condições que se combinam, tendo em vista a inserção de um país na dinâmica do capitalismo contemporâneo, marcada pela busca de rentabilidade do capital por meio da reestruturação produtiva e da mundialização: atratividade, adaptação, flexibilidade e competitividade (Behring, 2003, p. 33).

O Governo de Fernando Henrique Cardoso teve como principal referência intelectual para a contrarreforma do Estado brasileiro, Luís Carlos Bresser Pereira, o qual, a partir de 1995, articula o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Para Campos (2014), a partir desse momento, há uma redefinição entre os limites do público e do privado, incorporando na administração pública uma perspectiva de

Estado gerencial, construído na base de argumentação que somente por essa via seria possível objetivar a formação de um aparelho de Estado forte e eficiente.

Partindo do pressuposto de que os serviços públicos eram ineficientes e que havia um esgotamento do modelo estatizante, o Plano Diretor defende que o "Estado deixe de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, transferindo para o setor privado atividades que antes eram suas" (Bravo, 2009, p. 100).

Nas palavras de Bresser Pereira (1998, p. 60), dentre os componentes básicos da reforma do Estado dos anos 1990, estavam:

> A delimitação das atividades do Estado, reduzindo seu tamanho em termos principalmente de pessoal através de programas de privatização, terceirização e "publicização" (este último processo implicando a transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta)
> A redução do grau de interferência do Estado ao efetivamente necessário através de programas de desregulamentação que aumentem o recurso aos mecanismos de controle via mercado, transformando o Estado em um promotor da capacidade de competição do país em nível internacional ao invés de protetor da economia nacional contra a competição internacional.

Nessa proposta, o Estado passa a executar apenas tarefas que lhes são consideradas exclusivas como, por exemplo, segurança pública, a política monetária e fiscal e os serviços sociais (saúde, educação e previdência), ainda que esta última não seja de competência exclusiva do Estado. As atividades de formulação de políticas econômicas e sociais são consideradas como ações exclusivas do Estado, enquanto a execução de uma série de serviços sociais e científicos podem ser controladas não apenas pela administração pública, mas também e, principalmente, pela sua transferência para o setor público não estatal. As demais tarefas, sobretudo aquelas relacionadas à produção de bens e serviços, passam a ser atribuição de organizações públicas não estatais e de empresas privadas (Bresser Pereira, 1995; Bresser Pereira, 1998).

No *hall* de serviços sociais e científicos são localizadas as escolas, universidades, os centros de pesquisa científica e tecnológica, os hospitais, os ambulatórios, os museus, os serviços de assistência social, os quais "se o seu financiamento em grandes proporções é atividade exclusiva do Estado (...), sua execução definitivamente não é (Bresser Pereira, 1998, p. 66).

Behring (2003) pontua que a contrarreforma da década de 1990 foi empreendida num clima democrático, mas claramente oposto à luta dos anos 1980,

pela efetivação dos direitos sociais no país. Evidenciava-se, assim, a correlação de interesses e forças econômicas, políticas e sociais que permitiram, já sem necessidade do uso de forças, que parte das classes dominantes se apropriassem de uma parte do excedente socialmente construído.

Na área da saúde, os princípios de universalidade e do caráter público do sistema, defendidos pelo movimento sanitarista, foram confrontados pelos interesses empresariais e do próprio governo. O pretenso caráter de publicização e a inovação proposta pelo Plano Diretor de uma esfera pública não-estatal, embora tenha sido localizada no exercício da função pública, ficaria restrita aos interesses e obedecendo as leis do mercado (Bravo, 2009).

Com a desresponsabilização do Estado, acompanhado pelo desprezo do princípio constitucional de universalização da seguridade social garantido na Constituição de 1988, as políticas públicas e sociais passaram a conter fortes traços de ações de caráter seletivo e pontual, voltadas apenas para a gestão da extrema pobreza. Sob o discurso da ineficácia dos serviços públicos, promulgava-se a estratégia de otimizar o gasto social por meio da focalização das ações, de fundos sociais de emergência, de programas compensatórios de transferência de renda, com base na mobilização da “solidariedade” individual e voluntária, e na prioridade das organizações filantrópicas e organizações não governamentais para a prestação de serviços (Yasbek, 2009).

Behring e Boschetti (2008) levantam elementos importantes para a análise da contrarreforma do Estado na política de saúde, no que se refere à criação e incidência das organizações sociais como agencias executoras, que reatualizam o modelo médico assistencial privatista. Nessa perspectiva, Santos, Manzini e Neves (2019, p.8) expõem que, “ao invés do Estado assumir a primazia na condução das políticas sociais, ele transferiu parte da sua responsabilidade à sociedade civil”.

Campos (2014) problematiza a premissa de que a sociedade civil por meio da execução de serviços daria conta da redução das desigualdades sociais, da ineficiência e ineficácia dos serviços públicos, promulgada pela reforma do Bresser Pereira, sob o ideário de um novo modelo de gestão pública gerencial que defendia a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução de custos e a produtividade. O ideário neoliberal implícito no novo modelo de gestão é destacado por Mota (2009, p. 43) ao afirmar:

> Podemos dizer que uma das estratégias presentes na "nova" gestão estatal é incorporar o processo de precarização como inevitável, a mercantilização como fato inexorável e a subordinação do público ao privado como iniciativas complementares e parte constitutiva das novas experiências de gestão.

É destacado por Neves (2016) que, desde anos 1990, houve uma forte privatização dos bens públicos (seja de empresas estatais como de áreas de políticas sociais) que foram entregues a “preço de banana” para os setores privados e estrangeiros. A mercantilização da saúde, num contexto de agudização dos traços estruturais de desemprego e precarização do trabalho, derivaram exatamente no oposto do que havia sido “vendido” com a “reforma” (Santos, Manzini, Neves, 2019).

> Sob os fundamentos puramente econômicos, baseados na iniciativa privada e nos princípios do mercado, processa-se a transposição do público para o privado e a pulverização da cidadania em meros consumidores de serviços públicos, e não mais sujeitos de direitos. Desta forma, a dupla dimensão da privatização se completa como peça-chave para compreender as mudanças que se processaram com a constituição da nova lógica do Estado Neoliberal. Por um lado, o desmantelamento dos serviços públicos maximiza a privatização de tudo o que é rentável para o mercado, ampliando as áreas de acumulação. E, por outro lado, a lógica e os princípios do mercado são incorporados à estrutura político-ideológica-institucional do aparelho do Estado, introduzindo práticas, processos, formas de organização do trabalho e métricas de gestão típicas da administração empresarial (Arregui, 2017, p. 184).

Assim sendo, o avanço do ideário neoliberal materializa-se num conjunto de reformas que não só descontroem as demandas de participação no que diz respeito ao debate, a negociação e a prática efetiva para a formulação/avaliação das políticas públicas como, também, buscam tornar-se inócuos e vazios os princípios e base da vida democrática (Behring; Boschetti, 2008).

Embora os caminhos nos levem a acreditar que tudo seguia bem para a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico, os movimentos democráticos de luta antimanicomial evidenciavam críticas em relação as mudanças propostas no contexto da substituição da rede. A forte preocupação do movimento foi exposta na II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no ano de 1993.

> O país vive, nesse momento, grande inquietação diante de possíveis mudanças na relação entre o Estado e a Sociedade, prenunciadas pela revisão constitucional de 1993, e pela frustração histórica de suas expectativas por melhorias da qualidade de vida com justiça social. O presente relatório espelha essa inquietação e frustração, através da reivindicação de garantia dos direitos conquistados e adquiridos na Constituição, nas leis e nos estatutos. Ao mesmo tempo, reflete também a

> confiança da sociedade civil na possibilidade de realização de um novo projeto social, podendo tornar-se instrumento para o avanço e consolidação da reforma em saúde mental no país (Brasil, 1993, p. 3).

Com um aumento significativo da iniciativa privada em organizações não governamentais e organizações sociais, coube ao movimento de luta antimanicomial utilizar tais interesses ao seu favor.

Dentre as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental constam como demandas; a garantia orçamentária para a reestruturação do modelo de assistência em saúde mental, a construção de instrumentos para redirecionar os recursos da rede hospitalar manicomial para a rede substitutiva, além da possibilidade de captação de recursos da iniciativa privada para implementação das ações de saúde mental nos territórios através de incentivos fiscais.

> Assegurar o cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90). Regulamentar o art. 35 da citada lei, segundo parâmetros demográficos, epidemiológicos e de rede instalada. Exigir dos órgãos municipais, estaduais e federais que haja aumento do percentual de recursos financeiros do orçamento geral da saúde destinado à saúde mental, de modo a viabilizar adequada- mente os projetos e as ações de reestruturação do modelo de assistência à saúde mental.
> Criar instrumentos que redirecionem os recursos destinados à rede manicomial hospitalar contratada ou conveniada em benefício da rede extra-hospitalar, entendida como ações programáticas de saúde mental na rede geral de saúde pública, com unidades básicas de saúde/centros de saúde; centros de convivência, oficinas terapêuticas e cooperativas; unidades ambulatoriais de tratamento intensivo (hospitais dia, hospitais-noite, centro de atenção psicossocial; núcleo de atenção psicossocial etc.); lares abrigados e oficinas abrigadas (fora dos manicômios); bem como garantir o atendimento em saúde mental e emergências psiquiátricas em hospital geral.
> Possibilitar aos serviços de saúde mental regulamentados pela Portaria n. 189/91, do Ministério da Saúde, a captação de recursos da iniciativa privada, através de incentivos fiscais (Brasil, 1993, p. 13, 14, 15).

Contudo, a partir da década de 1990, vê-se não somente um aumento no número de ONG's em diversos setores sociais como, também, um avanço destas na política de saúde mental. De acordo com o IPEA, o "boom" do surgimento das ONGs se deu a partir dos anos 1990, crescendo cerca de 175% entre os anos 1996 e 2002, com notado destaque para a Região Sudeste. Paralelamente, o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aumentou de 92, em 1996, para 689, em 2005.

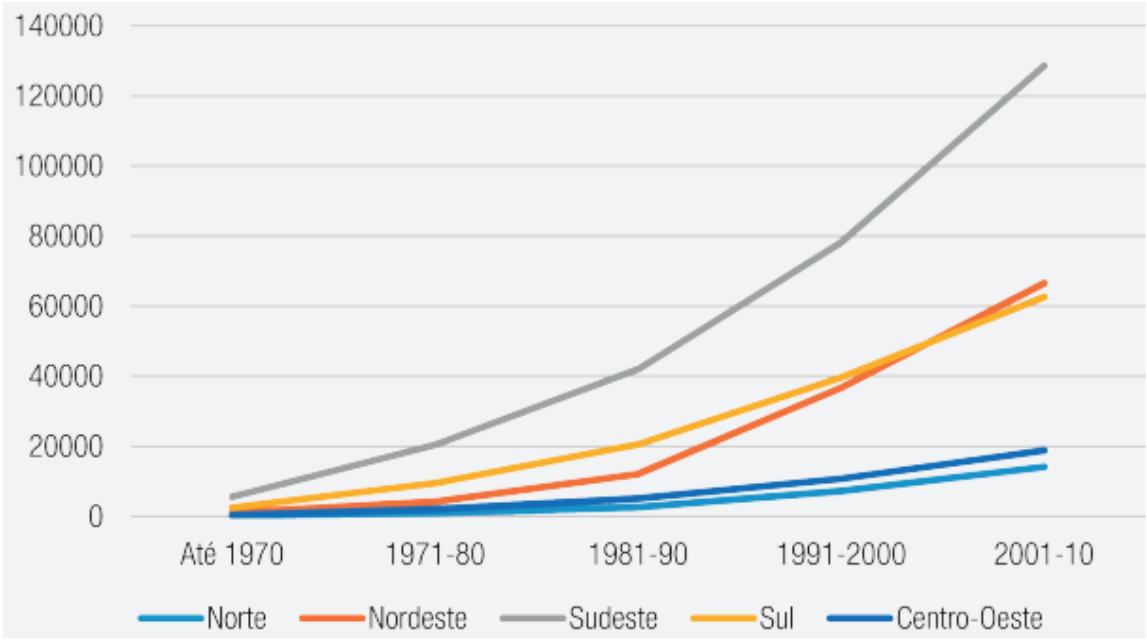

Gráfico 05 - Número de ONGs segundo as regiões do país e década de fundação (1970-2010). Fonte: Costa, 2017.

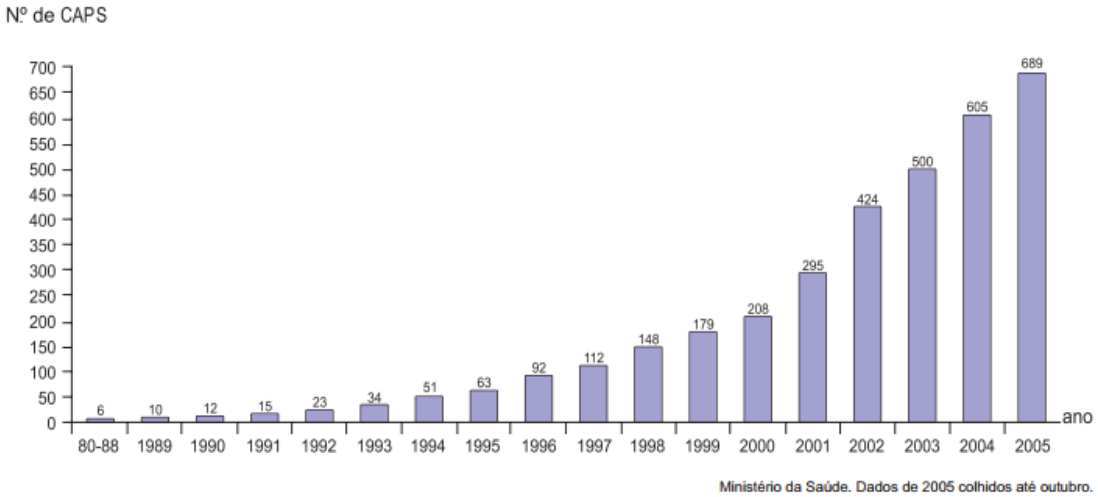

Gráfico 06 - Evolução anual do número de centros de atenção psicossocial (CAPS) no Brasil. Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

Atrelada especificamente aos interesses da ordem capitalista, vê-se que, de acordo com Amarante (2003), a saúde mental sofre com o processo de “capsização”, obtendo investimentos apenas para a ampliação da rede ambulatorial de cuidado, o que restringe a pessoa em sofrimento psíquico do acesso ao tratamento.

Por outro lado, a rede de atenção da saúde mental, assim como a rede da política de saúde, evidencia a propagação dos enunciados de terceirização e

privatização, com o repasse da gestão da saúde para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Propagação esta que ocorreu, inclusive, apesar de existir uma deliberação do Conselho Nacional de Saúde, nº 001, de 10 de março de 2005, contrária à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços.

Por sua vez, Cunha (2020, p. 339) destaca que a terceirização dos serviços de saúde tem derivado em precarização de vínculos trabalhistas e alienação dos vínculos afetivos.

> Evidencia-se, a desregulamentação e redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desmonte notadamente da Seguridade Social, a precarização do trabalho marcado pelo aumento da informalidade por consequência do desemprego estrutural, o sucateamento da saúde e da educação.

O que é corroborado por Bisneto (2007), ao pontuar que a crescente expansão da rede de atenção psicossocial, principalmente de forma terceirizada, reflete-se na condição de trabalho dos agentes institucionais, uma vez que os embates se dão por um cenário de intensa disputa e luta entre atores, sobretudo no que se refere à hierarquização das diferentes singularidades institucionais. Como resultado, observam-se diferenças salariais entre os profissionais de mesmo nível, além da alta competividade entre funcionários. Bisneto (2007, p. 20), neste contexto, indaga: “quem são realmente os patrões dos funcionários?”

Na cidade de São Paulo, por exemplo, o relatório final da CPI da Saúde realizada em 2007 pela Assembleia Legislativa de São Paulo afirma:

> A gestão por cumprimento de metas, por processos e por produtividade utilizados nas Organizações Sociais gera uma situação de instabilidade para os trabalhadores por elas contratados ocasionando uma superexploração. […] Outra questão grave foi o problema de ‘quarteirização’, a terceirização ou contratação de empresas por parte das OS’s, encontradas em todos os hospitais […] Diante do quadro apurado, constata-se que o chamado ‘melhor desempenho’ dos Hospitais geridos por Organizações Sociais de Saúde pouco significam na prática. A conclusão a que se chega, na presente questão, é que o frágil controle do Estado sobre essas entidades e sobre a execução da assistência à saúde, aliada à grave precarização do trabalho nas OS’s, justifica a necessidade de um processo de reversão da gestão (Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, 2012, p. 11)

Dessa forma, os processos de contrarreforma na saúde, iniciados a partir da década de 1990, com elementos de continuidade nos anos 2000 e agudizados na década de 2010, se dão na base da focalização, fragmentação e privatização, se constituindo como um mercado importante para a exploração do capital, o que

compromete os princípios e diretrizes do SUS de universalidade, equidade e integralidade (Silva, 2017).

> [...] os organismos financeiros internacionais, passaram a orientar os governos a darem prioridade máxima aos setores sociais fundamentais, ou seja, os mais vulnerabilizados, promovendo políticas públicas de cunho focalista, com a finalidade promover a eficácia e a equidade dos gastos sociais. A estratégia adotada revelou-se favorável em promover a prestação de uma má qualidade dos serviços públicos, que posteriormente é utilizada como justificativa para criar uma cultura de desqualificação da coisa pública, incentivando a população a aceitar a adesão ao privado (Correia, 2007, p 12).

4.2 Avanços e retrocesso na implementação da Reforma Psiquiátrica (2001 – 2010), a evolução das políticas em saúde mental

Conforme analisado no capítulo 2 desta dissertação, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem seu marco de constituição entre as décadas de 1980 e 1990. Num período marcado pelo processo de redemocratização do país, diversos segmentos da sociedade lutavam com efervescência para obter transformações concretas no quadro da assistência psiquiátrica. As Conferencias de Saúde Mental e as portarias ministeriais pautavam a direção e o rumo das políticas nessa área, mas é somente em 2001, após a promulgação da Lei Federal 10.026, conhecida como Lei Paulo Delgado, que "as ações de saúde mental passaram a ser regularizadas por meio de legislação especifica" (Vieira, 2016, p. 02), ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e sobre as diretrizes para o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

Diante das propostas enunciadas para o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, inicia-se, no ano de 2002, a transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo substitutivo, estabelecendo as bases da Política Nacional de Saúde Mental.

A partir desse momento, a rede de atenção diária à saúde mental de caráter extra-hospitalar experimenta uma importante expansão, especialmente pela ampliação da rede dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) que passaram a atuar em regiões e municípios onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente (Brasil, 2005).

É nesse contexto de crescimento exponencial dos Centros de Atenção Psicossocial que Amarante (2003) reconhece como o período de “capsização”. Embora tido como marco importante na trajetória de desinstitucionalização, o período

não ficou isento de embates políticos e de estratégias de manipulação das organizações e entidades para obter vantagens na disputa pelo acesso ao financiamento. De acordo com Vieira (2016), inúmeros foram os serviços ambulatórios, hospitais dia etc. que passaram a utilizar a nomenclatura de CAPS, apenas para garantir o acesso a verbas de financiamento federal, uma vez que a normatização regia apenas para este tipo de equipamento.

Ampliando o investimento na política de saúde mental, cria-se o programa De Volta Para Casa com a Lei n° 10.708/2003, regida pela portaria n° 106/2000, que institui um auxílio financeiro psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Neste mesmo período, a Portaria n° 106/2000 instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS, como modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada. Verifica-se, conforme dados do Ministério da Saúde, que entre 2000 e 2005, as Residências Terapêuticas cresceram de 40 para 357.

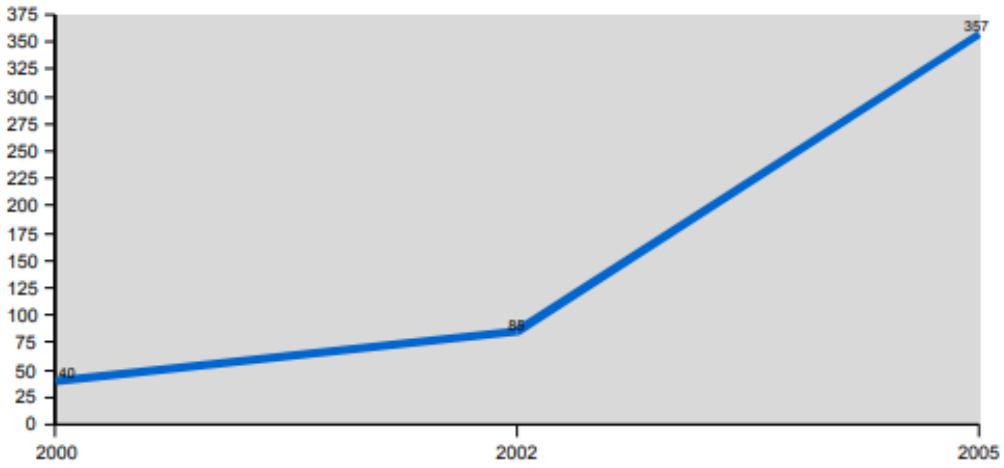

Gráfico 07 – Expansão das Residências Terapêuticas entre os anos 2000 e 2005 na Cidade de São Paulo. Fonte: Ministério da Saúde. Dados de 2005

O Serviço Residencial Terapêutico - SRT, como proposta em direção à ruptura do modelo de hospitalização e da prática manicomial, deveria proporcionar aos usuários um modelo de cuidado com dignidade, ampliando as possibilidades de reintegração social, desinstitucionalização e convívio social. Além de definir parâmetros específico de funcionamento, de infraestrutura e recursos humanos necessários, este deveria estabelecer a sua necessária articulação com a rede de

serviços no território. Para o seu financiamento estipulava-se que, a cada transferência do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, dever-se-ia reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso no serviço (Brasil, 2000).

Dessa forma, o Programa de Volta Para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos buscaram atingir, a partir de ações territoriais e comunitárias, a consolidação de uma reforma psiquiátrica responsável com o processo de desinstitucionalização e não somente com o encerramento dos leitos de hospitais.

Nesse contexto, institui-se o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS, como um mecanismo de gestão para a redução de leitos psiquiátricos no país. Conforme dados do Relatório Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, do Ministério da Saúde, de janeiro de 2004 à maio de 2005, o programa desativou cerca de 2.000 leitos (Brasil, 2005).

Apesar da redução significativa dos leitos e o aumento considerável no número de residências terapêuticas, tratava-se ainda de um número muito baixo, considerando que, em 2010, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da área técnica da saúde mental, o Brasil possuía 32.735 leitos psiquiátricos e 570 Residências Terapêuticas (Almeida; Cezar, 2016).

Com a formulação do Relatório 15 Anos de Caracas, de 2005, o processo de desinstitucionalização da rede de saúde mental passou a ser reconhecida como política de governo, com participação social referendada na III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001. O documento em questão indicou não somente os princípios (de acesso universal público e gratuito, de integralidade das ações, da equidade da oferta, da participação e do controle social) e os serviços de referência da rede de atenção à saúde mental, como também destacou a importância da construção de uma rede comunitária e de acesso aos diversos espaços da cidade para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Indica, assim, o papel de cada segmento com o propósito de trabalhar os diversos componentes, saberes e forças concretas da rede, que apresenta demandas específicas e exigem soluções e objetivos comuns (Brasil, 2005).

A partir de então, o território tornou-se eixo organizador da atenção à saúde mental e estratégico na concepção da rede de saúde mental coletiva. “É a ideia do território como organizador da rede de atenção à saúde mental, o qual deveria orientar

as ações de todos os seus equipamentos” (Brasil, 2005, p. 26). A figura a seguir, exemplifica o valor de referência dos CAPs para a articulação da rede de atenção à saúde mental no território.

Figura 03 – Rede de Atenção à Saúde Mental. Fonte: Ministério da Saúde, Brasil, 2005.

Com o avanço da perspectiva desinstitucionalizante, o Ministério da Saúde implementa uma linha específica de incentivo financeiro para os municípios que desenvolvem ou pretendem desenvolver ações e atividades de inclusão social pelo trabalho à pessoas com transtorno mental ou transtornos decorrentes de álcool e outras drogas. Como um passo muito importante para a implementação da reforma psiquiátrica, esta iniciativa carrega esperanças de um novo recomeço para os usuários da rede de atenção à saúde mental, além dos trabalhadores e da sociedade civil que compactuavam com as ideias e projeções de um novo modo de tratar a pessoa em sofrimento psíquico.

Embora a rede de assistência a saúde mental estivesse em pleno desenvolvimento e no seu ápice de crescimento, os serviços ofertados ainda apresentavam uma defasagem, principalmente na atenção básica. Por isso, no ano

de 2008, criou-se o Núcleo de Atenção na Saúde da Família - NASF. A ideia inicial era de que com a implementação deste mecanismo, a saúde básica e o apoio matricial dessem conta de uma parte da demanda que se apresentava nos CAPS, porém, com a baixa cobertura territorial, as primeiras dificuldades se apresentaram, sendo que uma delas foi o embate entre as possibilidades de intervenção e resolutividade.

Tornava-se praticamente impossível conduzir o sujeito em sofrimento psíquico a uma estratégia de ação que visasse evitar o uso de medicação, diminuição de internações e a não difusão do modelo manicomial. Era necessário expandir a rede de serviços para além dos CAPS, assim como a abrangência territorial dos serviços, além, é claro, de sustentar uma formação técnica e teórica dos trabalhadores, que se viam desmotivados com a precarização dos locais de trabalho e pelas baixas remunerações.

Na tentativa de consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, instituiu-se, através da Portaria de n° 3.088 no ano de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no Sistema Único de Saúde, com o intuito "de garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade" (Brasil, 2013, p. 01).

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), fazendo parte dessa política, o programa de Volta para Casa.

Duarte (2019) questiona a referida portaria, argumentando que é por meio desse instrumento que se abre espaço para a participação do setor privado, principalmente quando qualifica as comunidades terapêuticas como instituições integrantes das RAPS.

No artigo 9° da portaria, a comunidade terapêutica é considerada integrante da RAPS como serviço de saúde contínuo de caráter transitório. Assim sendo, a opção de tratamento residencial, como é posto em evidência, permite que o indivíduo com transtornos mentais ou usuário de álcool e outras drogas more por um período temporário na entidade com o objetivo de se tratar, passando por um processo de internação.

Além de abrir uma nova brecha na perspectiva da mercantilização da saúde mental, observa-se um retrocesso na perspectiva de garantia de tratamento em

liberdade e com livre circulação. Na contramão do processo de desinstitucionalização, reeditam-se práticas de isolamento e de restrição do convívio social.

De acordo com a Secretária Nacional de Políticas de Drogas, em 2015, o Brasil contava com mais de 1.950 comunidades terapêuticas, sendo que 24,1% destas possuíam financiamento do Governo Federal, 27,8%, de Governos Estaduais e 41,1%, de Governos Municipais. De outro lado, chama a atenção que 75,4% dos recursos têm, como fonte de financiamento, doações de indivíduos e de instituições religiosas. Outros 66,6% recebiam contribuições voluntárias das(os) acolhidas(os) e ou de suas famílias, como expressa a tabela a seguir.

	%
Doações de pessoas que apoiam a causa	75,4
Contribuições voluntárias dos/as acolhidos/as ou suas famílias	66,6
Doações de igrejas e demais instituições religiosas	63,5
Pagamento dos acolhidos	46
Recursos próprios dos dirigentes da CT	44,7
Levantamento de fundos, através de festas, bingos ou sorteios	42
Financiamento do Gov. Municipal	41,1
Doações de entidades privadas nacionais	33,9
Produção e venda de produtos feitos na CT	32,4
Financiamento do Gov. Estadual	27,8
Financiamento do Gov. Federal	24,1
Doações de entidades privadas internacionais	6,1

Tabela 04 – Fontes de Financiamento das Comunidades Terapêuticas CTs em % (2016). Fonte: Perfil das comunidades terapêuticas, DIEST/ IPEA, 2016.

Ao considerar o ano de Fundação dessas entidades, verifica-se que as maiores incidências estão localizadas no período de 1996 a 2005, com 40,8% do total de comunidades terapêuticas instituídas. No período seguinte, entre 2006 e 2015, o número também chama a atenção, com 38% de novas comunidades terapêuticas.

ANO DE FUNDAÇÃO	N	%					
		NO	NE	CO	SE	SU	BRASIL
1966 a 1985	108	0,3	0,5	0,6	3,0	1,1	5,6
1986 a 1995	300	1,1	2,6	0,9	5,5	5,2	15,4
1996 a 2005	796	1,6	5,7	2,3	20,8	10,4	40,8
2006 a 2015	746	3,6	7,7	5,0	12,3	9,6	38,2
TOTAL	1.950	6,7	16,5	8,8	41,6	26,4	100

Tabela 05 – Comunidades Terapêuticas por ano de fundação e região nível Brasil (1966-2015). Fonte: IPEA, 2015

4.3 Persistência e agudização da perspectiva de confinamento: interrelação da saúde mental e a “guerra contra as drogas”

Conforme foi apontado até aqui, na implementação da Política de Saúde Mental no Brasil convivem dois projetos em tensão: o projeto do movimento pela reforma psiquiátrica, construído desde os anos 1980, sob princípios que nortearam tanto a Constituição de 88 como a implantação do SUS no país, e o projeto de saúde de caráter mercantil e privatista, que se torna hegemônico no decorrer dos anos 1990 em diante (Bravo, 2009)

A política de saúde mental, inserida neste contexto, vivencia um processo que apresenta continuamente traços de ruptura e retorno das práticas vivenciadas no passado. Como pontua Duarte (2019), trata-se de um mix do passado e do presente.

Com o avanço do projeto privatista na área da saúde, propostas alinhadas com o pensamento neoliberal passaram a ganhar força hegemônica.

Apesar das conquistas construídas no âmbito do Sistema Único de Saúde, a sua operacionalização apresenta grandes diferenças em relação ao que havia sido legalmente instituído no SUS. Com a política nacional de saúde mental, não foi diferente.

Com a ascensão ao poder de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, criou-se uma expectativa de que houvesse um marco político na história do Brasil, já que este representava os interesses da classe trabalhadora. Porém, as alianças e as coalizões políticas, além das pactuações com o grande capital nacional e internacional que garantiram sua vitória, fizeram com que este deixasse de lado o projeto de governo progressista transformador (Oliveira, 2005). Nesse sentido, Duarte (2019) e Menezes (2015) explicitam que o Governo Lula evidenciou uma orientação política burguesa, atuando diretamente na conciliação de classes e renunciando a suas antigas posições e concepções políticas.

Os princípios consolidados pelo avanço do neoliberalismo no país, e, especificamente nas políticas de saúde e saúde mental nunca deixaram de estar presentes. A Lei de número 11.343/2006, conhecida como Lei de Drogas, corresponde a uma das iniciativas que tiveram profunda repercussão na política de saúde mental, ainda que esta tenha tido um longo período de negociação e junção de projetos.

Extinguindo o decreto No 3.696 de 2000, que dispunha o Sistema Nacional Antidrogas, a Lei 11.343, de 2006, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre as Drogas, abolindo a previsão de internação compulsória para as pessoas usuárias de álcool e de outras drogas e extinguindo a pena de prisão pelo consumo de substâncias psicoativas.

Embora essa iniciativa favoreça, a priori, a população em situação de dependência química, os números evidenciaram um crescente aumento da população carcerária no país, referente às pessoas associadas com o tráfico e seu financiamento. A despeito da alteração do paradigma de penalização do consumo, os dados mostram que o Brasil persistiu e agudizou a prática de encarceramento dessa parcela da população. O número de presos(as) associados ao 'tráfico de drogas" passou de 45.133, em 2006, para 176.691, em 2016, aumentando para 207.794, em 2020, último dado publicado pelo Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias[1], do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Paralelamente, o último relatório com dados completos da população carcerária, publicado em 2016, evidencia que, do total da população carcerária no país, 65% eram negros (Brasil, 2017).

Mesmo tendo estipulada uma nova pena, mais rígida para os traficantes e financiadores do tráfico, o aumento exponencial da população carcerária, associada ao quesito Drogas, levanta como questionamento a aplicação efetiva da extinção da pena pelo consumo e da garantia de ações de prevenção ao uso, atenção e reinserção social do usuário de substâncias psicoativas. A punição e o encarceramento dos usuários, além da sua criminalização, que fere princípios legais garantidos pela lei, decorre em lacunas do ponto de vista da saúde, visto que a população deixa de buscar tratamento para os possíveis danos em função, principalmente, da criminalização do uso.

No gráfico abaixo, é possível visualizar a mudança no perfil de delitos e os impactos do encarceramento pelo tráfico de drogas. É importante destacar que, embora houvesse a pretensão de distinguir traficantes de usuários, o poder executivo não possui controle sobre os demais atores do sistema de justiça criminal, como os policiais e juízes. Assim sendo, a instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre as Drogas negligenciou as articulações necessárias para a sua efetiva implementação e garantia de direitos da população em situação de dependência

[1] Dados disponíveis em <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen> Acesso em 07/03/2022.

química, que tem vinculação com ações que precisavam ser consideradas também desde a ótica da política de saúde mental.

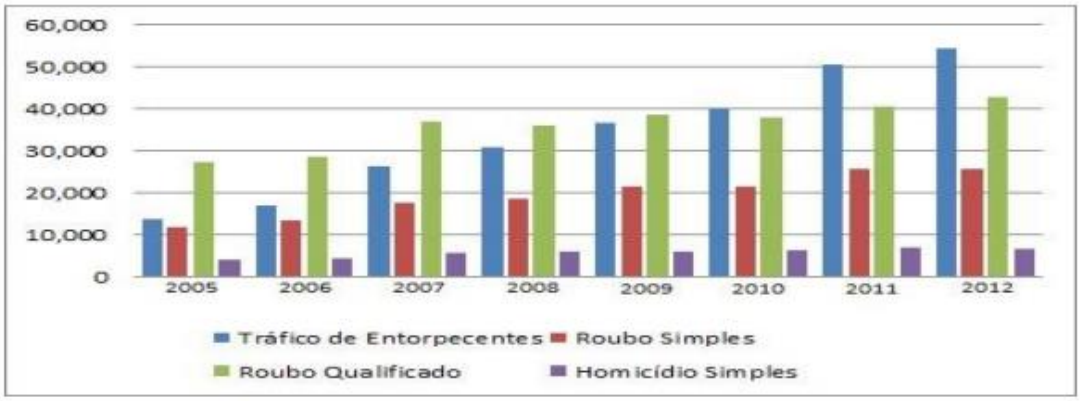

Gráfico 08 – Pessoas presas no Brasil por tipo de delito (2005-2012). Fonte: DEPEN/INFOPEN 2012

O aumento do encarceramento no Brasil não foi acompanhado pela garantia das condições carcerárias, tendo em vista o aumento significativo de transmissões de doenças infecto contagiosas, além do aumento da incidência no cotidiano dos(as) presos(as) e suas famílias, das facções criminosas vinculadas ao tráfico (Cifali, 2016). Aliado a isso, verifica-se o aprisionamento dos usuários que são criminalizados como traficantes em Centros de Detenção Provisória – CDP, em Penitenciarias e em unidades prisionais denominadas Hospitais de Custódia e Tratamento Psíquico-HTCP.

De acordo com o Relatório de Inspeção Nacional (CFP, 2019), realizado em dezembro de 2018, e a Pastoral Carcerária (2018), o Brasil conta com, aproximadamente, 40 HTCP localizados em dezessete estados, nas cinco regiões do país, com um modo de funcionamento que reedita a tradição dos espaços prisionais e manicomiais. Atualmente, mantido pela Secretária de Administração Penitenciária, os HCTPs funcionam como porta de entrada da medida de segurança.

Santos e Farias (CFP, 2019) explicam que esse tipo de equipamento, atualmente, é um serviço de referência para os casos que envolvam; dependência química, acautelados sem situação judicial definida, demandas de determinação judicial e atendimentos de emergências psiquiátricas.

A despeito da instauração do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre as Drogas, o que preponderou no Brasil foi uma política de guerra às drogas de caráter proibicionista, violento e segregacionista. Na base do senso comum de que os “indesejados” teriam que ser submetidos ao cárcere (seja em prisões, Centros de

Detenção Provisória ou HTCP), as influências e os interesses econômicos e religiosos moralizantes defendidos pelos fundamentos neoliberais eximem o Estado da sua responsabilidade social e criminalizam à população e violam os padrões de dignidade humana.

Dialogando com Farias (2019), verifica-se que o discurso de combate ao “crime”, que se tornou uma questão estratégica para fins eleitoreiros, oculta a dimensão estrutural da sociabilidade capitalista que promove a autodefesa e evitamento do outro, materializados na agudização das formas de reclusão, apagamento e de extermínio das classes subalternas.

> Embora os princípios fossem em prol da defesa dos direitos humanos e dos setores vulneráveis, percebe-se o avanço de ações e políticas punitivas e de controle dos corpos em todos os espaços, atreladas as novas formas de dominação e submissão que decorrem das profundas transformações do capitalismo a partir dos anos 1970. Os indivíduos começam a sobrar diante da forma social atual, pois já não são mais rentáveis, não são mais requisitados a dispenderem sua força de trabalho no interior de um processo produtivo amplo. Muito pelo contrário, são expulsos e jogados no mercado informal e precário, nas margens da cidade etc. Processa, assim, uma forma de política que torna descartáveis os sujeitos. Este ponto de chegada é a culminação de uma tendência subjacente à própria dinâmica de reprodução social do capitalismo após a inflexão dos anos 1970, na qual passa a preponderar a débil produção de valor às custas da barbarizarão dos laços sociais (Hilario, 2016, p. 202-203).

Conforme foi desenvolvido no subitem 3.2. observa-se que, na década de 2000 houve, de fato, um processo de expansão da rede de atenção de saúde mental, bem como foram instituídos um conjunto de normativos para o seu funcionamento. Contudo, se consideramos que no final dos anos 2000, cerca de 3% da população necessitava de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes e que cerca 12% da população precisou de cuidados em saúde mental, a rede de atenção precisava ser mais densa, diversificada e efetiva (Brasil, 2015).

Ao mesmo tempo, o processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico não extinguiu as práticas manicomiais. O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, publicado em 2018 pelo Conselho Federal de Psicologia e o Ministério Público Federal, evidenciava que a privação de liberdade era a regra geral que caracterizava o modelo de atenção nas entidades inspecionadas. Privação de liberdade esta, expressa na imposição de barreiras para livre circulação, na retenção de documentos, na não viabilização de transporte para a

saída de instituições isoladas dos perímetros urbanos e na falta de informação e transparência da pessoa internada acerca do seu “tratamento” (CFP, 2017).

Ao mesmo tempo, como já foi apontado, abriram-se novas brechas para a participação cada vez mais relevante do setor privado, principalmente ao qualificar as comunidades terapêuticas como integrantes da RAPS.

> Percebe-se que a portaria que institui a RAPS expressa em suas diretrizes os princípios que foram conquistados no processo de Reforma Psiquiátrica, uma vez que reitera a assistência em dispositivos que não privem a liberdade das pessoas com transtorno mental e/ ou com problemas decorrentes do uso de drogas, mas que prevê um atendimento por meio dos serviços abertos de atenção psicossocial. Contudo, contraditoriamente, encontramos lacunas dentro da própria portaria quando esta prevê a participação do setor privado e filantrópico por meio das Comunidades Terapêuticas (Predes, 2017, p. 79)

Verifica-se então um contexto contraditório e regressivo dentro da política de saúde mental. Soares (2018) aponta que a mesma perspectiva gerencialista que FHC apresentou em seu governo perpetuou-se nos governos seguintes apesar da mudança ideológica. É sempre explicitado abertamente a intensa necessidade de aperfeiçoamento do sistema e da gestão, assim como uma “modernização” no trato com as pessoas em sofrimento psíquico, introduzindo novas formas de gestão e abrindo espaço para o capital na saúde dentro e fora do SUS.

Embora tenhamos como justificativa principal que o apoio no financiamento das comunidades terapêuticas esteja relacionado com o programa Crack: É possível vencer, instituído pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, sob o decreto de número 7.179/2010, o modelo de cuidado proposto pelas comunidades terapêuticas (com forte incidência de organizações de caráter filantrópico e religioso) retrocede no quesito do tratamento em liberdade e na introdução do julgamento da moralidade, visto que este se estrutura em eixos como trabalho, disciplina e espiritualidade.

4.4 **Agudização da Contrarreforma: Período Temer/Bolsonaro**

Assumindo que o processo de contrarreforma na política de saúde mental vem sendo delineado desde a década de 1990, a partir do governo de FHC e presente até os dias atuais, compreende-se que embora cada governo apresente sua singularidade, cada período e as ações implementadas apresentam particularidades

trazendo consigo influências da conjuntura e das contradições inerentes à ordem capitalista.

As tendências de mistura entre o passado e o presente nos serviços de saúde mental se apresentaram no governo FHC sob as premissas de crise fiscal e necessidade de reforma do Estado e dos serviços públicos, enquanto nos governos do PT, sob a necessidade de ampliação e modernização da reforma sanitária, amplia-se a rede de atenção e consolida-se um novo arcabouço político normativo, sem abandonar, contudo, os traços de mercantilização dos serviços. Já no governo ilegítimo de Temer, trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, que se agudiza no governo de Bolsonaro. Em ambos se renovam as tendências de uma contrarreforma político administrativa que busca deslegitimar a dimensão pública da política social e da gestão pública, reeditando os princípios neoliberais de controle dos gastos sociais e a eficiência do Estado, sob a supremacia do mercado (Soares, Teixeira, 2018).

Configurado como uma nova fase mais radical e acentuada das agendas neoconservadoras e ultra neoliberais no processo de contrarreforma das políticas sociais, Teixeira (2018) pontua que, assumidamente, a partir do golpe de 2016, o governo de Temer visou ações pró capital, agindo na resolução dos impasses de acumulação, favorecendo os interesses das classes dominantes do país e aprofundando sua dependência junto ao capital internacional.

A EC-95, aprovada em 2016, apontou um dos pilares mais agressivos da contrarreforma nas políticas sociais, dentre delas a de saúde. Dentro de uma agenda neoliberal iniciada logo após o impeachment da ex-presidenta Dilma Rousseff, a medida foi implementada com o objetivo de amenizar as preocupações do mercado financeiro em relação ao risco fiscal do país. Basicamente, ela determina que os gastos do governo federal nas duas décadas seguintes deverão respeitar um teto que seria resultante do total de gastos despendidos do governo no ano anterior, corrigidos pela inflação. O que deriva no congelamento do investimento em políticas sociais por 20 anos.

Para Ribeiro e Salvador (2021, p. 78)

> O Novo Regime Fiscal (NRF), instituído pela EC 95, é um elemento-chave da política de austeridade. Com a ascensão ao poder do Presidente Temer, ocorre um recrudescimento da ofensiva do capital e da ortodoxia neoliberal, com brutal corte de direitos sociais, sobretudo, no campo do financiamento das políticas públicas. O NRF inviabiliza a vinculação dos recursos para as

> políticas sociais nos moldes desenhados na CF de 1988, ao congelar as chamadas despesas primárias do governo (exceto as despesas financeiras com o pagamento de juros da dívida) por vinte anos, limitando-se à correção pela inflação, e que, na prática, tem como corolário o desfinanciamento dos gastos sociais.

Os autores, portanto, evidenciam que a EC-95 é uma dura ofensiva do capital ao crescimento dos gastos sociais após a Constituição Federal de 1988 e o governo Temer resguardou os interesses da burguesia e do capital rentista, ao dispensar das medidas do novo regime fiscal e da política de austeridade as despesas financeiras. O que não é tema menor se consideramos que “o pagamento efetivo das despesas com juros e amortização da dívida pública consomem um quarto do orçamento público” (Salvador, 2020, p. 387).

O gráfico abaixo evidencia a redução do financiamento da saúde a partir da aplicação da EC-95 que, se traduz no decréscimo no percentual dos recursos do governo federal para a política de saúde destinados à população, como na diminuição progressiva da chamada renda per capita da saúde que, em tese, deveria crescer como proporção do gasto público federal, dado o processo de envelhecimento natural da população e a necessidade cada vez maior de investimentos em saúde.

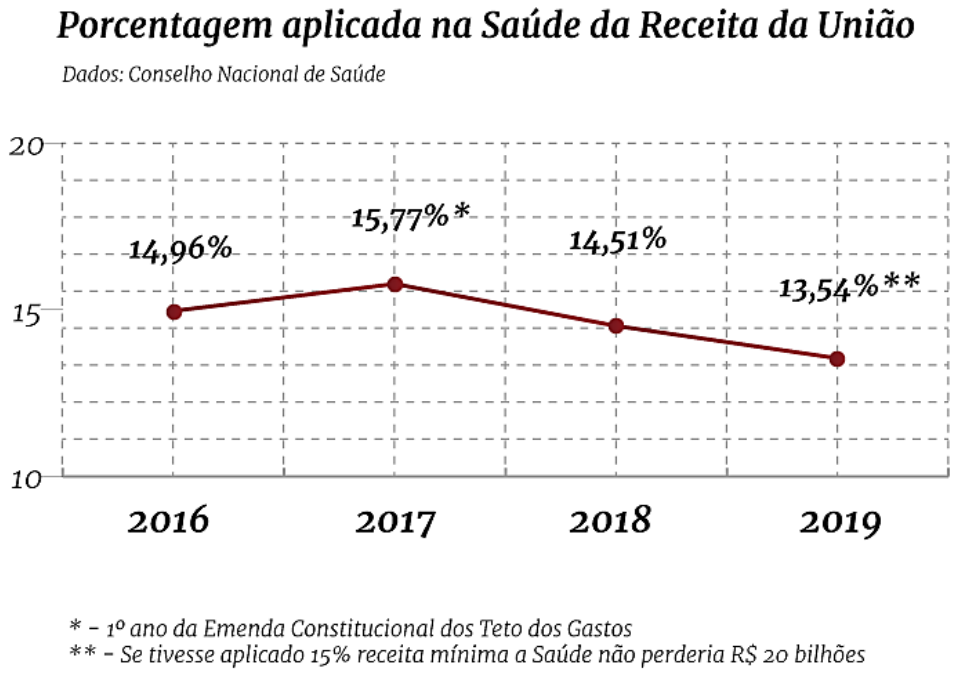

Gráfico 09 – Porcentagem aplicada na Saúde da Receita da União (2016-2019). Fonte: Conselho Nacional da União

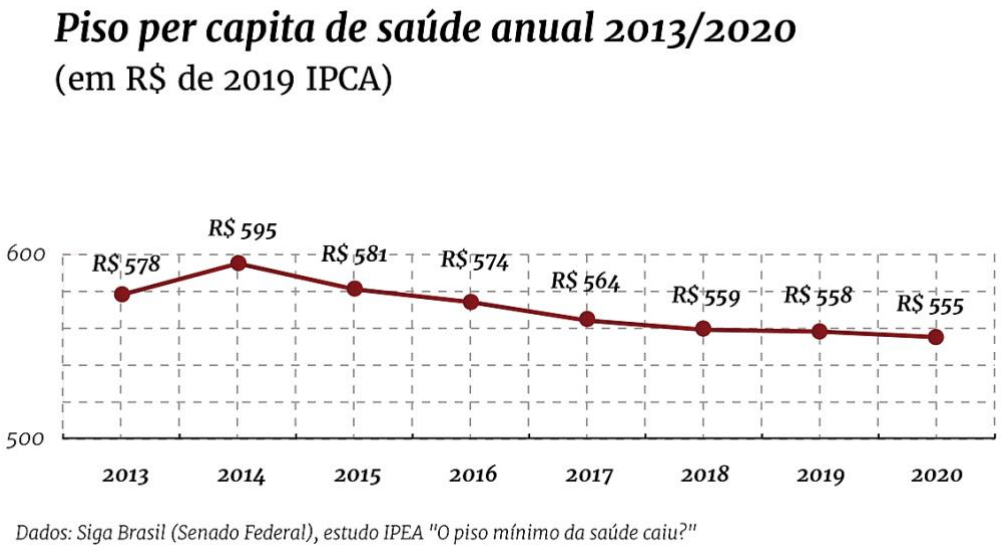

Gráfico 10 – Piso per capita de saúde anual (2013-2020). Fonte: Siga Brasil (Senado Federal, Instituto IPEA.

Em resumo, a EC-95 resulta progressivamente na redução da rede SUS em todo o território nacional, afetando, assim, diretamente a rede de saúde mental que passa a apresentar como traços marcantes: a descontinuidade do aumento da rede substitutiva e o aumento de tratamento em espaços de internações.

> As medidas tomadas pela EC 95 em relação as políticas sociais acabam com a concepção de seguridade social ampliada e reduzem vários direitos sociais ao tornar mais penoso o acesso ao seguro-desemprego, abono salarial, ao auxílio-doença, à aposentadoria por invalidez e ao auxílio-reclusão. Fazem parte ainda desse "ajuste fiscal permanente" a contrarreforma trabalhista, a lei da terceirização, a criação do programa criança feliz, a regulamentação das Comunidades Terapêuticas em detrimento de equipamentos públicos no âmbito da saúde mental (Teixeira; Boschetti, 2019, p. 72)

O estudo realizado pelo IPEA, coordenado por Fabiola Vieira e Rodrigo Benevides (2016), informa que a perda de recursos federais destinados ao SUS é estimada em R$ 654 bilhões de reais em 20 anos, tendo como referência um cenário conservador de crescimento do PIB em 2% ao ano. Paradoxalmente, com estimativa de crescimento maior do PIB de 3% ao ano, o corte no orçamento do SUS alcançaria R$ 1 trilhão. Nesse sentido, como destacam Bravo e Pelaez (2020, p. 2000), "quanto mais a economia brasileira crescer, maior a perda de recursos para a Saúde".

Apontada como mais um item da contrarreforma psiquiátrica, verifica-se que, a determinação do novo regime fiscal implica uma direção que favorece uma dinâmica na qual os setores privados e a "classe dominante realizam conchavos para manutenção de seus interesses e privilégios" (Alves, 2019, p. 166).

O que antes poderia ser chamado de “moderno” (rede substitutiva), hoje, voltamos a nos referir como “arcaico” (hospitais psiquiátricos e internações). Para Bravo (2011), o que acontece é a reatualização do modelo médico assistencial privatista que prevalece no país e que está ligado diretamente aos interesses mercadológicos do grande capital e das empresas da saúde. Sob o discurso da inviabilidade do SUS, precariza-se a oferta de serviços e desconfigura-se a política de saúde mental. No gráfico a seguir, observa-se a queda na taxa de crescimento dos CAPs, a qual passou de 9,3%, no triênio 2010-2012, para 2,2%, no triênio 2016-2018.

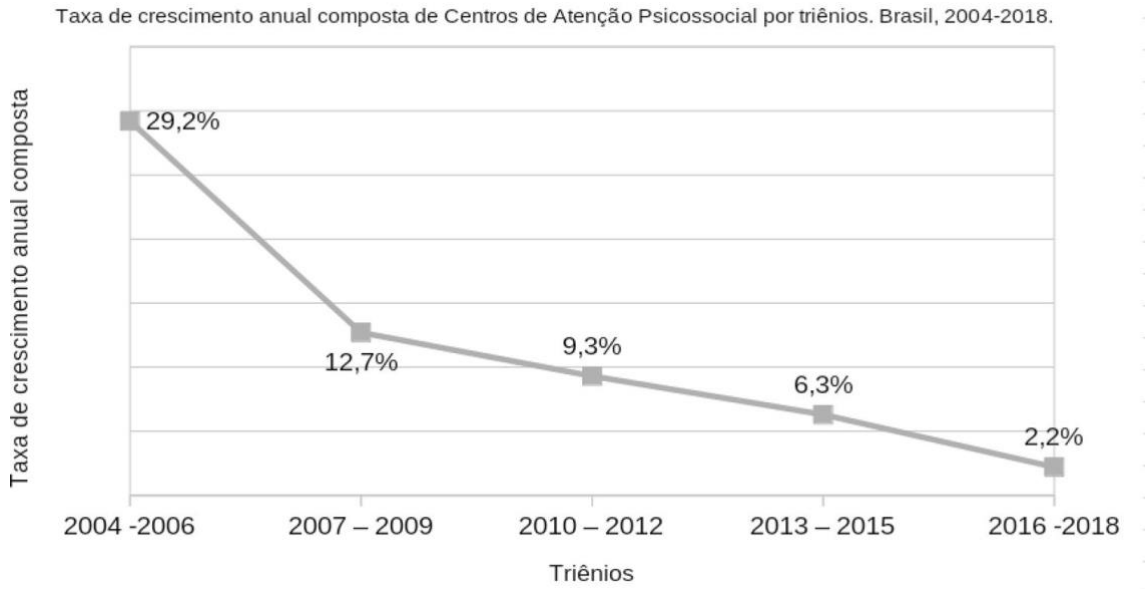

Gráfico 11 – Taxa de crescimento anual composta de Centros de Atenção Psicossocial por triênios (2004-2018). Fonte: Brasil 2018

No período Temer, processa-se uma transposição da rede pública que passa a ser gradativamente substituída pela rede privada. Para Viana (2011, p. 12), a universalização destes serviços, na prática, resultou numa redução do sistema público restrito ao atendimento para os pobres, ou seja, o direito universal tornou-se uma universalidade excludente.

Em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Resolução n. 32 e a Portaria n. 3588, as quais estabeleceram mudanças significativas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No final do ano de 2017, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Portaria foi aprovada de forma verticalizada, sem a realização prévia de debates com movimentos sociais, usuários e trabalhadores da área.

A desconfiguração da política de saúde mental fica estabelecida tendo em vista que, conforme as alterações previstas, os hospitais psiquiátricos retornaram como políticas centrais de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, o que é

acompanhado por um processo de legitimação, ampliação e financiamento de Comunidades Terapêuticas. Para Boarini (2015), o Estado deixa de investir no fortalecimento de uma rede pública para investir fortemente no terceiro setor e isso se torna evidente ao visualizarmos os dados sobre o orçamento da “nova política”.

Conforme Bravo e Pelaez (2020, p. 197), outra característica do governo Temer foi a articulação efetiva com o setor empresarial de saúde, o qual ficou expresso no documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, divulgado em 2017 e elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, integrado pelos grandes grupos econômicos e empresas privadas do setor da saúde. Conforme os autores, o documento expressa o objetivo “de construir um novo sistema de saúde para o Brasil e defende a tese de que os setores público e privado precisam construir uma rede integrada de cuidados contínuos, a qual pressupõe maior participação da iniciativa privada na gestão dos serviços”.

Como se não bastasse, o Ministério do Trabalho em conjunto com os Ministérios do Desenvolvimento Social e da Justiça, publicaram a Portaria Interministerial n.º 2, redesenhando a política de drogas, na base do financiamento e ampliação das Comunidades Terapêuticas.

Pinho (2018) evidencia que, a partir de dados do Ministério Público entre os anos de 2016 a 2019, havia sido disponibilizado um montante de R$ 100 milhões para as Comunidades Terapêuticas e R$ 60 milhões para os hospitais psiquiátricos. Em contrapartida, a RAPS recebeu apenas R$ 70 milhões para serem redistribuídos entre todos os seus serviços. Desta forma, não houve aumento real no repasse recursos para os CAPS, o que evidencia a política de priorização de recursos públicos para as instituições asilares.

Sinalizadas como mudanças antidemocráticas, as decisões adotadas pelo então governo foram tomadas, sem diálogo com a sociedade civil. Vale ressaltar que a maior parte destas ações se enquadravam dentro de ideologias ultra neoliberais.

O médico psiquiatra Quirino Cordeiro, nomeado para assumir a Coordenação Nacional de Saúde Mental em 2017, afirmou, na época, de forma aberta à imprensa, que havia inúmeras irregularidades e problemas na política apontando, inclusive, a falta de controle dos atendimentos e uma série de outras questões relacionadas à má gestão e à ineficiência da política de saúde mental. Seu comunicado, de certa forma, sepultou a política que vinha sendo implementada e acabou chamando a atenção para a necessidade de se rever a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos.

A perspectiva de retornar ao modelo asilar, que proporciona a segregação e a desassistência de usuários, exprime a nítida intenção de desvalorizar e deslegitimar a rede substitutiva. A desconstrução de valores e princípios não deixaram de rodear o discurso construído sobre a minimização da assistência vivenciada pelos usuários, ocultando o verdadeiro sentido das mudanças pretendidas: privilegiar os grupos capitalistas que detém poder económico e político.

> Embora a proposta contemple a criação de vagas em hospitais gerais, que é uma reivindicação histórica do movimento da Luta Antimanicomial, nos parece que a real intenção é destinar a responsabilidade de execução aos setores do grande capital por meio da construção de novos conglomerados de hospitais e clínicas psiquiátricas. Vale salientar que esta é uma solicitação antiga da Associação Brasileira de Psiquiatria, que, nos últimos anos, vem sistematicamente questionando a Política Nacional de Saúde Mental (CRESS, 2017, p. 02)

Mostra-se então, a partir deste movimento, que o empenho das classes dominantes em impedir o processo de democratização da sociedade revela-se diretamente na política de saúde mental, sobretudo no que se refere a priorização do modelo de reforma e humanização, em oposição ao processo de ruptura com o modelo manicomial.

Para Colucci (2016), o Ministro de Saúde, Ricardo Barros, inaugurou sua gestão posicionando-se em defesa de um projeto de saúde privatista e mercadológico. Em entrevista para a Folha de São Paulo, Ricardo Barros declarou que seria necessário “rever o tamanho do SUS”, propondo medidas de criação de planos “acessíveis de saúde”, os quais desonerariam o Estado da necessidade de prover saúde para uma parcela da população. Assim sendo, a universalidade e a gratuidade que são pilares do SUS, desmanchar-se-iam dentro dessa perspectiva.

Ao analisarmos a evolução do número de beneficiários de planos de saúde no Brasil, observamos uma leve tendência de elevação do número de pessoas atendidas por serviços privados, tendência esta interrompida pela grave crise econômica pela qual o país passou entre os anos de 2015 e 2016, seguida pela pandemia de Covid-19, iniciada em 2020. Há que se considerar que, no Brasil, a maior parcela dos beneficiários de planos de saúde complementar pertence a planos empresariais e o aumento da taxa de desemprego, observada nos últimos anos, acabou levando a uma consequente queda no número de beneficiários no sistema privado. Mesmo diante deste cenário adverso, esse número já retomou a trajetória de crescimento e vem se aproximando, cada vez mais, do pico da série histórica observado em 2014 quando,

então, cerca de 50,5 milhões de pessoas estavam cobertas por planos de saúde privados.

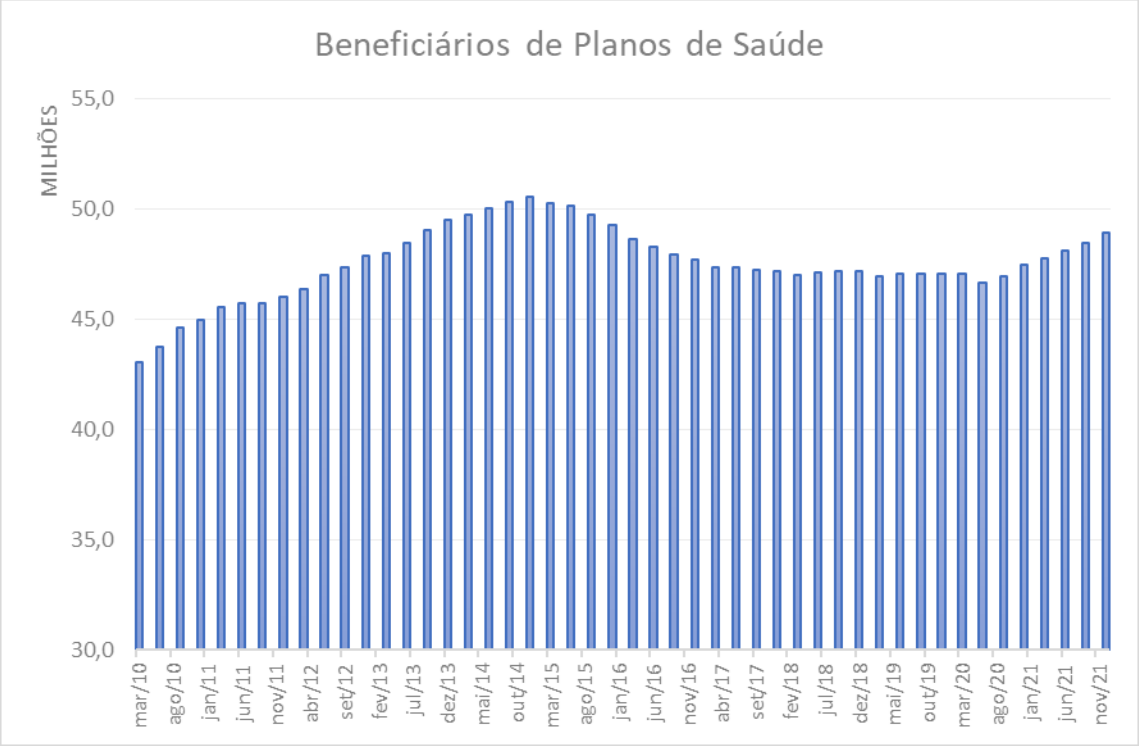

Gráfico 12 – Beneficiários de Planos de Saúde no Brasil (2010-2021), construído através de dados. Fonte: Brasil, 2022

Os governos do ex-presidente Michel Temer e do atual presidente Jair Bolsonaro, baseados em uma política neoliberal ortodoxa, consideram que "a economia se ajusta por meio de um equilíbrio natural e, sendo assim, intervenções estatais seriam desnecessárias" (Silva; Misailidis, 2016, p. 126), evidenciando a reedição pela via neoliberal dos princípios do livre mercado.

Promulga-se a ideia de que a causa da crise está no excesso de gastos sociais que oneram a economia nacional e o desenvolvimento do país, o que é acompanhado de um ataque frontal aos serviços públicos, tidos como ineficientes, ineficazes e perpetuadores de violações de direitos. Com isto, tal discurso possibilita a desobrigação do estado em assumir tais papeis, destruindo a saúde, a educação pública e o patrimônio do povo brasileiro.

Com a tendência "remanicomializadora" que tomou forma no governo Temer, Bolsonaro assumiu o poder acentuando a adoção de tais projetos. Com uma visão ideológica voltada para a extrema-direita, a nota técnica nº 11/2019, intitulada "Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas

Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas", institui novos pontos a respeito da política nacional de saúde mental e, também, sobre as diretrizes da política nacional sobre drogas.

O documento reacendeu os debates e mobilizações contrárias em função da centralidade das internações psiquiátricas e do fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, concebidas como espaços privilegiados de cuidado, reduzindo a importância dos Centros de Atenção Psicossocial. Nas comunidades terapêuticas o tratamento passa ser instituído na base na lógica de abstinência no lugar da redução de danos e os CAPS AD passam a ser considerados estratégicos em substituição aos tratamentos ineficazes. O documento prevê, ainda, liberação de recursos para compra de equipamentos de eletroconvulsoterapia, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Na proposta ressalta-se que, não deverá mais ser considerada a ideia de que alguns serviços substituam outros, justamente para que não seja fomentado o fechamento de unidades de qualquer outra natureza (Brasil, 2019).

É importante pontuar que, no governo de Bolsonaro, a política de álcool e outras drogas é direcionada para o Ministério da Cidadania, inicialmente dirigido pelo ministro Osmar Terra, o qual apoiava fortemente os interesses das comunidades terapêuticas e criticava de forma inflexível o programa de redução de danos.

A nova política de saúde mental, de acordo com Bolsonaro, foi construída para acabar com o "viés ideológico" que existia dentro do Conselho Nacional de Política sobre Drogas.

Destaca-se que, a partir desses processos de contrarreformas, processa-se uma intensa disputa pelo fundo público, importante ferramenta no contexto de financeirização do capital e dos setores privados da saúde. Nesse quesito, no período Bolsonaro, observa-se não só os efeitos do desfinanciamento do SUS, legitimado pela EC-95, mas também a defesa ultraliberal da privatização em geral, como forma de alcançar a eficiência econômica e o equilíbrio das contas públicas, fortalecendo os interesses do setor privado, bem como a violação aos direitos humanos e da dignidade humana ao promover internações involuntárias, que passam a alimentar o nicho de mercado.

Conforme Ribeiro e Salvador (2021, p. 103) na inserção subordinada e dependente do Brasil como país da periferia do capitalismo, "o fundo público é desfalcado pelas contínuas transferências de valores, decorrentes do intercâmbio

desigual e da financeirização, e o que resta dele é disputado pela burguesia brasileira e suas frações em função de seus interesses". Nesse sentido, destacam que análise das políticas de educação e saúde aparecem em vários documentos e relatórios da Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC), elogiando a EC-95 e as reformas estruturais, ao tempo que demandam a importância da elevação de recursos públicos para a sua operacionalização. Para Ribeiro e Salvador (2021, p. 109) "a fração comercial da burguesia é justamente a que mais tem a ganhar com os serviços de saúde e educação privados, (...) que se tornam nichos de acumulação, o que favorece o interesse das entidades por esses temas". O mesmo ocorre com a previdência pública que é um nicho importante para a lucratividade dos bancos. Não é por acaso que a Reforma da Previdência, fundamentada no discurso dos benefícios do modelo de capitalização, foi apresentada no governo Temer por meio da PEC n. 287/2016, sendo efetivamente aprovada no Governo Bolsonaro, por meio da EC 103/2019, "não restando, assim, mais nenhum artigo original dos direitos previdenciários escritos na Constituição Federal de 1988" (Ribeiro e Salvador, 2021, p. 108).

As novas diretrizes pretendidas ficam explícitas no Relatório Anual de Gestão de 2020 (Brasil, 2020). Na dimensão "ampliação de acesso da população aos serviços da Atenção Psicossocial", é instituído, como meta quadrienal, a modificação dos CAPS II para CAPS III, com a intencionalidade de expandir o número de leitos de internações, além de implantar um novo CAPS AD IV, que atenderá continuamente as internações de forma integral. Dentro dessas ações, metas como criar 250 novas vagas em Unidades de Acolhimento (UA) foram excluídas e substituídas pela implantação de 400 novas vagas em Serviços Integrados de Acolhida Terapêutica (SIAT), que possuem forte vinculação com entidades de caráter religioso. Os gráficos, a seguir, evidenciam a alta incidência das entidades religiosas, na apropriação do orçamento nacional relativo à comunidades terapêuticas, bem como a sua distribuição pela unidades da federação.

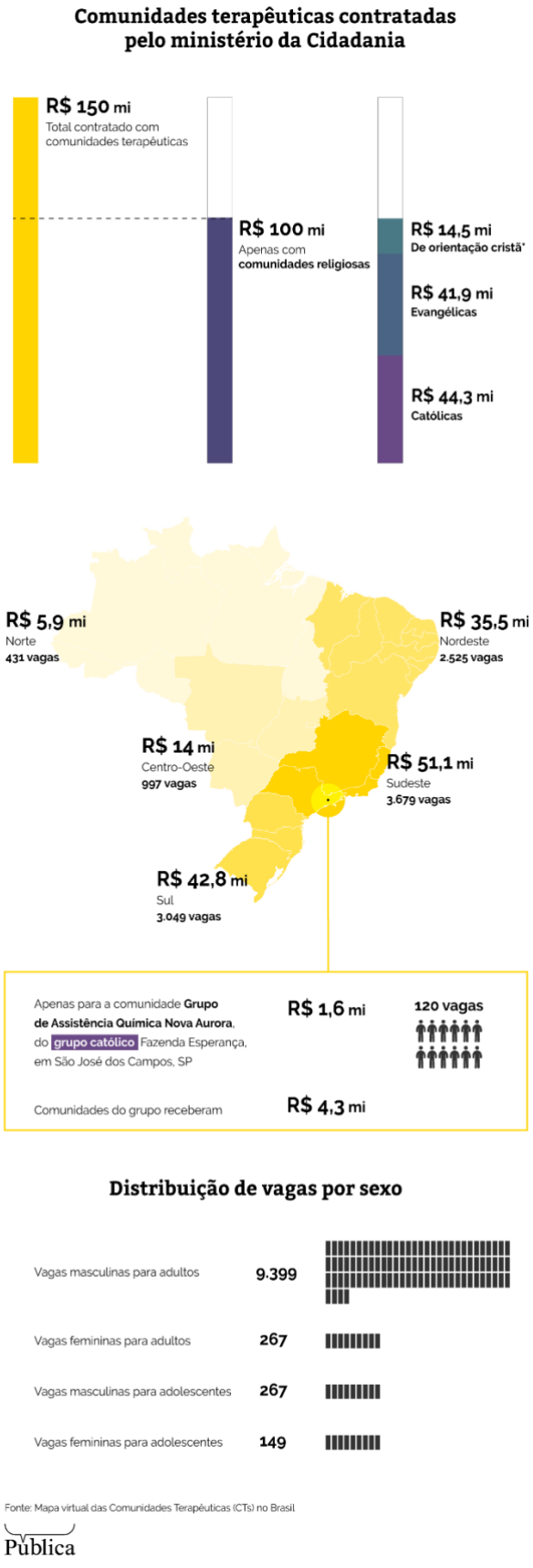

Figura 04 – Comunidades Terapêuticas contratadas pelo Ministério da Cidadania em 2019. Fonte: Mapa virtual das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil.

Por sua vez, a cidade de São Paulo é um exemplo perfeitamente ilustrativo da expansão da mercantilização da saúde, que deriva do disciplinamento da burocracia estatal aos interesses das instituições privadas da saúde. Em 2018, a prefeitura de São Paulo destinou 46,2% do orçamento de saúde do município, ao pagamento de instituições privadas contratadas, o que fez com que o setor privado recebesse R$ 4,9 bilhões dos R$ 10,6 bilhões gastos pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Segundo Laurenti e Ayala (2019, p. 02)

> A justificativa para a solução da "ineficiência" do setor, está na transferência de fundos financiados pela tributação geral ao setor privado ou, na transmissão da propriedade pública regulamentada. Em nenhum momento se cogita as reais causas da ineficiência como o proposital sucateamento dos hospitais públicos, cuja excelência tecnológica e profissional tem sido negligenciada pela falta de financiamento para o setor, inexistência de políticas de recursos humanos, falta de transparência e controle social das licitações, redução de concursos públicos de modo a coibir o clientelismo, o nepotismo e a corrupção, dentre tantas outras ações que têm.

De acordo com o próprio Relatório Anual de Gestão de 2019, e conforme tabelas a seguir, percebe-se que, em relação aos indicadores financeiros do município de São Paulo, as despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos foram de 49,28%, o que representa um ligeiro acréscimo em relação ao ano anterior. Já em 2020, essa proporção aumenta, absurdamente, para 61,18%, evidenciando, assim, o desmonte da rede pública de serviços da saúde. O sistema, neste caso, acabou pautando-se nitidamente na captura do fundo público para posterior repasse ao setor privado, processo este que vem se renovando de acordo com a base ideopolítica neoliberal vigente, desde a reforma do estado ocorrida no início da década de 1990.

O progressivo aumento do setor privado na saúde é operado na construção discursiva da falência do sistema público de saúde. Oculta-se o sucateamento dos serviços públicos decorrente da EC-95 na base da reedição de um discurso que argumenta que os problemas de saúde no país são consequência do modelo de gestão, apontando a necessidade de combater a ineficiência do setor público, por meio da introdução da lógica privada e, consequentemente, priorizando os atores que operam nessa esfera.

Indicador		Transmissão Única
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	51,32%
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	28,50%
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	12,66%
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	95,57%
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	69,41%
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	67,86%
2.1	Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R$ 942,76
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	20,74%
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,08%
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	17,96%
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	2,18%
2.6	Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos	49,28%
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	21,08%
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	18,63%

Tabela 06 – Indicadores financeiros do município de São Paulo, 2019. Fonte: Sistema de Informações sobre orçamentos públicos em Saúde (SIOPS)

	Indicador	Resultado
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	55,55 %
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	33,09 %
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	22,55 %
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	95,39 %
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	75,52 %
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	72,37 %
2.1	Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R$ 1.140,37
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	16,95 %
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,07 %
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	10,11 %
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	3,04 %
2.6	Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos	61,18 %
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	33,78 %
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	21,78 %

Tabela 07 – Indicadores financeiros do município de São Paulo, 2020. Fonte: Sistema de Informações sobre orçamentos públicos em Saúde (SIOPS)

Monteiro (2020) explicita que, no decorrer da pandemia de Covid-19, a violenta desigualdade do acesso ao sistema de saúde tornou-se ainda mais evidente, mostrando que, “apesar de o vírus contaminar ricos e pobres, a diferença de classe social tem sido determinante para a recuperação ou a morte”.

De forma analítica, este pontua que a Reforma do Estado, realizada em 1995 no Brasil, não teve como objetivo o desestímulo das políticas internas, mas sim, a substituição da natureza “improdutiva” do serviço público por meio de privatizações e terceirizações. Sendo assim, a saúde, desde então, caminha para uma lógica de expansão capitalista.

Conta-se que, atualmente, tenhamos cerca de 820 mil organizações de sociedade civil, dentre as quais, incluem-se: associações privadas, fundações privadas e organizações religiosas de direito privado sem fins lucrativos. Destas organizações, cerca de 6,8 mil são responsáveis pela administração de hospitais e unidades de saúde do Brasil (Monteiro, 2020).

Embora o sistema privado seja associado criticamente a noções de eficiência e eficácia, nota-se, por exemplo, que durante a pandemia de Covid-19, a OS denominada IABAS (Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde), criada em 2008 e contratada para instalar sete hospitais de campanha para atendimento aos infectados, não conseguiu viabilizar a construção de nenhum desses hospitais dentro do prazo. Além disso, as instalações entregues não estavam de acordo com os critérios necessários para o bom funcionamento.

O SUS tornou-se completamente dependente do setor privado e, de acordo com Monteiro (2020, p. 07),

> “[...] o Estado ficará de joelhos perante a exploração privada e a tendência é sucumbir, perdendo a capacidade nos níveis secundários e terciários, nos quais o capital vai se concentrar em busca de maior lucratividade, limitando a oferta pública aos cuidados básicos com os pobres e assistindo a exploração desmedida das classes média e alta”

Assim sendo, para Paim et al. (2012), o Brasil possui um verdadeiro desafio na saúde, que ultrapassa a esfera técnica e adentra em questões políticas e econômicas. O que está em curso é a promoção, deliberada, da abertura do setor saúde para a participação, cada vez maior, da iniciativa privada, inclusive internacional. O objetivo expresso pelos agentes privados é, obviamente, o de revitalizar as ações de saúde por meio da implementação de um processo de gestão mais eficiente. É evidente, no

entanto, que existe um objetivo subjacente que consiste, sobretudo, em subtrair o máximo possível de recursos públicos, ou seja, garantir uma fatia cada vez maior do orçamento destinado à saúde sem, necessariamente, promover grandes avanços em relação aos serviços prestados à sociedade. Essa lógica capitalista que tem como foco o lucro, no entanto, não se mostra compatível com os objetivos e princípios delineados pelo SUS e pelo movimento de reforma psiquiátrica no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, a intenção era evidenciar o processo de contrarreforma na política nacional de saúde mental brasileira, a partir de situações concretas que se substanciam em aprovações de leis e portarias, especialmente no que se refere à Rede de Atenção Psicossocial.

Levando-se em conta que o processo árduo da implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira não gerou os resultados esperados, percebe-se que houve avanços e recuos das ideias que passavam a ser atribuídas como métodos de tratamento da saúde mental, os quais se baseavam em experiencias internacionais.

Ocorre que, com o avanço das políticas neoliberais, especificamente a partir da década de 90, os direitos conquistados na Constituição de 1988 sofreram vários reveses com a intensa mercantilização que, atendendo à logica neoliberal, chegou ao ponto de privatizar a rede de serviços, além de utilizar recursos públicos para o financiamento de projetos e iniciativas do setor privado.

Sempre houve uma dificuldade em se implementar uma reforma efetiva dado os interesses capitalistas subjacentes. A história nos mostra que, apesar das inúmeras tentativas de reforma, o sistema de atenção à saúde mental acabou perpetuando um modelo assistencial focado na maximização do lucro do setor privado. Tal modelo se consolidou ainda durante o período da ditadura militar com o poder estatal subsidiando o tratamento por meio de internação. A forma como esse mecanismo de assistência foi desenhado, acabou gerando um incentivo para que os hospitais psiquiátricos privados não apenas internassem o maior número possível de pacientes mas, também, os mantivessem confinados pelo maior tempo possível.

Essa “indústria da loucura” fez, historicamente, crescer o número de hospitais psiquiátricos e o sujeito em sofrimento psíquico passou a ser disputado como mercadoria. Com o tempo, tal mercadoria começou a ficar escassa e o sistema avançou para cima de pessoas que, apesar de não possuírem diagnóstico médico de insanidade, eram consideradas nocivas para a sociedade como, por exemplo, mendigos, prostitutas, usuários de drogas etc.

A superlotação nessas instituições levou a uma série de violações dos direitos humanos e o tratamento ofertado nos hospitais psiquiátricos brasileiros chegou a ser comparado com campos de concentração nazistas, tamanha era a violência e crueldade praticada contra os pacientes. Movimentos Sociais, como o Movimento dos

Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tiveram uma participação bastante ativa para a reversão deste modelo hospitalocêntrico.

A partir da Constituição de 1988, a implementação do SUS e a consolidação da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado representaram um gigantesco avanço no que diz respeito à luta pela universalização e democratização dos serviços de saúde. A precariedade do sistema público e a dificuldade de acesso a esses serviços por parte dos cidadãos, no entanto, acabaram levando a uma sobreposição do setor privado sobre o setor público em diversas áreas, inclusive na rede de atenção à saúde mental. O avanço de ideias neoliberais, a partir da década de 1990, impulsionaram ainda mais o crescimento do setor privado introduzindo, assim, uma lógica de mercantilização da saúde.

Isto porque conforme Soares (2010, p. 411)

> Os serviços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização do capital. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos 42 médico-hospitalares, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancários, entre outros.

Ainda que, ao longo da nossa história, tenhamos presenciado a ascensão ao poder de um partido de esquerda, ideologicamente alheio a ideias neoliberais, podemos afirmar que pouco, ou quase nada, mudou em relação à “lógica privatista” impregnada no sistema público de saúde, no decorrer da gestão petista na presidência da república.

É preciso compreender que a contrarreforma, apesar de conter elementos da racionalidade hegemônica mundial, possui conteúdos que são particulares à formação social e histórica da sociedade e do Estado brasileiro.

> A política neoliberal recrudesce a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma da carência popular e do privilégio dos dominantes, pois a nova forma do capitalismo favorece três aspectos de reforço dos privilégios: 1) a destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; 2) a privatização como transferência aos próprios grupos oligopólicos dos antigos mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva do fundo público; 3) a transformação de direitos sociais (como educação, saúde e habitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica. No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social (...) (Chauí, 2000: p. 942).

No âmbito da saúde mental, esse processo de mercantilização da saúde pôde ser comprovado a partir das estatísticas de internações em hospitais psiquiátricos privados, os quais consumiam uma soma relevante de recursos do SUS, destinada ao tratamento da saúde mental.

Numa nova configuração, a figura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passa a exercer um papel central na política de saúde mental. Com um carácter extra-hospitalar, essa rede de atenção se expandiu de forma rápida por todas as regiões do país. Essa transição para o modelo CAPS, no entanto, não foi suficiente para libertar a política de saúde mental das amarras do Capitalismo. O investimento público nos CAPS se restringe à ampliação física da rede, enquanto a gestão destes espaços fica por conta da iniciativa privada o que evidencia a propagação de estratégias de terceirização e privatização dos serviços, sobretudo com a transferência da gestão para as Organizações Sociais (OS).

Nos últimos 15 anos, foi possível acompanhar o avanço das ações políticas em torno da saúde mental as quais correspondem à deterioração da rede, ao sucateamento da política e à privatização dos serviços. No ano de 2006, verifica-se que a implantação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, a partir da lei 11.343, resultou em uma elevação expressiva no número de encarceramentos de dependentes químicos, inclusive em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Alguns anos mais tarde, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial é criada, sob a portaria de n° 3.088, com a abertura para a participação do setor privado na política nacional de saúde mental, além de regulamentar a comunidade terapêutica como parte integrante da RAPS.

Com um forte aumento no número de leitos psiquiátricos e alto investimento em comunidades terapêuticas, sobretudo por parte do setor privado, a aprovação da a Emenda Constitucional 95, logo após o Golpe de 2016, é analisada como um marco na agudização dos processos de contrarreforma que precarizaram ainda mais o sistema público de saúde, ao congelar o orçamento federal destinado a gastos com saúde por 20 anos, resultando no sucateamento da rede de serviços, além de estimular a alta procura por planos privados.

Ao final de 2017, um ano após a aprovação da EC 95, é aprovada a portaria n° 3.588 que, entre outros temas, estabeleceu uma série de mudanças significativas na RAPS, desconfigurando sua premissa de tratamento territorial e libertário e adotando

o retorno de hospitais psiquiátricos como serviços centrais de atendimento a pessoa em sofrimento psíquico.

Mais recentemente em 2018, já no primeiro ano do governo Bolsonaro, o então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, fez uma série de discursos defendendo a adoção de ações que visavam o desmonte da política de saúde mental e a primazia da atenção manicomial, em alguns casos de caráter religioso. No ano seguinte, um parecer do Ministério da Saúde, expedido através da técnica 11/2019, chegou a defender, inclusive, o retorno da eletroconvulsoterapia como tratamento para o sofrimento psíquico.

Constatou-se que, atualmente, o Brasil vivencia um processo da retomada da lógica manicomial, além do recrudescimento à criminalização e culpabilização dos grupos e classes subalternas. É de conhecimento geral que o número de pessoas em sofrimento psíquico vem subindo dramaticamente, principalmente desde o início da Pandemia de Covid-19. No entanto, com o retorno dos tratamentos arcaicos e da participação da iniciativa privada na rede de serviços, a indústria da loucura renasceu e vem se fortalecendo, o que deve implicar em sérios prejuízos à saúde das pessoas em sofrimento psíquico e, também, de outros grupos, como dependentes de álcool ou outras drogas. Parafraseando Basaglia, este segmento se revelará como um novo holocausto brasileiro visto que, não somente a política de saúde mental, mas, também, o SUS, em sua totalidade, se tornou completamente dependente da lógica privatista.

Portanto, a partir de toda a discussão exposta neste trabalho, é possível concluir que estamos vivendo, desde a década de 1990, um processo de contrarreforma na política de saúde mental brasileira. Processo este, que se intensificou no final da década de 2010, com a ascensão do projeto de extrema direita, que possui estreito alinhamento com os princípios ultra neoliberais. Observa-se que se o país quiser, de fato, avançar no processo de modernização da política de saúde mental, terá que enfrentar dois grandes desafios; extinguir, de uma vez por todas, as práticas de confinamento e acabar com o carácter mercantil privatista da política de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRASCO, A. B. (20 de 02 de 2019). *Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.* Fonte: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/

ALMEIDA, F. A. (2016). As residências terapêuticas e as políticas de saúde mental. *IGT rede, 13*(24), 105-114. Fonte: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262016000100007&lng=pt&nrm=iso

ALVES, D. F. (2020). Reforma Psiquiátrica e a Dependência Brasileira: entre o arcaico e o moderno. *Revista Katálvsis, 23*(01), 165-179. Acesso em 02 de 2020, disponível em https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p165

AMARANTE, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trjetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos (online), 1*, pp. 61-77. Acesso em 16 de 08 de 2021, disponível em https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006

AMARANTE, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cdernos de Saúde Pública (online), 11*(3), pp. 491-494. doi:https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024

AMARANTE, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

ARAUJO, I. M. (2018). Regulação em saúde no setor privado: o caso da ANS no Brasil e da ERS em Portugal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Fonte: https://www.scielo.br/j/physis/a/wcjykRkDqkw8nxPj3K6GjfM/?lang=pt

ARBEX, D. (2013). *O Holocausto brasileiro:: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospicio do Brasil.* Geração.

ARREGUI, C. C. (2017). Uma mirada crítica sobre la evaluación y el uso de la inforanción em las políticas sociales. Em S. F. SOTO, *Estado y políticas sociales en el proceso de hegemonia en América Latina.* Espacio Editorial.

BARROS, R. (2016). Tamanho do SUS precisa ser revisto. (C. COLUCCI, Entrevistador) Fonte: https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml

BASAGLIA, F. (1985). *A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico* (2 ed.). Rio de Janeiro: Graal.

BEHRING, E. B. (2008). *Políticas Sociais: fundamentos e história* (5 ed.). São Paulo: Cortez.

BEHRING, E. R. (2003). *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.* São Paulo: Cortez.

BEHRING, E. R. (2003). *Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.* São Paulo: Cortez.

BEHRING, E. R. (2019). Ajuste Fiscal permanente e contrarreforma no Brasil de redemocratização. Em E. SALVADOR, E. BEHRING, & R. L. LIMA, *Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social.* São Paulo: Cortez.

BISNETO, J. A. (2007). *Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática.* São Paulo: Cortez.

BOARINI, M. L. (2015). Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História Ciências - Saúde Manguinhos*. Fonte: https://www.researchgate.net/publication/285043561_Comunidades_terapeuticas_novas_perspectivas_e_propostas_higienistas

BRAGA, A. L. (2013). O Serviço Nacional de Doenças Mentais no governo JK: a assistência psiquiátrica para o Distrito Federal. Rio de Janeiro.

BRASIL. (2000). *Ministério da Saúde*. Fonte: Portaria n° 106, de 11 de fevereiro de 2000: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html

BRASIL. (2001). *Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001.* Brasília.

BRASIL, C. F. (2019). *Relatório de Inspeções.* Brasília: Biblioteca Priscila Pena Machado.

BRASIL, M. D. (1986). *Relatório final da 8º conferência nacional de saúde.* Brasília, Distrito Federal.

BRASIL. (2014). *Centro Cultural do Ministério da Saúde - CCMS*. Fonte: Hospício de Pedro II: da construção à descontrução: http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/index.php

BRASIL. (23 de 12 de 2011). *Portaria n° 3088, de 23 de dezembro de 2017.* Fonte: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL, G. D. (1991). *Princípios para a proteção das pessoas que padecem de enfermidades mentais e para melhoria da assistência em saúde mental.* Carta das Nações Unidas .

BRASIL, M. D. (2013). *Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial.* Fonte: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf

BRASIL, M. d. (2019). *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.* Brasília: Secretária de Atenção à saúde.

BRASIL, M. d. (2020). *Relatório Anual de Gestão (RAG) 2020.* Brasília: Secretária Executiva.

BRASIL. (20 de 05 de 1993). *Portaria n° 545, de 20 de maio de1993*. Fonte: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html

BRASIL. (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.* Acesso em 22 de 02 de 2022, disponível em Ministério da Saúde: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

BRASIL. (2017). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Atualização Junho de 2016.* Fonte: Ministério de Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciario Nacional: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYWY5NjFmZjctOTJmNi00MmY3LThlMTEtNWYwOTlmODFjYWQ5IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9

BRASIL. (2022). *Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2022. .* Brasília: Ministério da Saúde.

BRAVO. (2020). A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. *Ser Social, 22*(46), 191-209. Acesso em 14 de 03 de 2022, disponível em https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630

BRAVO, M. I. (2009). Política de Saúde no Brasil. Em M. e. al., *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* Brasília: : OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez.

BRAVO, M. I. (2009). Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. Em A. E. MOTA, *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional* (pp. 197-2017). São Paulo: Cortez.

BRAVO, M. I. (2011). *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais* (Vol. 4). São Paulo: Cortez.

BRESSER PEREIRA, L. C. (1995). *A reforma gerencial do Estado de 1995.* FGV sSB. Fonte: https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6289/4880

BRESSER PEREIRA, L. C. (1998). A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política, 45*. Fonte: https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004

CAMPOS, E. J. (2014). A contrarreforma do estado brasileiro e o desafio de avançar a participação democrática na gestão em saúde. *Políticas de participação e saúde*, pp. 165-196. Fonte: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42762?locale=pt_BR

CARCERÁRIA, P. (2018). *Relatório hospitais prisionais*. Fonte: carceraria.org.br: https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatrio_hospitais-priso-gt-sade-mental-e-liberdade-pastoral.pdf

CFP, C. F. (2019). *Relatorio Inspeção Hosp Psi*. Fonte: cfp.org.br: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final_v2Web.pdf

CHAUÍ, M. (2000). *Brasil: Mito fundador e sociedade autoritária.* São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

CIFALLI, A. C. (2016). POLÍTICA CRIMINAL BRASILEIRA NO GOVERNO LULA (2003-2010): diretrizes, reformas legais e impacto carcerário. *Cadernos de Estudos Sociais e Políticos, 5*(10). Fonte: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/CESP/article/view/20896

CONTREIRAS, H. M. (2015). Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na Cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cadernos de Saúde Pública [online], 31*(2), 285-297. doi:https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914

CORREIA, M. V. (2007). *Saúde no contexto da crise contemporâneo do Capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política da saúde brasileira.* São Luiz: ABEPSS.

COSTA, M. M. (2017). Análise de colaborações entre governo e ONGS e da densidade de ONGS no Brasil. *Revista de Administração Pública [online]*, 330-347. Acesso em 27 de 03 de 2022, disponível em https://doi.org/10.1590/0034-7612155003

COSTA, N. R. (2011). Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online], 16*(12), 4603-4614. Acesso em 10 de 03 de 2022, disponível em https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300009

COSTA - ROSA, A. (1987). Saúde Mental Comunitária: análise dialética das práticas alternativas. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo*.

COUTINHO, C. N. (2012). A Época Neoliberal: Revolução Passiva ou Contra-Reforma? *Revista Novos Rumos. V. 49 N. 1.2383*, p. 10.

CRESS, R. (2017). Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo. RN. Fonte: http://www.cressrn.org.br/noticias/ver/1137

CUNHA, A. D. (2020). Aspectos do conservadorismo higienista no Serviço Social clínico: implicações para o projeto ético-político profissional. *Libertas [online]*, 328-350. doi:10.34019/1980-8518.2020.v20.31729

DARDOT, P. L. (2016). *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal.* São Paulo: Boitempo.

DELGADO, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde (online), 17*(2). Acesso em 16 de 08 de 2021, disponível em https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212

DEVERA, D. &. (2007). Marcos históricos da reforma psiquiatrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na praxis. *Revista de Psicologia da UNESP, 6*(1), 58-80.

FARIAS, L. L. (2019). *Estado, nova direita e contrarreforma: uma análise sobre os atuais parâmetros da Política de Drogas no Brasil.* Brasília: Universidade de Brasília.

FALEIROS, V. P. (2009). A relação entre clínica e política em serviço social.

GURGEL, C. R. (2017). Para além da reforma do estado - crises e limites da razão neoliberal. Rio de Janeiro. Fonte: https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/5137/html

FIOCRUZ. (2013). *Casa de Oswaldo Cruz*. Fonte: Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil - 1832-1840: http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm

FONTE, E. M. (2012). Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Estudos de Sociologia, 1(18), pp. 1-23.

FONTES, B., & FONTE, E. M. (2010). *Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal.* Recife: Editora Universitária da UFPE.

FOUCAULT, M. (1972). *História da loucura na Idade Clássica.* São Paulo: Perspectiva.

FOUCAULT, M. (1995). O sujeito e o poder. Em H. L. DREYFUS, *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FOUCAULT, M. (1999). *Vigiar e punir: a história da violência nas prisões.* Petrópolis, RJ: Vozes.

GOMES, A. L. (2013). A Reforma Psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa - PB. João Pessoa.

GRUPPI, L. (1978). *O conceito de hegemonia em Gramsci* (2 ed.). (C. N. Vianna, Trad.) Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

HEIDRICH, A. V. (2007). *Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a pespectiva da desinstitucionalização.* Rio Grande do Sul: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Faculdade de Serviço Social - PUCRS. Fonte: http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/392

HEIDRICH, A. V. (2007). *Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a pespectiva da desinstitucionalização.* Rio Grande do Sul: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Faculdade de Serviço Social - PUCRS. Fonte: http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/392

IANNI, O. (2004). *A ideia de Brasil Moderno.* São Paulo: Brasiliense.

JABERT, A. (2001). Da nau dos loucos ao trem de doido: as formas de administração da loucura na primeira república: o caso do estado do Espírito Santo.

Repositório Institucional da Fiocruz KILSZTAIN, S. e. (2008). Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública [online], 24*(10), 2354-2362. doi:https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000016%3E.

LAURENTI, A. A. (2019). A privatização do setor público de saúde. *Le Monde Diplomatique Brasil*. Fonte: https://diplomatique.org.br/a-privatizacao-do-setor-publico-de-saude/.

LIMA, D. T. (14 de 09 de 2021). *A loucura na sociedade de classes*. Acesso em 03 de 2022, disponível em Blog da BOITEMPO: https://blogdaboitempo.com.br/2021/09/14/a-loucura-na-sociedade-de-classes/

MACHADO, L. D. (2001). Loucura e Subjetividade:. Em L. D. MACHADO, *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo* (pp. 50-61). São Paulo: Casa do Psicólogo.

MACIEL, L. C. (1973). *Nova Consciência/Jornalismo Contracultural: 1970- 1972.* Rio de Janeiro: Eldorado.

MARQUES, D. (2012). O sujeito em Lênin e Gramsci: o lugar e o método na formação política. *Revista Conhecimento Online*, 210-254. doi:https://doi.org/10.25112/rco.v2i0.254

MARTINS, M. E. (2019). Ressucitando a indústria da loucura?! Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 23. doi:https://doi.org/10.1590/Interface.190275

MENEZES, D. H. (2015). Uma breve análise da política de saúde brasileira: no contexto comtemporâneo. *JOINPP/ UFMA*, pp. 01-12. Fonte: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/uma-breve-analise-da-politica-de-saude-brasileira-no-contexto-contemporaneo-.pdf

MENICUCCI, T. M. (2003). *Público e Privado na Política à Saúde no Brasil: atores, processo e trajetória.* Belo Horizonte: Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

MONTEIRO, N. (2020). O Estado em desmonte frente à epidemia de covid-19. *Revista de Saúde Coletiva*, pp. 01-09. Fonte: https://www.scielo.br/j/physis/a/9KBHm65F9g5cV5TqymPcR7f/?format=pdf&lang=pt

MOTA, A. E. (2009). Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento histórico e tendências recentes. Em M. e. al, *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* Brasília: Cortez.

MTSM, M. N. (1987). *Manifesto de Bauru.* Brasilia: Revista InSURgência

NUNES, F. C. (01 de 03 de 2019). *Política de drogas em disputa: o que significa o avanço das Comunidades Terapêuticas no Brasil?* Fonte: Justificando: Mentes inquietas pensando direito: https://www.justificando.com/2019/03/01/politica-de-drogas-em-disputa-o-que-significa-o-avanco-das-comunidades-terapeuticas-no-brasil/

NUNES, M. O., JÚNIOR, J. M., PORTUGAL, C. M., & TORRENTÉ, M. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sóciopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência e Saúde Coletiva*, pp. 4489-4498.

OLIVEIRA, C. L. (2016). "Basaglia" e as práticas reabilitativas no centro de convicência. Belo Horizonte. Fonte: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-ASPHAB/1/oliveira__carla__disserta__o_mestrado_cd_.pdf

OLIVEIRA, M. F. (2005). Alianças e coalizões internacionais do governo Lula: o Ibas e o G-20. *Revista Brasileira de Política Internacional [online], 48*(2), 55-69. Fonte: https://doi.org/10.1590/S0034-73292005000200003

OLIVEIRA, R. F. (2011). A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. *Revista Uruguatá - academica multidisciplinar - DCS/UEM, 24*, 132-146. Fonte: https://www.novaconcursos.com.br/blog/pdf/contrarreforma.pdf

PAIM, J. S. (2012). Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate, v36, n.94,*, pp. 343-347. Fonte: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JYWNGPwpd8wnc97Zdz8H65N/?format=pdf&lang=pt

PASSOS, R. G. (2021). Em tempos sombrios, vamos falar de saúde mental. *Le Monde Diplomatique Brasil*. Acesso em 10 de 2021, disponível em https://diplomatique.org.br/em-tempos-sombrios-vamos-falar-de-saude-mental/

PEREIRA, M. O. (2017). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira.* Rio de Janeiro: Autografia.

PEREIRA, R. C. (2004). Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01). *Biblioteca Virtual em Saúde*.

PELBART, P. P. (1990). Manicômio mental: a outra face da clausura. Em A. (. LANCETTI, *Saúde Loucura* (pp. 130-138). São Paulo: Hucitec.

PINEL, P. (2007). *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania.* (J. A. GALLI, Trad.) Porto Alegre: Editora da UFRGS.

PINHO, E. S. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*. Acesso em 14 de 03 de 2022, disponível em https://www.scielo.br/j/csc/a/qrcT4cQb3qrPZSpHBwCq6Gj/abstract/?lang=pt

PRÉDES, R. L. (12 de 2017). O Serviço Social na política de saúde mental e na política sobre drogas na atualidade. *ENPESS*, pp. 1-16.

Psicologia, C. -C. (2017/2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas.* Brasília DF: Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal.

RESENDE, H. (2007). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. Em S. TUNDIS, & N. (. COSTA, *CIdadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.* Petrópolis: Vozes.

RIBEIRO, I. R. (2021). Fundo público e a construção da hegemonia no Brasil: as demandas das frações burguesas para as políticas econômicas e socias. Em E. e. SALVADOR, *Estado, política social e direitos.* Embu das Artes SP: Alexa.

SALVADOR, E. (2020). Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil. Em J. A. CASTRO, *Brasil: Estado de bem-estar social?* São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

SANTOS, F. L. (2020). Indústria farmacêutica durante os anos (nem tão) dourados: euforia e desencanto (1950-1960). *Temporalidades - Revista de História, 12*(2), pp. 155-184.

SANTOS, G. M. (2019). Contrarreforma neoliberal e política social: uma análise sobre serviço social. *Serviço Social Em Debate 2(1)*. Fonte: https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/3359

SPOHR, B. &. (2009). Bases epistemológicas da antipsiquiatria: a influência do Existencialismo de Sartre. *Rev. Abordagem gestalt (online)*, pp. 115-125. Acesso em 17 de 08 de 2021, disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000200007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1809-6867

Saúde, B. M. (2003). *Memória da Loucura.* (M. d. Saúde, Ed.) Brasília - DF: Centro Cultural da Saúde. Fonte: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura1.pdf

SAÚDE, F. N. (2012). *Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil. Relatório análiticо de prejuizos à sociedade, aos trabalhadores e ao erario por parte das organizações sociais.* Fonte: http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorioanalitico_frentecontrasOS.pdf

SERAPIONI, M. (2019). *Franco Basaglia: biografia de um revolucionário* (Vol. 26). Rio de Janeiro: istória, Ciências, Saúde - Manguinhos.

SHIMOGUIRI, A. F. (2017). A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. *Psicologia USP [online], 28*(3), 389-395. Acesso em 10 de 03 de 2022, disponível em https://doi.org/10.1590/0103-656420160123

SHIMOGUIRI, A. F. (2017). A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. *Psicologia USP [online], 28*(3), 389-395. Fonte: https://doi.org/10.1590/0103-656420160123

SILVA, M. F. (s.d.). Pensamento econômico heterodoxo e a questão do desenvolvimento: contribuições para valorização dos direitos fundamentais. Fonte: https://periodicos.unipe.br/index.php/direitoedesenvolvimento/article/view/427/359

SILVA, M. J. (2017). O processo de contrarreforma na política de saúde. *Jornada Internacional Políticas Públicas*, pp. 1-12. Fonte: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo3/oprocessodecontrarreformanapoliticadesaude.pdf

SOARES, L. T. (s.d.). *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina.* Petrópolis: Vozes.

SOARES, R. C. (04 de 2010). A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: Impactos e demandas ao Serviço Social. Recife. Fonte: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9499/1/arquivo6539_1.pdf

SOARES, R. C. (2010). *A Contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: Impactos e demandas ao Serviço Social.* Recife: Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social na UFPE.

TEIXEIRA, F. (s.d.). *O neoliberalismo em debate.* São Paulo: Cortez.

TEIXEIRA, M. O. (2019). Pinel e o nascimento do alienismo. Estudos e Pesquisas em Psicologia. *19*(2). Fonte: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/44288/30186

VASCONCELOS, E. M. (2008). *Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade* (Vol. 2). São Paulo: Cortez.

VENANCIO, A. T. (2011). Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos, 18*, pp. 35-52.

VIANA, D. D. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. Acesso em 03 de 2022, disponível em https://www.scielo.br/j/csc/a/n5ZmQDqh8LyqN5NzW8XM4jx/?lang=pt

VIEIRA, F. B. (2016). *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito À saúde no Brasil.* Brasília: IPEA.

YASBEK, M. C. (2009). *Classes Subalternas e assistência social.* São Paulo: Cortez.

YASUI, S. (1999). Construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico. *Dissertação de Mestrado em Psicologia e Sociedade, Assis: Faculdade de Ciências e Letras de Assis*.