

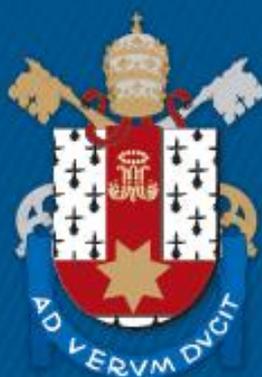
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

LAUREM JANINE PEREIRA DE AGUIAR

**POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS: (IM)POSSIBILIDADES DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO CAPITALISMO BRASILEIRO**

Porto Alegre
2020

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

LAUREM JANINE PEREIRA DE AGUIAR

**POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS: (IM)POSSIBILIDADES DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CAPITALISMO BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

Orientadora: Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre
2020

Ficha Catalográfica

A282p Aguiar, Laurem Janine Pereira de

Por uma sociedade sem manicômios : (im)possibilidades da Reforma Psiquiátrica no capitalismo brasileiro / Laurem Janine Pereira de Aguiar .
– 2020.

192 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Reforma Psiquiátrica brasileira. 2. Movimento de Luta Antimanicomial. 3. Capitalismo. 4. Neoliberalismo. 5. Conferências Nacionais de Saúde Mental. I. Bellini, Maria Isabel Barros. II. Título.

LAUREM JANINE PEREIRA DE AGUIAR

POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS: (IM)POSSIBILIDADES DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO CAPITALISMO BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Serviço Social.

Orientadora: Maria Isabel Barros Bellini

Aprovada em: ____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Analice de Lima Palombini - UFRGS

Prof.^a Dra. Beatriz Gershenson – PUCRS

Prof.^a Dra. Maria Isabel Barros Bellini – PUCRS (orientadora)

Porto Alegre
2020

AGRADECIMENTOS

*Congela o tempo pr'eu ficar devagarinho
Com as coisas que eu gosto
E que eu sei que são efêmeras*

Tulipa Ruiz

Estes momentos, que nomeamos como “fins” ou “começos” de “etapas”, nos desafiam a olhar com calma para as relações que nos cercam e nos tocam de alguma forma. Traduzir o que foi e o que está sendo pode ser tão complexo quanto ler, pesquisar, elaborar, criar novas sínteses etc. O receio de deixar “passar algo”, quase me impossibilita de escrever, afinal como se agradece a tudo que existe nessa vida?

Agradeço, então, à vida e todas as oportunidades que tem me dado, não apenas no sentido produtivo da palavra, mas a oportunidade, como traduz a cantora chilena, Violeta Parra, de poder *olhar, distinguir, escutar, pensar, declarar, andar, apreciar, contestar, sorrir, amar, enfim, viver.*

Sendo assim, devo agradecer as pessoas que me colocaram no mundo e se esforçaram para fazer dele um lugar melhor para mim e para meus irmãos. Minha mãe, Jocelaine, mulher que me orgulha tanto e que me estimula todos os dias a seguir seus passos, pois é tão ética e comprometida com tudo e todos. É para mim a pessoa mais linda do mundo. Agradeço também ao meu pai, Roberto, pelo apoio incondicional, pelo carinho e pela escuta atenta aos meus questionamentos intermináveis. Amo-os infinitamente. Aos meus irmãos Bruno e Vitor e a minha cunhada Tássia, que compartilham a vida comigo. Agradeço as recepções calorosas em Santa Maria, as “trocas de ideias”, de músicas, de leituras, de cafés. Aos meus primos e primas e, principalmente, aos meus tios Marcelo, Duda e Jaqueline. Agradeço pelas acolhidas.

Aliás, minha “vinda” de Santa Maria para Porto Alegre, fez com que eu ganhasse uma nova família. Agradeço à Miriam e ao Fernando, meus sogros, pela convivência diária, pelo teto compartilhado, pelos almoços e jantares, pelas conversas em torno da mesa, pelo carinho. Agradeço à Ana Rosa, ao Marcus e ao Eduardo pela alegria que trazem quando nos visitam.

Ao Giovane Zuanazzi, meu companheiro, meu amor, agradeço pela sua existência que torna meus dias tão mais intensos e bonitos. A poesia latino-americana, que me apresentaste, nas palavras de Mario Benedetti, dão forma e expressão ao sentimento que me habita: *Te amo porque tuas mãos trabalham por justiça, porque teu olhar semeia futuro, porque tua boca sabe gritar rebeldia e porque na rua, lado a lado somos muito mais que dois.* Obrigada pelo estímulo,

pelo alento, pela leitura, pelas revisões, pelas discussões incansáveis noites adentro e por todo carinho e reciprocidade.

Agradeço também às amigadas que fiz e às amigadas que fortaleci. Especialmente às colegas do NETSI, às “migas da revolução” e às companheiras do Grupo de Formação Comuna. Como compusera Renato Russo: *o sistema é mau, mas minha turma é legal*.

Ingressar no Programa de Pós-graduação em Serviço Social foi um presente na minha vida. A estrutura do programa me permitiu fluir de forma muito leve na construção de minha pesquisa. Sendo assim, agradeço a todas as professoras e aos espaços individuais ou coletivos que me “muniram” de conhecimento. Agradeço em especial a minha orientadora Maria Isabel Barros Bellini, pelas experiências compartilhadas, pelas trocas de saberes, pela amizade, pela disponibilidade e pela liberdade que me destes para seguir nesta caminhada. A professora Beatriz Gershenson (PUCRS) e a professora Analice Palombini (UFRGS) agradeço pelas contribuições valiosas na banca de qualificação e na minha defesa.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001” (“This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001”). Neste sentido, agradeço a CAPES e ao CNPq pelas bolsas de estudos parcial e integral, respectivamente, tornando viável a minha pesquisa e a de tantas outras pesquisadoras e pesquisadores.

Agradeço ao Partido dos Trabalhadores pela ampliação do acesso à universidade e por transformar a minha vida, a da minha família e a de milhares de brasileiras e brasileiros, ainda que entre profundas contradições. Agradeço, acima de tudo, à Articulação de Esquerda – tendência do partido – onde aprendi a me colocar em movimento. Aos estágios de vivência organizados pelo Movimento Estudantil na Reforma Agrária e no SUS, e ao professor Vanderlei Franck Thies pela disponibilidade e pelas aulas inspiradoras (mesmo em condições adversas) que me auxiliaram a ver o mundo a partir de uma lente crítica de análise.

Por fim, à classe trabalhadora organizada, agradeço o legado de luta, de revoltas e de revoluções que me fazem acreditar que a transformação do mundo não só é necessária como é possível. Agradeço especialmente a militância antimanicomial em todo o mundo e no Brasil pela construção de uma sociedade mais justa e igualitária, que respeita e legitima a diversidade humana.

*Em memória de minha avó, Carmelina de Melo Pereira, e de todas as
mulheres da classe trabalhadora que um dia sonharam e lutaram
para que suas filhas e netas ocupassem espaços antes inimagináveis,
como a universidade.*

*Nossos inimigos dizem: A luta terminou.
Mas nós dizemos: ela apenas começou.*

*Nossos inimigos dizem: A verdade está liquidada.
Mas nós dizemos: Nós a sabemos ainda.*

*Nossos inimigos dizem: Mesmo que ainda se conheça a verdade
Ela não pode mais ser divulgada.
Mas nós a divulgamos.*

*É a véspera da batalha.
É a preparação de nossos quadros.
É o estudo do plano de luta.
É o dia antes da queda
De nossos inimigos.*

Bertolt Brech

RESUMO

Esta dissertação investiga como vem se constituindo a Reforma Psiquiátrica brasileira, dos primórdios da luta antimanicomial até o ano de 2019, considerando a centralidade do capitalismo brasileiro e de suas conjunturas políticas específicas. A partir de uma análise dos relatórios finais das quatro conferências nacionais de saúde mental, bem como do Manifesto e da Carta de Bauru, buscamos compreender os diferentes contextos, atores, bandeiras e estratégias que emergem das fontes. Esta é uma pesquisa documental de cunho qualitativo, baseada no método materialista histórico-dialético e suas categorias – historicidade, totalidade e contradição – que possui como objetivo revelar as relações e as lógicas do processo aqui estudado. A partir da análise de conteúdo, buscamos descrever, interpretar e elaborar novas sínteses que contribuam para o processo de consolidação e aperfeiçoamento da Reforma Psiquiátrica brasileira, compreendida não só como um conjunto de políticas públicas, mas como um processo que, sendo fruto da luta social, é marcado por conflitos e disputas. Neste sentido, a reforma destaca-se não só pelas mudanças estruturais que produziu, contestando a lógica manicomial, reproduzida desde a colonização. Nem mesmo apenas pelo conjunto de mudanças legais que a mesma engendrou. Mas, sobretudo, porque buscou construir um outro lugar social para a loucura, transformando radicalmente a vida das pessoas com sofrimento psíquico. Este processo, oriundo da luta dos movimentos sociais, possibilitou que aqueles e aquelas, antes secundários, quando submetidos ao manicômio, passassem a ocupar o protagonismo e a centralidade da elaboração e efetivação do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país. Assim, ao analisarmos as quatro conferências de saúde mental, fica notório que a conjuntura política e econômica importa: não só pelos impactos mais evidentes, através das ações e inações de determinado governo para com a política ou pelas posições dos movimentos sociais; mas porque a história da Reforma Psiquiátrica é, em realidade, uma faceta da história da luta de classes no Brasil. Sendo assim, um ótimo sinal é a retomada de uma concepção revolucionária de saúde expressa pela Carta de Bauru, publicada em 2017, onde ocorre uma síntese entre os avanços práticos que a Reforma conquistou nas últimas décadas e as perspectivas mais radicalizadas que marcaram o início da luta antimanicomial. As posições expostas no documento, ao lado de sua defesa do socialismo, põem em movimento a antiga consigna dos revolucionários e revolucionárias socialistas, sintetizada por Rosa Luxemburgo: socialismo ou barbárie.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica brasileira; Movimento de Luta Antimanicomial; Capitalismo; Neoliberalismo; Conferências Nacionais de Saúde Mental.

RESUMEN

Esta disertación investiga cómo se ha constituido la Reforma Psiquiátrica brasileña, desde el comienzo de la lucha antimanicomial hasta 2019, considerando la centralidad del capitalismo brasileño y sus coyunturas políticas específicas. Basado en un análisis de los informes finales de las cuatro conferencias nacionales de salud mental, así como del Manifiesto y la Carta de Bauru, buscamos comprender los diferentes contextos, actores, banderas y estrategias que emergen de las fuentes. Esta es una investigación documental cualitativa, basada en el método materialista histórico-dialéctico y sus categorías (historicidad, totalidad y contradicción) que tiene como objetivo revelar las relaciones y la lógica del proceso estudiado aquí. Con base en el análisis de contenido, buscamos describir, interpretar y elaborar nuevas síntesis que contribuyan al proceso de consolidación y mejora de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, entendida no solo como un conjunto de políticas públicas, sino como un proceso que, como resultado de la lucha social, está marcado por conflictos y disputas. En este sentido, la reforma se destaca no solo por los cambios estructurales que produjo, desafiando la lógica del asilo, reproducida desde la colonización. Ni siquiera por el conjunto de cambios legales que provocó. Pero, sobre todo, porque buscaba construir otro lugar social para la locura, transformando de forma radical la vida de las personas que sufren de enfermedades mentales. Este proceso, que surgió de la lucha de los movimientos sociales, hizo posible que aquellas y aquellos, previamente secundarios, cuando se sometieron al asilo, ocupen el papel principal y la centralidad de la elaboración y efectividad de la redirección del modelo de atención de salud mental en el país. Por lo tanto, al analizar las cuatro conferencias de salud mental, queda claro que el contexto político y económico es importante: no solo por los impactos más evidentes, a través de las acciones e inacciones de un gobierno determinado hacia la política o las posiciones de los movimientos sociales; pero porque la historia de la Reforma Psiquiátrica es, en realidad, una faceta de la historia de la lucha de clases en Brasil. Por lo tanto, una gran señal es la reanudación de un concepto revolucionario de salud expresado por la Carta de Bauru, publicada en 2017, donde hay una síntesis entre los avances prácticos que la Reforma ha logrado en las últimas décadas y las perspectivas más radicales que marcaron el comienzo de la lucha antimanicomial. Las posiciones expuestas en el documento, junto con su defensa del socialismo, pusieron en marcha la vieja consigna de revolucionarios y revolucionarias socialistas, sintetizada por Rosa Luxemburgo: socialismo o barbarie.

Palabras Clave: Reforma psiquiátrica brasileña; Movimiento de lucha antimanicomial; Capitalismo; Neoliberalismo; Conferencias Nacionales de Salud Mental.

LISTA DE SIGLAS

ABI - Associação Brasileira de Imprensa
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
ARENA- Aliança Renovadora Nacional
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
CNSM-I - Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial
CPPII - Centro Psiquiátrico Pedro II
CTs - Comunidades Terapêuticas
CONASS- Conselho Nacional de Secretaria de Saúde
CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
EC – Emenda Constitucional
FHC – Fernando Henrique Cardoso
GT – Grupo de Trabalho
IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRAPSI - Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LGBTQI - Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transexual, Queer e Intersexual
MDB - Movimento Democrático Brasileiro
MNLA - Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MP – Ministério Público
MS – Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
REME - Movimento de Renovação Médica
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONGs - Organizações não Governamentais
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PNDH - Programa Nacional de Direitos Humanos
PL – Projeto de Lei
PT - Partido dos Trabalhadores
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PSF - Programa de Saúde da Família
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RENILA - Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos
SOSINTRA - Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho
STF - Supremo Tribunal Federal
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

LISTA DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Gráfico 1 –Número de CAPS existentes em cada ano.....	157
Quadro 1 –Análise da I Conferência Nacional de Saúde Mental.....	62
Quadro 2 –Análise do Anexo: Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República.....	66
Quadro 3 –Análise do Manifesto de Bauru.....	77
Quadro 4 –Análise da II Conferência Nacional de Saúde Mental.....	95
Quadro 5 –Análise da III Conferência Nacional de Saúde Mental.....	114
Quadro 6 –Análise da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.....	150
Quadro 7 –Análise da Carta de Bauru – 30 anos.....	168
Tabela 1 –Gastos em saúde mental do Ministério da Saúde. Brasil, 2001-2009.....	123

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 NO CAPITALISMO NADA É TRIVIAL OU SINGELO	24
2.1 O nascimento da besta-fera: transição capitalista, conflitos e embates.....	25
2.1.1 A Europa antes do capitalismo.....	26
2.2 Um caminho até o imperialismo	28
2.3 Neoliberalismo: outra face da besta-fera.....	33
2.4 O caso latino-americano e brasileiro	35
3 PARA QUE NÃO SE ESQUEÇA, PARA QUE NUNCA MAIS ACONTEÇA: UMA HISTÓRIA ATÉ O INÍCIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	40
3.1 Notas sobre o lugar da loucura na sociedade brasileira.....	41
3.2 Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM): Contra o descaso e a violência	47
3.3 I Conferência Nacional de Saúde Mental.....	52
3.3.1 Economia, sociedade e estado: impactos sobre a saúde e doença mental	53
3.3.2 Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental.....	55
3.3.3 Cidadania e doença mental: direitos deveres e legislação do doente mental	58
3.3.4 Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República.....	63
3.5 Análise da I CNSM e anexo.....	69
4 O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL: POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS!	75
4.1 O Manifesto de Bauru	76
4.2 Análise do Manifesto	78
4.3 Considerações sobre o Movimento de Luta Antimanicomial	79
5 CONSTRUINDO REDES, ROMPENDO AMARRAS	83
5.1 II Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil	85
5.1.1 Marcos Conceituais	86
5.1.2 Atenção à saúde mental e municipalização	90
5.1.3 Direitos e legislações.....	92
5.2 Análise da II CNSM.....	97
6 DA LUTA À LEGALIDADE: A REFORMA EM PAUTA	100
6.1 Lei nº 10216/2001	101
6.2 III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir não.....	102
6.2.1 Saúde Mental na 11ª Conferência Nacional de Saúde.....	103

6.2.2 Sobre a III CNSM	104
6.2.3 Temário	105
6.2.4 Legislação da III CNSM	113
6.2.5 Demais documentos e Anexos	114
6.3 Análise da III CNSM.....	117
7 ENTRE CONQUISTAS E CONTRADIÇÕES: A REFORMA INCONCLUSA.....	122
7.1 IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial: Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios	124
7.1.1 Metodologia de Consolidação do Relatório Final da IV CNSM-I.....	127
7.1.2 Eixo I – Políticas Sociais e Políticas de Estado: Pactuar caminhos intersetoriais.....	128
7.1.3 Eixo II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais	135
7.1.4 Eixo III – Direitos humanos e cidadania como desafio ético e Intersetorial	141
7.1.5 Moções aprovadas na IV CNSM-I.....	148
7.1.6 Anexos da IV CNSM-I.....	150
7.3 Análise da IV CNSM-I.....	153
8 UMA CRISE, UM GOLPE E OS REBATIMENTOS NA REFORMA	
PSIQUIÁTRICA.....	160
8.1 30 anos de Divulgação da Carta de Bauru	166
8.2 Análise - 30 anos de Divulgação da Carta de Bauru	172
8.3 Faces de um projeto de barbárie.....	175
9 CONCLUSÕES.....	180
REFERÊNCIAS	184
APÊNDICE A – DOCUMENTOS DE ANÁLISE.....	192

1 INTRODUÇÃO

“El problema de la opresión, de la institucionalización, no tiene que ver sólo con el enfermo mental o el manicomio, sino con la estructura social en su totalidad, el mundo del trabajo en todas sus articulaciones”.

Basaglia

Refletir acerca do processo da Reforma Psiquiátrica vai muito além de pensar sobre a forma de tratamento ou condição das pessoas com sofrimento psíquico. É compreender o mundo do trabalho, as classes sociais e suas capacidades de organização; considerar os direitos sociais estabelecidos, os conflitos e tensões postos e, acima de tudo, atuar em prol de um mundo livre de qualquer forma de opressão e exploração.

O cenário atual, marcado por um forte acirramento da luta de classes (IASI, 2018), transformações no mundo do trabalho (ANTUNES, 2018) e por uma série de alterações nas políticas sociais (YAZBEK, 2016), desafia-nos a reconstituir o caminho trilhado até o momento, considerando as alterações conjunturais e históricas, bem como os debates travados nas últimas décadas, a fim de contribuir para o aprofundamento e consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A escolha deste tema ocorreu por uma soma de diferentes fatores, onde destaca-se minha formação profissional enquanto terapeuta ocupacional e minha relação com os movimentos sociais do campo e da cidade. Destaca-se, ainda, minha aproximação da luta antimanicomial, especialmente a partir do processo de retomada do projeto “Vivências e Estágios na Realidade do SUS” (VER-SUS) no estado do Rio Grande do Sul, onde tive a oportunidade de atuar ativamente, construindo, também, o coletivo estadual Viver-SUS e o coletivo Sou SUS no município de Santa Maria (RS). Todos estes espaços foram ocupados, em maior ou menor grau, pelas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e sua importância para a construção de uma perspectiva não manicomial para o cuidado em saúde mental.

No período mais recente, aprofundi minha prática e meus estudos sobre a Reforma Psiquiátrica. Em 2016, ingressei na Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), onde estive em cenários de prática que possuíam distintas complexidades e atribuições na atenção em saúde e/ou assistência. Tive a oportunidade de trabalhar em Porto Alegre (RS), enquanto residente, no Geração POA, um serviço de geração de trabalho e renda; no Centro POP 1, serviço de atenção à população em

situação de rua; e, em Novo Hamburgo (RS), nos CAPS II e CAPSi, além de atuar por um curto período na FASE.

Pude perceber, no cotidiano dos serviços, que a precarização que impossibilitava o atendimento às demandas era algo comum entre eles e entre as redes aos quais pertencem. Essa situação está diretamente relacionada com um momento de fortalecimento de políticas neoliberais, que geram uma radicalização da questão social, ampliando as necessidades da população, o que faz crescer a demanda pelos serviços de assistência e saúde; ao mesmo tempo em que se acentuam as restrições de recursos para as políticas sociais (IAMAMOTO, 2015).

Neste mesmo ano, ocorreu o processo de impedimento da presidenta Dilma Rousseff, primeira mulher a ocupar o posto máximo da nação, resultando em um enorme retrocesso no campo das conquistas sociais. O golpe significou o avanço do conservadorismo e o aprofundamento de políticas neoliberais – responsáveis, como aponta Bravo (s.d), pelo desmonte da Política de Saúde elaborada na década de 1980, visto que vinculam a saúde ao mercado e depositam os custos da crise econômica e política nas costas da população.

Este processo tem resultado, desde então, em medidas regressivas com relação aos direitos sociais. A aprovação e vigência da Emenda Constitucional 95, conhecida como “PEC da Morte”, responsável por estabelecer um novo regime fiscal, caracterizado pelo congelamento das despesas primárias (saúde, educação, moradia, mobilidade etc.), talvez seja um dos primeiros e mais importantes símbolos do período aberto em 2016. De lá para cá, tantos outros são os acontecimentos que caminham na mesma direção: a aprovação da reforma trabalhista, a regulamentação das terceirizações, a reforma da previdência e, no campo da saúde, a expansão dos recursos destinados ao setor privado e o reforço do modelo hospitalocêntrico, alimentando o sempre presente *fantasma dos manicômios*.

A vitória de Jair Bolsonaro, por sua vez, promoveu uma radicalização do processo do golpe, a partir de uma face ainda mais conservadora. É evidente que o conservadorismo nunca se extirpou, mas é também verdadeiro que o mesmo vivia, desde o fim da ditadura militar, mais ou menos camuflado nas entranhas de nossa frágil democracia. Esta parceria entre o conservadorismo e as políticas neoliberais tenta, a todo instante, colocar as políticas públicas sociais em um outro lugar: ao invés de preconizar a garantia de direitos da população, atenta para a focalização do acesso e para a expansão do financiamento do privado, enfraquecendo e criminalizando a participação popular, bem como, moralizando as expressões da questão social (BARROCO, 2015).

Desta forma, o momento em que vivemos é uma expressão nítida do processo de restauração do poder de classe da burguesia¹, onde se opera uma redistribuição da riqueza e da renda da população em direção às classes altas; em uma verdadeira acumulação por expropriação, dos pobres pelos ricos (HARVEY, 2007).

Na dinâmica deste processo, agravam-se os problemas elencados por Benedetto Saraceno (ALVES, 2011), tais como a necessidade de maior coordenação entre os serviços de saúde mental e o conjunto do sistema, com destaque para a atenção básica, a falta de avaliação e documentação das práticas de cuidado; e a frágil unidade entre atores da política. No atual cenário, onde aprofunda-se o desmantelamento dos serviços públicos e enxugam-se os gastos com o social, torna-se ainda mais difícil a efetivação do que foi aprovado em lei – que também passa a ser alvo de uma contrarreforma. Portanto, além da criação de alternativas que permitam o avanço da política, faz-se cada vez mais necessário combater e barrar os retrocessos.

É neste cenário, de instabilidade política e social, que desenvolvi a pesquisa. Redigi a dissertação em um tempo reduzido, visto que, em decorrência dos cortes de bolsas e da insegurança promovida pelo governo com relação ao financiamento da educação pública, dispus de apenas três semestres para cursar o mestrado. A situação destes últimos anos, contudo, também instigou-me a prosseguir com meus estudos, a fim de compreender o capitalismo brasileiro e a Reforma Psiquiátrica, atentando para as diferentes conjunturas vividas desde o início do processo.

Para trilhar esta caminhada, considerando que uma pesquisa deve ser a busca por responder um problema posto pela realidade (PRATES, 2004), optei pelo método materialista histórico dialético, pois, como afirma Minayo (2010), com ele temos a possibilidade de compreensão da dinâmica do real de determinada sociedade e do processo histórico em seu peculiar dinamismo. Isto ocorre, antes de tudo, porque considera-se que “não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência” (MARX; ENGELS, 2007, p.

¹ Harvey argumenta, seguindo reflexões de Dumenil e Levy, que o neoliberalismo surgiu como um processo de restauração do poder classe da burguesia. Tanto nos países capitalistas, que viram elevar a concentração econômica e observaram a fragilização dos sindicatos, dos movimentos sociais e dos partidos de esquerda; quanto por seus efeitos em países socialistas, onde acabaram por fazer florescer uma nova burguesia. Ou seja, a restauração do poder de classe através do neoliberalismo é algo operado tanto em países onde a burguesia nunca perdeu, de fato, o poder; quanto em países que passaram por revoluções. No caso brasileiro, onde a burguesia seguiu controlando os principais mecanismos de poder, quando referimo-nos a restauração do poder de classe, estamos afirmando que a radicalização destas políticas tem gerado uma expansão do domínio e da renda dos capitalistas, ainda que ambos nunca tenham estado, de fato, ameaçados.

94). Em outras palavras, não estudo a Reforma Psiquiátrica brasileira de maneira desligada da produção e reprodução da vida material, mas sim como parte de uma totalidade.

Todavia, não se pode confundir esta perspectiva – que vai da terra ao céu e não do céu à terra – com um “economicismo vulgar”, visto que

Não é o predomínio dos motivos econômicos na explicação histórica que diferencia decisivamente o marxismo da ciência burguesa, mas o ponto de vista da totalidade. A categoria da totalidade, o domínio do todo sobre as partes, que é determinante e se exerce em todos os domínios (LUKÁCS *apud* CHAGAS, 2011, p. 66-67).

Para além da categoria totalidade, destaco a importância da historicidade e da contradição, visto que possibilitam analisar o movimento e as transformações da realidade, que são ao mesmo tempo processuais e contínuas e, desta forma, apreender o processo de constituição da Reforma Psiquiátrica, atentando para as conjunturas específicas de cada período – onde considero, além do contexto, os atores, as bandeiras e as estratégias que mobilizaram a reforma.

Busquei produzir, neste trabalho, uma investigação de abordagem qualitativa, compreendida como aquela que se aplica ao estudo da história e das relações, permitindo desvelar processos sociais e possibilitando, mais do que descrever, conhecer as lógicas internas e a relação entre determinados processos (MINAYO, 2010). No caso específico desta pesquisa, busquei pôr à vista as relações e as lógicas do processo aqui estudado, a saber: a Reforma Psiquiátrica brasileira. Para isso, além de considerar as características do capitalismo brasileiro, abordei uma larga gama de materiais, de onde selecionei seis documentos para uma análise mais aprofundada.

Neste sentido, foi a partir da definição proposta por Antonio Carlos Gil, que optei pela pesquisa documental, tendo em vista que a mesma “vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2002, p. 45). Desta maneira, busquei proceder com uma análise original sobre os significados de cada documento, embora já existam outros trabalhos que o abordem, não identifiquei nenhum que tenha elencado o mesmo objetivo e perspectiva.

Optei por selecionar os relatórios finais das quatro conferências nacionais de saúde mental, realizadas nos anos de 1987, 1992, 2001 e 2010, sob conjunturas totalmente distintas. Abordei, ainda, outros dois documentos produzidos pelo movimento antimanicomial – o

Manifesto de Bauru, de 1987, e a Carta de Bauru (2017). Estes são documentos² que possibilitam, pela importância histórica que possuem e por terem sido construídos a muitas mãos, refletir sobre a Reforma e suas (im)possibilidades. Outros documentos, quando referidos, estão cumprindo papel de referência bibliográfica, com o objetivo de dar suporte à construção de minha análise.

Visto que os documentos “não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto” (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 39), busquei localizar não só o documento em si, mas a conjuntura histórica sob a qual o mesmo foi forjado. Desta maneira, em cada análise, o leitor encontrará reflexões gerais ao lado de considerações mais específicas, possibilitando uma compreensão do processo em sua totalidade. Intentando cumprir com os objetivos de nossa pesquisa, utilizo a análise de conteúdo para descrever e interpretar os documentos aqui contemplados, buscando não apenas realizar uma revisão, mas também, formular novas sínteses que contribuam para o processo de consolidação e aperfeiçoamento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A professora Maria Cecília de Souza Minayo caracteriza a perspectiva da análise de conteúdo como:

Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequência das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda (apud MINAYO, 2010, p. 307).

Sendo assim, essa metodologia “constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias” (MORAES, 1999, p.2). Para operacionalizar a análise de conteúdo, é necessária uma “leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material” (MINAYO, 2010, p. 308). Para isso, é necessário relacionar estruturas semânticas e sociológicas, buscando o processo de produção da mensagem – ao considerar fatores psicossociais, contexto cultural, entre outros fatores que compõem o movimento analítico (MINAYO, 2010).

Para instrumentalizar minha análise, construí quadros a partir de quatro elementos que busquei localizar em todos os textos, a saber: contexto, atores, bandeiras e estratégias. Preenchi cada um destes com as categorias que emergiam (direta ou indiretamente) dos documentos,

² A relação dos documentos selecionados pode ser encontrada no apêndice A.

buscando construir categorias mais gerais e sintetizar os principais pontos apresentados, a fim de orientar a análise realizada e possibilitar que o leitor tenha uma visão daquilo que considere a essência de cada uma das fontes.

Desta forma, pretendi desenvolver um trabalho que permitisse o estudo de, como afirma YIN (2001, p. 121), “uma ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes”, possibilitando “linhas convergentes de investigação”. Primei, ao longo de toda a pesquisa, por respeitar os aspectos éticos, sejam eles sobre a elaboração dos textos – plágio e fraude – ou acerca da preocupação e do respeito com os materiais selecionados (DESLANDES, 2012).

Um dos meus objetivos, ainda em relação com esta pesquisa, diz respeito ao resgate e a preservação da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Como escreveu o jornalista e militante argentino Rodolfo Walsh:

Nuestras clases dominantes han procurado siempre que los trabajadores no tengan historia, no tengan doctrina, no tengan héroes ni mártires. Cada lucha debe empezar de nuevo, separada de las luchas anteriores. La experiencia colectiva se pierde, las lecciones se olvidan. La historia aparece así como propiedad privada cuyos dueños son los dueños de todas las cosas (WALSH, [1968], online).

Com base nesta reflexão, escolhi trazer à luz importantes textos do processo da reforma e da luta antimanicomial, a fim de mostrar a continuidade das lutas e resgatar a experiência coletiva e as lições que não podemos esquecer. No proceder da escrita, optei por abordar cada documento de maneira cronológica e, em cada análise, atentar especialmente aos temas relacionados com o momento de elaboração daquele documento – embora, vez o ou outra, tenha redigido comentários sobre atualidade, deixei minhas considerações sobre o período mais recente para o capítulo final. Este movimento, em minha opinião, possibilita que as análises aqui presentes não acabem descontextualizadas em decorrência das mudanças conjunturais.

Dessa maneira, no capítulo *No capitalismo nada é trivial ou singelo*, começo discorrendo sobre a história do desenvolvimento capitalista – resgatando, em um primeiro momento, a discussão sobre o nascimento do capitalismo na Europa e a sua evolução até o neoliberalismo. Além de discorrer sobre o modo de funcionamento e a lógica que orienta esta *besta-fera*, e atentar para a permanente resistência existente, busquei caracterizar alguns elementos centrais do capitalismo latino-americano e brasileiro, fortemente marcado pela dependência externa, pela democracia restrita e pela profunda desigualdade social. Compreender estas características auxilia no entendimento de cada conjuntura abordada neste trabalho.

Em *Para que não se esqueça, para que nunca mais aconteça: uma história até o início da Reforma Psiquiátrica*, procurei discorrer sobre o lugar social da loucura no Brasil, tecendo considerações sobre o tratamento dispensado às pessoas com sofrimento psíquico desde o período colonial até o momento de transição à democracia, nos anos 1980. Abordo, a partir de então, o contexto de realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e analiso seu relatório final, marcado fortemente por uma perspectiva revolucionária de saúde e a defesa da inclusão das pautas da saúde mental no processo da reforma sanitária e na luta da Constituinte.

No capítulo seguinte, intitulado *O Movimento de Luta Antimanicomial: Por uma sociedade sem manicômios!*, analiso o Manifesto de Bauru, símbolo da luta e do nascimento deste movimento social que, desde seus primórdios, prezou por combater todas as formas de opressão e exploração. Não só combatendo o manicômio e a mercantilização da loucura, mas compreendendo que "lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida" (MANIFESTO DE BAURU, 1987, online). Busquei compreender também, neste capítulo, os princípios que orientavam a organização do movimento.

Já em *Construindo redes, rompendo amarras*, abordei o período posterior à aprovação da Constituição de 1988, discorrendo sobre a frustração aberta nos primeiros anos da Nova República, marcados pelo avanço das políticas neoliberais e pelo conturbado governo Collor, interrompido em meio ao processo da II CNSM – que transcorre no ano de 1992, iniciando suas etapas municipais durante o governo Collor e tendo seu encontro nacional já sob Itamar. A II CNSM é marcada pela ampla participação de usuários e familiares, demonstrando a força e amplitude que o movimento antimanicomial vinha conquistando. Esta é, também, a conferência que inicia um processo de elaboração de pautas que instrumentalizam a Reforma Psiquiátrica na prática – apesar de recuar com relação ao horizonte mais geral, se comparada com a primeira, a mesma traz avanços importantes para o campo da saúde mental.

Se, quando da realização da segunda conferência, a rede substitutiva dava seus primeiros passos, o período abordado no capítulo *Da luta à legalidade: a Reforma em pauta* diz respeito a um momento de já relativa expansão, com a reforma ocorrendo no contexto do SUS e com diversas leis estaduais de reforma psiquiátrica sendo aprovadas. Meses antes da III CNSM, em 2001, também foi aprovada a Lei nº 10.216, inspirada no projeto apresentado, ainda em 1989, pelo então deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), fato que acabou por legalizar nacionalmente a Reforma Psiquiátrica, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental

e contribuindo para o enfraquecimento das políticas neoliberais. A III CNSM, neste contexto, dará prosseguimento às deliberações de caráter mais “instrumental” da segunda conferência e elaborará uma série de pautas específicas, partindo de uma visão mais geral baseada na defesa da democracia, dos direitos e da cidadania.

Analisei as deliberações da IV CNSM-I no capítulo *Entre conquistas e contradições: a reforma inconclusa*, abordando os avanços que ocorreram a partir da vitória de Luiz Inácio Lula da Silva para a Presidência, com a expansão acentuada da rede substitutiva que passou, no ano de 2006, a receber mais financiamento do que os hospitais psiquiátricos. Este também foi um período de contradições e limitações: a própria quarta conferência só foi convocada após mobilização e pressão por parte dos militantes da reforma que, em 2009, convocados pela Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, organizaram uma grande marcha à Brasília para exigir a convocação da conferência. A quarta conferência trouxe como inovação a centralidade da intersectorialidade, uma pauta antiga que agora ganhava ainda mais força, bem como a forma de organização da conferência e do relatório final – onde, além de ser o maior relatório de todas as conferências, contando com mais de 200 páginas, é o que dá mais atenção à forma e à instrumentalidade do documento. No âmbito da perspectiva mais geral, a IV CNSM-I dá prosseguimento a um encurtamento do horizonte político em geral, fenômeno que identifiquei desde a segunda conferência, com uma progressiva naturalização da existência do setor privado na saúde e nos outros setores – que, apesar de criticado, passa a ser tratado como tolerável e, em certos casos, como parceiro.

Abordo, no capítulo final, intitulado *Uma crise, um golpe e os rebatimentos na Reforma Psiquiátrica*, o contexto aberto após o encerramento da IV CNSM-I, discorrendo sobre os dilemas enfrentados durante o primeiro mandato de Dilma, as eleições de 2014, o segundo governo Dilma e sua opção pelo ajuste fiscal, bem como o golpe de 2016 desferido contra a presidenta e a democracia brasileira – movimento que resultou tanto no governo Temer, quanto na possibilidade da eleição de Bolsonaro. É com base nesta leitura que analiso a Carta de Bauru: 30 anos, publicada em 2017, já em um contexto de progressivo avanço do conservadorismo e das políticas neoliberais. A Carta, desta maneira, resgata diversos elementos presentes no princípio da luta antimanicomial no Brasil, indicando que o caminho para uma sociedade sem manicômios é o da superação do capitalismo e da construção de uma sociedade socialista e democrática.

Por fim, despeço-me da escrita na primeira pessoa do singular para redigir na primeira do plural, entendendo que a partir de agora a escrita se dá inevitavelmente a partir de um processo de construção e acúmulo coletivo. Destaco que o principal objetivo deste trabalho é o de contribuir para o resgate de nossa história, construindo sínteses que auxiliem a luta antimanicomial e a construção de uma sociedade livre de exploração e opressão.

2 NO CAPITALISMO NADA É TRIVIAL OU SINGELO

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural.

Bertolt Brecht

A desigualdade é inerente ao capitalismo! Não há emprego, moradia, terra, educação, transporte, acesso à cultura, roupa, comida para todos. Não há espaço para diversidade humana se expressar em sua plenitude. Não há espaço para os que “não servem” para reproduzir a lógica de acumulação do capital, para aquelas e aqueles cuja vida não se encaixa dentro dos padrões impostos, cuja força de trabalho não possa ser vendida e extraída até a última gota de sangue ou suor.

É possível refletir que nós, brasileiros, tornamos trivial a taxa “natural” de desemprego que garante o exército industrial de reserva e nos habituamos com a precarização do trabalho. Acostumados com a especulação imobiliária, com pessoas em situação de rua, com uma casa alugada com habitações e lugares inabitáveis. Acostumados com os latifúndios urbanos e rurais. Acostumados com os transportes precários, lotados, escassos. Com o fato de que a maioria da população não acessou e nem acessará o ensino superior. Com o extermínio da população negra, com a LGBTfobia, com o feminicídio e com a violência doméstica. Com a exclusão, o enclausuramento, o maltrato das pessoas em adoecimento. Acostumados com o fato de que pessoas morrem de frio, de fome, de dor. Estamos todos acostumados?

Fruto de uma situação historicamente construída, esta realidade pode parecer natural e inevitável, porém, diante de tal reflexão, repetimos a súplica do poeta alemão Bertolt Brecht: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural. Admitir que esta realidade não é inevitável ou imutável, contudo, não é suficiente! É preciso, antes de mais nada, compreendê-la, entender suas origens e a quais interesses responde. Ir às vísceras, desvelar, compreender, conhecer.

É nesse sentido, na inconformidade, com a indignação contra o que parece inevitável, que buscamos compreender a realidade sob a qual o movimento de luta antimanicomial e, mais especificamente, a Reforma Psiquiátrica constituíram-se. Para isso, impõe-se a tarefa de analisar as conjunturas específicas que envolveram o processo e a sua relação com o capitalismo. Neste capítulo, buscaremos discorrer sobre o nascimento e o desenvolvimento do sistema capitalista, com certo foco no processo europeu; depois abordando o capitalismo em

sua fase atual, ou seja, o neoliberalismo e, posteriormente, elencando alguns dos elementos característicos e indispensáveis do capitalismo latino-americano e brasileiro – a fim de servirem como subsídio para a análise posterior das conjunturas, abordadas no decorrer da dissertação.

2.1 O nascimento da *besta-fera*³: transição capitalista, conflitos e embates

Diferentes conflitos e embates marcam a história da humanidade. A superação de um determinado conflito, por vezes, gera outras tensões e novos conflitos que, em períodos de transição, tendem a acentuar-se. Karl Marx e Friedrich Engels, ao escreverem o “Manifesto do Partido Comunista”, destacaram que a história de toda a sociedade é a história da luta de classes:

Homem livre e escravo, patrício e plebeu, senhor e servo, mestre e oficial, em suma, opressores e oprimidos sempre estiveram em constante oposição; empenhados numa luta sem trégua, ora velada, ora aberta, luta que a cada etapa conduziu a uma transformação revolucionária de toda a sociedade ou ao aniquilamento das duas classes em confronto (MARX; ENGELS, 2002, p. 23-24).

Não foi sem resistência que as sociedades transformaram-se ao longo do tempo. Com relação à transição ao capitalismo, não foi diferente. Desde seu surgimento⁴, este sistema é marcado por duríssimos embates contra outras formas de organização societária, ora combatendo o feudalismo, ora impedindo o florescimento de outras formas de organização que não pautadas no mercado, na propriedade privada dos meios de produção e na divisão em classes sociais⁵.

³ Utilizamos *besta-fera* como figura de linguagem para referimo-nos ao sistema capitalista. A *besta-fera* é um monstro do folclore português e brasileiro que alimenta-se de seres humanos

⁴ É difícil determinar, com exatidão, qual a origem do capitalismo. Seja pelo fato de que o processo de transição relacionou-se com uma série de outros processos, seja porque ocorreu com formas e ritmos distintos em cada região ou, ainda, porque diferentes perspectivas buscaram explicar sua história e funcionamento. Desde sua origem, encontramos de relatos literários que abordam fenômenos relacionados ao seu nascimento -- como o livro *Utopia* de Thomas -- até trabalhos mais densos que, defendendo-o e/ou criticando-o, buscam organizar uma síntese explicativa, especialmente a partir da eclosão da Revolução Industrial. Em geral, a origem do capitalismo é relacionada ao contexto da Europa ocidental, abarcando o período final do século XVI e estendendo-se até a chamada Primeira Revolução Industrial, relacionando-se com os cercamentos, as grandes navegações, a reforma protestante e a industrialização.

⁵ O ciclo das chamadas Guerras Camponesas na Alemanha é um exemplo possível de que a luta contra o feudalismo não resultaria, necessariamente, na implantação e no desenvolvimento do capitalismo. Em revolta não apenas contra questões específicas da opressão senhorial, os camponeses de diversas regiões da futura Alemanha lutaram para derrubar o regime feudal (FEDERICI, 2017). O caso mais simbólico talvez tenha sido o da revolta liderada por Thomas Müntzer, um camponês que alcançou o posto de capelão em um convento, configurou-se como uma figura extremamente crítica do cristianismo em geral -- e do catolicismo em particular -- que defendia a inexistência do paraíso após a morte (ENGELS, 1966). Para Müntzer, os crentes deveriam lutar para estabelecer o céu na terra que seria, em sua perspectiva, uma sociedade sem classes, sem propriedade privada e sem Estado -- e, para isso, deveriam valer-se da violência. Todavia, mais violenta do que a revolta foi, sem dúvidas, a resposta

Ao considerarmos como equivocada a perspectiva que trata o capitalismo como um sistema dado pela simples existência do mercado ou de um “espírito empreendedor”, que sempre teria existido entre os seres humanos, fica evidente que é necessária uma forte articulação entre coerção e consenso para estabelecer um sistema que é um modo de produção

[...] caracterizado por quatro conjuntos de arranjos institucionais e comportamentais: produção de mercadorias, orientada para o mercado; propriedade privada dos meios de produção; um grande segmento da população que não pode existir, a não ser que venda sua força de trabalho no mercado; e comportamento individualista, aquisitivo, maximizador, da maioria dos indivíduos dentro do sistema econômico (HUNT, 1982, p. 2).

É sobre esta problemática que nos debruçaremos neste capítulo.

2.1.1 A Europa antes do capitalismo

O feudalismo, como sintetiza Leo Huberman (1981), pode ser analisado a partir dos seguintes pontos: a) servos não eram tratados como escravos e havia diferentes graus de servidão; b) os costumes dos feudos – direitos e obrigações entre servos e senhores, tinham, em analogia, a força das leis no século XX; c) a terra possibilitava a produção de praticamente todas as mercadorias necessárias, acarretando numa necessidade relativamente baixa de recorrer ao mercado e, por outro lado, vinculando a medida da riqueza com a quantidade e qualidade das terras; d) a Igreja tinha poder e prestígio espiritual, além de ser a maior proprietária de terras no período feudal; e) na Idade Média, o capital era estático, inativo, imóvel e improdutivo, ficando armazenado em “cofres”; f) tratava-se de uma economia onde cada aldeia feudal era praticamente autossuficiente.

A servidão, que desenvolve-se e caracteriza o feudalismo, pôs fim aos grilhões e castigos atrozos que marcaram o antigo sistema escravista romano-imperial (FEDERICI, 2017), estabelecendo relações jurídicas e de trabalho que, ainda que fossem um grande peso, também estabeleceram “direitos”. Mais precisamente, os servos, que estavam submetidos às leis de seus feudos e amarrados às terras de seus senhores, não eram os únicos que possuíam “deveres”, visto que os acordos consuetudinários (“de usos e costumes”) também estabeleciam como os senhores deveriam atuar para com seus servos – inclusive sobre como deveriam julgar suas

organizada pela Igreja Católica, pelos senhores e, inclusive, pelos líderes da Reforma Protestante: Lutero defendeu abertamente o assassinato dos camponeses, como se fossem cães raivosos que deveriam ser despedaçados e degolados (ENGELS, 1966).

transgressões, estabelecendo, em alguns casos, até mesmo um sistema de júri (FEDERICI, 2017).

Do ponto de vista das mudanças introduzidas na relação senhor-escravo, o aspecto mais importante da servidão foi a concessão aos servos do acesso direto aos meios de sua reprodução. Em troca do trabalho que estavam obrigados a realizar na terra do senhor (a demesne), os servos recebiam uma parcela de terra (mansus ou hide) que podiam utilizar para manter-se e deixar a seus filhos (FEDERICI, 2017, p. 48-49).

Essa relação desenvolve, com o tempo, uma importante autonomia do servo para com a terra, colocando cada vez mais em questão as restrições que a aristocracia impunha e intensificando conflitos já existentes. Fosse pela ampliação de garantias jurídicas, pelo uso de terras não cultiváveis, pela não obrigação de prestar serviços militares ou contra os impostos e encargos que os limitavam, servos e senhores estavam em constante conflito (FEDERICI, 2017). Resultado disso pode ser percebido nos diferentes registros sobre a desobediência dos servos, que relatam desde fugas massivas para cidades e vilarejos, servos que negam a realização da colheita ou não trabalham no ritmo esperado e, até mesmo, servos que assassinam seu senhor (FEDERICI, 2017).

Para Federici (2017), o mais importante mecanismo utilizado pelos senhores para amenizar esses conflitos foi a monetização da vida econômica. Ao substituírem os serviços laborais por um pagamento em dinheiro, transformaram as relações que estabeleciam e, apesar de enfraquecerem a servidão, fortaleceram o seu poder enquanto senhores, especialmente a partir do arrendamento de terras – fenômeno que gerou um endividamento dos camponeses mais pobres e, conseqüentemente, um aprofundamento das divisões sociais.

Com expansão do comércio e o desenvolvimento da manufatura, crescem as cidades, ambiente de maior liberdade em relação ao feudo. Cresce, também, o poder das corporações de ofício (guildas) que monopolizam o exercício de determinadas profissões, controlando a produção e o comércio nas cidades. Frente a tudo isso, senhores e servos viram-se obrigados à adaptação. Mesmo a Igreja passará por mudanças significativas, a partir da reforma protestante.

Por um lado, a reforma protestante levou à expulsão dos servos que viviam em conventos, instituições suprimidas pela mesma, incrementando a proletarização nas cidades; por outro, a “nova moral” empregada pelos protestantes auxiliou o processo de implementação do capitalismo, visto que defendiam a importância do trabalho para agradar os desígnios de deus e não atacavam a usura, como fazia a Igreja católica. Ademais, este processo levou a uma fragilização do domínio da Igreja católica.

O advento da peste negra, por sua vez, foi responsável por dizimar entre 30% e 40% da população europeia, fazendo com que a mão de obra passasse a ter um valor exorbitante: “ao dizimar a mão de obra, os trabalhadores tornaram-se extremamente escassos, seu custo aumentou de forma crítica e a determinação das pessoas em romper os laços do domínio feudal foi fortalecida” (FEDERICI, 2017, p. 96).

O que expomos até o momento é uma breve síntese do processo de nascimento do capitalismo. Geograficamente, esta análise refere-se à parte ocidental do continente europeu – e, ainda assim, devemos destacar que incorremos em generalizações que ocultam variações existentes entre as regiões. Todavia, a descrição anterior cumpre o importante papel de apresentar alguns elementos gerais da transição ao capitalismo que se farão relevantes para o estudo do capitalismo brasileiro – seja por suas similitudes ou diferenças, seja porque foi a partir da Europa que este modo de produção foi implantado na América Latina e no mundo.

2.2 Um caminho até o imperialismo

As bases do capitalismo emergiram e estruturaram-se sobre uma organização já marcada por desigualdades entre aristocratas e servos, acentuando, durante o processo de transição e em decorrência dele, o distanciamento entre os detentores dos meios de produção e aqueles que possuem apenas a força de trabalho. Engels (1975, p. 18), ao tratar da situação da classe trabalhadora na Inglaterra, expõe que a revolução industrial elevou a consequência extrema a condição em que os trabalhadores viviam, passando a reduzir “os operários ao papel de simples máquinas e retirando-lhe os últimos vestígios de atividade independente”.

Com a evolução da manufatura e a sofisticação do maquinário, a expansão da indústria torna-se uma realidade que exige cada vez mais braços para fazê-la se movimentar. O processo de expropriação das terras, através dos cercamentos, provocou uma série de motins e rebeliões que terminaram em massacres e assassinatos. Desta forma, multidões de trabalhadores agrícolas migravam para as cidades, seja pela oferta de empregos, seja pela sua violenta expulsão das terras nas quais trabalhavam. Neste período, início do século XVIII, nasceram as grandes cidades industriais e comerciais, onde a grande maioria da população fazia parte de uma nova classe, a classe operária. O desenvolver da indústria, progressivamente, conseguiu enxugar as classes até então existentes, diminuindo o peso de comerciantes e artesãos da baixa classe

média, constantemente ameaçados com a proletarização, bem como possibilitar que a burguesia passasse a assumir postos no Estado e a concentrar o poder político.

Isto porque a nova indústria só assumiu verdadeiramente importância quando transformou utensílios em máquinas, as oficinas em fábricas e, por essa via, a baixa classe média em proletariado e os negociantes de outrora em fabricantes. Ao mesmo tempo a baixa classe média desapareceu e a população ficou reduzida à oposição entre **capitalistas e operários**, o mesmo se tendo verificado fora do setor industrial, entre os artífices e o comércio de retalho. Aos mestres e artífices de outrora, sucederam os grandes capitalistas e os operários que nunca tiveram possibilidade de se elevar acima de sua classe. [...] a partir de agora, aquele que nasce operário não tem outra perspectiva que não seja ficar toda a vida proletário. **Mas a partir de agora e pela primeira vez, o proletariado começa a ser capaz de empreender um movimento independente** (ENGELS, 1975, p. 33-34, grifo nosso).

Esse processo resultou não só na consolidação do antagonismo entre trabalhadores e capitalistas, mas operou uma radical alteração nas formas e modos de viver existentes na Europa. O desenvolvimento do capitalismo implicou em uma completa reorganização da sociedade europeia e, em última escala, mundial. Profundas transformações se estabelecem: do individual ao coletivo, da estruturação econômica ao dia-a-dia das famílias, do significado do trabalho à relação com o tempo, da alimentação às relações de gênero, da geografia ao (não) reconhecimento de si.

O camponês que antes garantia a reprodução de sua vida em comunidade, se vê agora tendo que competir por uma vaga de emprego na cidade. O camponês que antes vivia em uma casa muito rudimentar de baixa qualidade, tem a possibilidade de morar em uma habitação mais bem estruturada, porém, não é acompanhada por saneamento básico ou acesso facilitado à água potável, além estar em localidades e situações mais propícias a proliferação de epidemias (THOMPSON, 1987). As famílias, que trabalhavam coletivamente, passam a se dividir entre as largas e rigorosas jornadas de trabalho (THOMPSON, 1987). As crianças, antes submetidas a um trabalho predominantemente doméstico ou praticado no seio da economia familiar, passam a adentrar as fábricas, como consequência da especialização, da ruptura da economia familiar e da crescente diferenciação dos papéis econômicos com relação a idade e gênero (THOMPSON, 1987).

A revolução industrial é um marco fundamental na compreensão do processo de formação e expansão do capitalismo. É deste processo que desembocará a formação das grandes indústrias e, conseqüentemente, dos grandes monopólios. Os monopólios serão, como veremos adiante, consequência da corrida pelo lucro levada a cabo pelos capitalistas. São fruto da procura realizada pela burguesia em fazer crescer a taxa de mais valor, “expressão exata do grau de exploração da força de trabalho pelo capital ou do trabalhador pelo capitalista” (MARX,

2013, p. 294). Dessa forma, os capitalistas lutam para reduzir o que é considerado socialmente necessário para a reprodução da força de trabalho dos trabalhadores; pressionando para prolongar e intensificar a jornada de trabalho – aumento do mais-valor absoluto e do mais-valor relativo, respectivamente. Essa disputa, no entanto, levará não apenas ao conflito entre trabalhadores e burguesia, mas entre os próprios capitalistas também, ansiosos por expandir seu domínio, todos e cada um, buscarão eliminar concorrentes – abatendo os pequenos capitalistas e reduzindo a concorrência, garantindo maior obtenção de capital, poder político e a contenção da queda dos preços.

Estas disputas, todavia, afetam o conjunto da sociedade: em 1873, por exemplo, iniciou o fenômeno da chamada “Grande Depressão”, período marcado por inúmeras crises nos países centrais, provocando não só uma permanente baixa dos preços, acompanhada da compressão e redução das produções, como pelo crescimento do desemprego e a baixa dos salários reais. Este período marca o início de uma primeira transformação elementar e vai ser denominada de a segunda idade do capital, a idade imperialista.

Além dos conflitos entre os capitalistas individuais, a constante ameaça à classe trabalhadora, por parte da burguesia, promove a organização de movimentos operários que passam a ter um importante peso no funcionamento dos capitalismo nacionais. A disputa entre os capitalismo nacionais acaba por elevar a concorrência a um novo patamar e, ao mesmo tempo em que seguem as incessantes disputas, são introduzidas novas estruturas, em conjunto com o desenvolvimento de novos setores, acarretando no sufocamento das indústrias da primeira geração.

Como aponta Beaud (1987), o período que precede a Primeira Guerra será marcado por uma forte disputa entre o que o autor chama de “capitalismos antigos” (Inglaterra e França) contra as potências capitalistas nascentes (Alemanha e Estados Unidos), que em diversos setores possuem uma indústria mais moderna e uma produção mais relevante – os EUA e a Alemanha já haviam superado, na divisão mundial da produção industrial, o local ocupado pela França e pela Inglaterra em fins do século XIX. No período de 1896 a 1900, os Estados Unidos possuíam 30% da produção industrial mundial e a Alemanha outros 17%, enquanto França e Grã-Bretanha possuíam 20% e 7%, respectivamente. Entre 1906 e 1910, a Alemanha ocupava 16%, os Estados Unidos 35%, a Grã-Bretanha 15% e a França 6%.

Paralelo ao desenvolvimento de novos atores no cenário do capitalismo internacional, a classe operária organizada conscientiza-se de sua solidariedade e, progressivamente, de sua

força, impondo limites à exploração capitalistas. Este movimento culmina em diversas greves e no desenvolvimento dos sindicatos, bolsas de trabalho, associações, partidos (BEAUD, 1987). É nesse contexto que algumas políticas sociais passam a vigorar nos países centrais.

No total, há no mundo, em 1913, cerca de 15 milhões de trabalhadores sindicalizados. Efeito de massa e peso eleitoral; manifestações de rua, greves, sangue derramado, organizações sindicais, bolsas de trabalho, cooperativas, associações, partidos e movimentos, o conjunto faz, no movimento específico de cada país, que se modifiquem as relações de forças. A classe operária tem peso a partir de então, mesmo que ela ainda esteja excluída em inúmeros aspectos, na vida local e nacional. E é essa nova relação de forças, apenas ela, que explica as conquistas, as novas vantagens do mundo do trabalho nesse fim do século XIX e no início do XX (BEUAD, 1987. p. 213).

Frente o acirramento dos conflitos intercapitalistas e entre capitalistas e trabalhadores, a expansão do capitalismo em escala mundial apresenta-se como uma solução possível para a crise. Expandir ainda mais os mercados, garantir acesso à matérias primas baratas e exportar capitais levará a um processo de partilha militar e econômica do mundo. É neste momento que nascerá o capital financeiro, caracterizado como a junção do capital industrial e do capital bancário – ou, em outras palavras, definido como o resultado de um processo de concentração da produção que tem “como consequência os monopólios; fusão ou interpenetração dos bancos com a indústria, eis a história da formação do capital financeiro e o conteúdo desta noção” (LENIN, 1982, p. 46).

Neste sentido, sendo o imperialismo a época dos monopólios e do capital financeiro, a política empreendida pelo sistema é, em suma, a busca por maximizar o poder financeiro dos monopólios. Desenvolvem-se as exportações de capitais pelo mundo, há um endurecimento da concorrência internacional e uma poderosa onda colonial que acelera um processo de disputas e rivalidades que, não raras vezes, desemboca em guerras e conflitos (BEAUD, 1987) – sejam localizados, sejam em embates de grandes proporções como as grandes guerras mundiais.

Na virada do século, como afirmamos anteriormente, o eixo da disputa internacional passa a deslocar-se da contradição estabelecida entre Inglaterra e França – a primeira e a segunda potência mundial, respectivamente – para a disputa pela “liderança” do mundo capitalista, com o surgimento de novos atores – como os EUA e a Alemanha, uma ex-colônia da Inglaterra e um Estado-nação de unificação tardia.

Esses novos atores, porém, encontraram um mundo “já dividido”. Sua busca por matérias primas e mercados acabará por acirrar ainda mais as tensões do sistema, não só pela busca do domínio colonial através das armas, mas também do domínio econômico através da

exportação de capitais para a periferia com juros altíssimos, acentuando um novo tipo de dependência, onde os países centrais “gerenciam” o mercado na periferia.

As disputas entre os diferentes Estados levará a uma escalada de conflitos, visto que não era possível que, ao mesmo tempo, todos obtivessem mercados e matérias primas, que todos dominassem e ninguém fosse dominado. A progressão destes embates será o plano de fundo das Guerras Mundiais – tanto “estimuladas” pelo desenvolvimento do capitalismo, como também mecanismos do sistema para superar suas crises.

As demandas criadas pela indústria armamentista estimulam a produção e expandem os lucros dos capitalistas. O recrutamento, bem como a morte de cidadãos, combate o problema do desemprego. A construção civil, por sua vez, é estimulada para construir e reconstruir regiões destruídas. As guerras, grandes tragédias do século XX, serviram também como válvula de escape das contradições capitalistas. Não fizeram, todavia, mais do que remodelar o capitalismo.

O avanço do imperialismo gerou outras reações importantes. No bojo da Primeira Guerra Mundial, eclodiu a Revolução Russa, primeira revolução socialista triunfante no mundo. No seio da crise de 1929, políticas assemelhadas ao que comumente chamamos como keynesianismo ganharam força e, após a Segunda Guerra Mundial, a Europa viu a maioria de seus países investir na construção do chamado Estado de Bem-Estar Social. O imperialismo, ainda que seguisse ditando as regras internacionais, via agora limitações à sua ganância. Por um lado, o medo do avanço comunista – em realidade, se olharmos o desenrolar do século XX, é nítida a crescente influência dos comunistas em todos os continentes do mundo – e por outro a pressão exercida internamente pela classe trabalhadora organizada. Fosse para conter o descontentamento e garantir a legitimidade do sistema, fosse para impedir a organização dos comunistas, o sistema encontrou-se em uma situação de expansão de direitos para os trabalhadores – ainda que o fator da repressão nunca tenha deixado de se fazer presente, mesmo nos países de capitalismo mais avançado.

Esse período de avanço dos direitos, no entanto, teve uma duração relativamente curta e não se manifestou da mesma forma em todos os cantos do mundo. Na América Latina, golpes e ditaduras militares deram a tônica das formas utilizadas para deter o avanço de direitos e a organização popular na época referida. Ademais, de maneira paralela, foi justamente no período de avanço das políticas de Bem-Estar que foi desenvolvida a teoria que sustentaria um avanço

ainda mais brutal dos capitalistas contra os trabalhadores: eis o momento de gestação das ideias neoliberais.

2.3 Neoliberalismo: outra face da besta-fera

*“Novas embalagens pra antigos interesses”
Criolo*

O neoliberalismo é uma teoria sobre um conjunto de práticas de política econômica que orienta-se pela maximização das liberdades empresariais, que devem ser garantidas por um Estado que possui o objetivo de preservar um quadro institucional que garanta o livre mercado e a propriedade privada (HARVEY, 2007). Podemos apreende-lo, também, como uma nova etapa do capitalismo, uma nova fase marcada pela retomada do poder de classe da burguesia, em período aberto nos anos 1970 (DUMÉNIL; LEVY, 2014; HARVEY, 2007, 2011).

Estas práticas, ao tornarem-se hegemônicas, impuseram ao Estado a tarefa de ser mínimo para as políticas sociais e máximo para o capital; o que se materializa, por exemplo, no processo massivo de privatizações da coisa pública, na financeirização, nas políticas de austeridade fiscal, no manejo e manipulação de crises – em suma, um processo acelerado de “acumulação por expropriação” (HARVEY, 2007).

A implementação de políticas neoliberais, com a chamada “integração dos mercados” resultou em um “Estado cada vez mais submetido aos interesses econômicos e políticos dominantes no cenário internacional e nacional, renunciando a dimensões importantes da soberania da nação” (IAMAMOTO, 2015, p. 144).

Sendo assim:

Tais processos atingem não só a economia e a política, mas afetam as formas de sociabilidade. Esse cenário, de nítido teor conservador, atinge as formas culturais, a subjetividade, as identidades coletivas, erodindo projetos e utopias. Estimula um clima de incertezas e desesperanças. A debilidade das redes de sociabilidade em sua subordinação às leis mercantis estimula atividades e condutas centradas no indivíduo isolado, em que cada um ‘é livre’ para assumir riscos, opções e responsabilidades por seus atos em uma sociedade desigual (IAMAMOTO, 2015, p. 144).

Estas formas de sociabilidade, referidas por Iamamoto (2015), são fortemente impactadas pela propagação da ideologia neoliberal, que acentua o individualismo e o consumismo. Neste sentido, o neoliberalismo não implica apenas na alteração do papel do Estado, mas também em uma nova configuração de um “ideal de ser humano”, agora

transformado em um sujeito-empresa, que deve pensar e atuar de acordo com as regras do mercado (DARDOT; LAVAL, 2016).

Este neoliberalismo, todavia, apesar de configurar inúmeras novidades históricas, segue sendo capitalismo. E, neste sentido, sempre que o capitalismo se desenvolve, acumulando mais riquezas, acumula-se também a pobreza no polo oposto (MARX, 2013) – produto necessário à ordem capitalista, agravando as desigualdades sociais e criando novas estratégias de dominação dos capitalistas sobre os trabalhadores. Em tempos de crise, como os que vivemos atualmente, a irracionalidade capitalista se faz notar: há capital e mão de obra convivendo lado a lado, mas não há – aparentemente – forma de uni-los, fazendo com que fábricas permaneçam vazias e trabalhadores desempregados, embora o potencial para satisfazer as necessidades humanas esteja ali (HARVEY, 2011).

Assim, não se parte dos anos 1970 – marco inicial desta pesquisa – apenas por serem correspondentes ao início da luta antimanicomial no Brasil; mas também por datar deste período a crise do capitalismo, crise esta que é responsável por produzir a chamada “vaga neoliberal”; quando, de maneira desigual, em um processo complexo e não pouco caótico (HARVEY, 2007), as políticas neoliberais passam a ocupar espaço e procedem;

[...] desmontando agências governamentais, leiloando ou vendendo abaixo do preço empresas públicas, em muitos casos superavitárias; derogando legislações e normas de regulação da atividade econômica concebidas para garantir um mínimo de equidade e proteção para os cidadãos; mediante a massiva demissão de funcionários públicos, pagando em alguns casos a correspondente indenização, contraindo dívida externa com o Banco Mundial; desvalorizando os planos de carreiras; satanizando moral e politicamente o Estado, concebido como uma esfera intrinsecamente corrupta e ineficiente da vida social, contraposta à suposta pureza do mercado e da sociedade civil; convalidando sua crônica fragilidade financeira, assentada sobre sua ancestral incapacidade para cobrar impostos aos ricos (BORON, 2010, p. 53).

Estas políticas, assim, não apenas garantiram a permanência das expressões “clássicas” da questão social, mas também acabaram por gerar “novas expressões”. Ambas (clássicas e novas) são insuprimíveis sem a supressão da ordem capitalista, visto que a questão social está elementarmente determinada pela relação capital-trabalho (NETTO, 2006).

A compreensão da reestruturação do capitalismo, bem como de suas implicações, sendo ela um processo global e contraditório, recebe ainda maior importância frente à crise capitalista atual e seus desdobramentos na conjuntura brasileira. Afinal, se somos “mais do que nunca, consciente ou inconscientemente, parte compositiva de uma densa configuração histórico-mundial” (ALVES, 2009, p. 12), parece lógico que a crise tenha impactos sobre o Brasil.

Neste sentido, compartilhamos de posições que visualizam o vínculo entre a crise do capitalismo, a retomada de políticas de ajuste fiscal e o processo de impedimento da presidenta eleita pelo voto popular e a continuidade do golpe, garantida com a prisão de Luis Inácio Lula da Silva e com a eleição de Jair Bolsonaro. Em outras palavras, como afirma Pomar (2016)

A crise internacional fez o capitalismo brasileiro voltar ao seu “modo normal”. E o “modo normal” do capitalismo brasileiro não tolera a elevação dos salários diretos e indiretos da classe trabalhadora. Por isto, [...] os capitalistas pedem cortes nos orçamentos sociais; reclamam dos direitos inscritos na Constituição de 1988; [...] o que desejam mesmo é a destruição da legislação trabalhista (POMAR, 2016, n.p.).

É com base nessas reflexões acerca do neoliberalismo que abordaremos, em outras seções da dissertação, o desenrolar da conjuntura brasileira a partir, especialmente, do processo de transição à democracia, quando do fim da ditadura militar.

2.4 O caso latino-americano e brasileiro

Existe um largo debate acerca da transição ao capitalismo na América Latina e no Brasil. Neste subcapítulo, apesar de abordarmos o processo histórico da transição, teremos como objetivo central a especificação de alguns elementos característicos do capitalismo brasileiro, tido como periférico e dependente em relação aos países centrais. Em outras palavras, o que buscamos nesta seção é compreender o que significa afirmar que o Brasil é um país de capitalismo dependente ou periférico, discorrendo sobre o processo histórico concreto, mas sem possuir como foco definir exatamente em que momento as relações sociais capitalistas tornaram-se hegemônicas.

Para isso, é preciso partir de uma afirmação chave:

A América Latina é um legado de dominação colonial. Nossa fisionomia particular provém de um cadinho de culturas e civilizações que se amalgamaram através do caos de uma destruição gigantesca na América indígena e na África negra, sob o domínio político, econômico e ideológico da Europa Ocidental (CARDOSO; PÉREZ BRIGNOLI, 1983, p. 9).

Até o momento, o centro de nossa análise foi o desenvolvimento do capitalismo nos países centrais, ou seja, nos Estados europeus (destacadamente a Inglaterra, a França e a Alemanha) e nos Estados Unidos da América. Ao adentrarmos este continente *sin piernas, pero que camina*, devemos atentar para este aparente paradoxo: ao mesmo tempo em que as

sociedades latino-americanas são originais (sendo um erro resumi-las a um mero apêndice europeu), elas também são fruto de um processo ditado pelos interesses dos colonizadores.

Por isso, optamos por ter a transição ao capitalismo na Europa, e seu posterior desenrolar, como ponto de partida deste capítulo, visto que foi justamente no seio deste processo que a América Latina nasceu e formou-se. Ou, como afirmava Ruy Mauro Marini: “a história do subdesenvolvimento latino-americano é a história do desenvolvimento do sistema capitalista mundial” (MARINI, 2012, p. 47).

É na vinculação ao nascente capitalismo que, no século XVI, a América Latina surge como tal (MARINI, 2012). Afirmar a vinculação ao mercado internacional, no entanto, não significa dizer que esta região passou a ser capitalista, mas sim que progressivamente os modos de produção e as relações sociais aqui estabelecidas estariam, em última instância, subordinados e/ou relacionados com o desenvolvimento do capitalismo e, conseqüentemente, com o subdesenvolvimento da região, que desde mais de 500 anos ocupa um lugar periférico no sistema mundial.

Cabe, contudo, perguntar o que possibilitou que a Europa dominasse a América e quais as conseqüências existentes até hoje. O sociólogo equatoriano Agustín Cueva, por exemplo, teceu importantes reflexões sobre o tema em seu livro *O desenvolvimento do capitalismo na América Latina*. Cueva inicia a primeira parte, onde aborda as estruturas pré-capitalistas no continente, com a seguinte frase de Marini: “não é porque se cometeram abusos contra as nações não industriais que estas tornaram-se economicamente débeis; porque eram débeis é que se abusou delas” (apud CUEVA, 1983, p. 23).

Para Cueva, apesar desta frase ser verdadeira, é preciso dialetiza-la e precisa-la. Como o mesmo afirma:

Dialetiza-la, para não perder de vista a essência do subdesenvolvimento, que não é outra coisa senão o resultado de um processo no qual as burguesias dos estados mais poderosos abusam das nações economicamente débeis, aproveitando exatamente essa condição, uma vez que esses abusos perpetuam e até aprofundam tal debilidade, reproduzindo em escala ampliada, ainda que em modalidades variantes, os mecanismos básicos de exploração e dominação. E precisada, com o fim de determinar em que consistiu essa debilidade inicial – que em nosso caso se identifica com a ‘herança colonial’ – e a configuração que a partir dela foram adquirindo as novas nações em sua primeira etapa de vida independente. Pois é claro que a plena incorporação da América Latina ao sistema capitalista mundial, quando este alcança seu estágio imperialista no último terço do século XIX, não ocorre a partir de um vazio, e sim sobre a base de uma matriz econômico-social preexistente, ela mesmo moldada em estreita conexão com o capitalismo europeu e norte-americano em sua fase protoimperialista (CUEVA, 1983, p. 23).

Em síntese, o que Cueva defende é que a inserção da América Latina no capitalismo mundial deu-se em um processo interno e externo, onde ambos os fatores relacionaram-se. Mesmo após as independências, o que caracterizou a América foi a herança de uma estrutura econômico-social oriunda do período colonial, marcada por um baixo desenvolvimento das forças produtivas e por relações sociais baseadas na escravatura ou na servidão (CUEVA, 1983). Apesar de podermos identificar a América, sua produção e seus mercados como subsumidos ao capitalismo europeu, as relações aqui estabelecidas eram de tipo pré-capitalista.

Situação que altera-se, principalmente, em dois momentos-chave de nossa história: quando das independências latino-americanas, com o início da organização dos Estados nacionais na América e, depois, de maneira entrelaçada com o desenvolvimento do imperialismo enquanto fase superior do capitalismo, nos termos que nos referimos nos subcapítulos anteriores. Estas alterações, contudo, não acabaram com a dependência externa, apenas remodelaram-na. Dito de outra forma, os processos de independência puseram fim ao colonialismo, mas não puderam impedir a permanência da dependência externa, visto que o próprio desenvolvimento do sistema-mundo capitalista levou à permanência da América enquanto periferia.

Isso ocorreu aqui, entre outros motivos, porque quem consolidou-se no poder após as independências foram as oligarquias primário-exportadoras, vinculadas principalmente ao latifúndio e que viram, em uma inserção subordinada aos países centrais, uma saída para a sua manutenção econômica. Portanto, quando a partir do final do século XIX, a América passou a ser alvo da exportação de capitais dos países centrais que, paulatinamente, penetraram suas economias e conduziram sua reorganização, o que estava ocorrendo não era mais do que um processo de manutenção da dependência, agora sob novos termos e em parceria com as oligarquias locais.

Ciro Flamarion Cardoso e Héctor Pérez Brignoli, discorrendo sobre os momentos de vinculação ao mercado mundial, definem duas fases distintas, sendo que:

A primeira se estende da independência até meados do século XIX e se caracteriza pela abertura ao livre comércio, a entrada maciça de manufaturas britânicas e a perda, em poucos anos, da massa de metal precioso circulante. [...] A segunda fase se configura depois da metade do século: com a afluência maciça de capitais estrangeiros que se investiram em obras de infra-estrutura e em empréstimos aos governos; e uma forte demanda nos países industrializados de produtos primários. Em rigor, nenhum destes elementos é absolutamente novo, porém assumem uma escala inédita as transformações em jogo (CARDOSO, PÉREZ BRIGNOLI, 1983, p. 138).

Em termos gerais, este é o caminho que leva à primeira característica basilar do capitalismo na América Latina: a dependência externa. Todavia, do ponto de vista interno, o que possibilitou a transição ao capitalismo na América foi a consolidação dos Estados nacionais e as reformas que os mesmos impulsionaram a partir das independências, especialmente com a abolição da escravatura (gerando trabalhadores livres, proletários), a instauração da propriedade privada da terra nos moldes capitalistas (expandindo a concentração fundiária, diversas reformas no continente acabaram por intensificar um processo de privatização de terras comunais e mesmo de terras da Igreja), e adquirindo empréstimos do estrangeiro (acentuando a dependência) que possibilitaram, em alguns momentos e em alguns países, algum nível de industrialização. Ou seja, neste momento, de maneira tardia e subordinada, a América Latina passará por processos que, como na Europa, acabaram por proletarizar a imensa maioria da sociedade e, por outro lado, concentrar ainda mais a riqueza e os meios de produção nas mãos de poucos.

Ademais, para além da dependência, existem outra duas características indispensáveis ao capitalismo latino-americano e brasileiro: a democracia restrita e uma profunda desigualdade social (POMAR, 2015). Estas duas estão diretamente vinculadas com a dependência, sendo, em realidade, características que reforçam-se reciprocamente. O que ocorreu, historicamente, foi que o desenvolvimento do capitalismo no Brasil e na América Latina ocorreu de maneira subordinada ao centro do sistema. Isto se deu por duas razões: em primeiro lugar, pela opção das classes dominantes de nosso continente, que escolheram evitar o conflito com o imperialismo e aceitar uma parte menor da riqueza extraída em nossas terras; e, em segundo lugar, pela fraqueza destas mesmas classes, que não conseguiram desempenhar um desenvolvimento autônomo – porque isso significaria, necessariamente, romper com os países de capitalismo avançando, visto que estes não aceitaram reduzir sua participação no mercado mundial.

Para compensar essa “fraqueza” frente o imperialismo, as classes dominantes brasileiras e latino-americanas redobram sua violência e exploração contra as classes trabalhadoras do continente. Por isso que aqui manifesta-se de maneira ainda mais brutal a tendência ao empobrecimento e à piora das condições de vida dos trabalhadores. Ou, como afirma Marini:

Nos marcos da dialética do desenvolvimento capitalista mundial, o capitalismo latino-americano reproduziu as leis gerais que regem o sistema em seu conjunto, mas, em sua especificidade, acentuou-se até o limite. A superexploração do trabalho em que se funda o conduziu finalmente a uma situação caracterizada pelo corte radical entre as tendências inerentes ao sistema – e, portanto, entre os interesses das classes por ele beneficiadas – e as necessidades mais básicas das grandes massas, que se manifestam

em suas reivindicações por trabalho e consumo. A lei geral da acumulação capitalista, que implica a concentração da riqueza num polo da sociedade e o pauperismo absoluto da grande maioria do povo, se expressa aqui com toda brutalidade, colocando na ordem do dia a exigência de formular e praticar uma política revolucionária, de luta pelo socialismo (MARINI, 2012, p. 63).

Essa acentuação da exploração do trabalho, ao lado da manutenção da dependência externa, leva, inevitavelmente, à necessidade da terceira característica que destacamos aqui: a democracia restrita. Ora, como impor níveis de exploração tão elevados sem restringir as possibilidades de organização, reivindicação e luta das classes trabalhadoras? Como estimular a permanência de elementos oriundos da colonização, como a escravidão, sem impedir que os *de baixo* se organizem? Como reforçar o racismo, a xenofobia, o machismo e a misoginia enquanto instrumentos de radicalização da exploração sem, ao mesmo tempo, usar da opressão para manter o *status quo*? Como impedir toda e qualquer tentativa de desenvolvimento autônomo sem utilizar-se da força das armas?

Estas são, em síntese, as características básicas do capitalismo latino-americano e brasileiro: dependência externa, desigualdade social e democracia restrita. Cabe, por fim, destacar duas questões: primeiramente, que essa caracterização geral se aplica ao conjunto dos países do continente, mas que é preciso atentar para as particularidades de cada um deles. No caso do Brasil, optamos por discorrer sobre o capitalismo ao abordarmos, nos próximos capítulos, o processo da reforma psiquiátrica e as diferentes conjunturas que seguem. Em segundo lugar, devemos ressaltar que durante toda a história da América Latina, a resistência foi uma constante: da colonização aos dias de hoje. E é nesta resistência, de mais de 500 anos, que a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial encontram seu lugar.

3 PARA QUE NÃO SE ESQUEÇA, PARA QUE NUNCA MAIS ACONTEÇA: UMA HISTÓRIA ATÉ O INÍCIO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Como problematizamos anteriormente, a história do capitalismo é uma história de despossessão, de exploração, que foi inscrita na história da humanidade com sangue e fogo (MARX, 2013). O capitalismo precisou articular coerção e consenso: sangue e fogo a serviço de uma concepção de mundo – e vice-versa. Nessa história secular de antagonismo de classes, o capitalismo passou por inúmeros processos de crises e reconstruções – como a “Grande Depressão” nos anos 1929 ou a chamada Crise do Petróleo em 1970. Estas crises, inerentes ao processo de desenvolvimento do capitalismo, geram metamorfoses; novas roupagens são assumidas pelo sistema.

Se, após a crise de 1929 e a Segunda Guerra Mundial, assumiram-se políticas intervencionistas do chamado bem-estar social na Europa e EUA, após os anos 1970, as políticas neoliberais se alastraram, de maneira desigual e combinada, pelo mundo. Primeiro em solo latino-americano, quando, sob a sanguinária ditadura de Augusto Pinochet, o Chile (1973) serve de laboratório destas políticas. Depois, no centro do capitalismo, atingindo o Reino Unido (1979) e os Estados Unidos (1981), avançando para outros países e remodelando o sistema ao ponto de tornar-se não mais apenas um conjunto de práticas de política econômica, mas uma nova etapa do capitalismo (DUMÉNIL; LÉVY, 2014).

Na América Latina, o neoliberalismo não tardou em dar as caras para além do Chile. No caso brasileiro, foi a própria ditadura militar que iniciou o processo de dilapidação do Estado e preparou o terreno para o florescimento do neoliberalismo (OLIVEIRA, 2000). A resistência a todo este processo se expressou de diversas maneiras no Brasil, sob diversas formas de lutas, organizadas a partir de diferentes pautas. O processo de transição à democracia, apesar de resultar na manutenção do “legado” da ditadura, teve como característica uma forte mobilização popular, com a ascensão de distintos movimentos sociais e com a reorganização da oposição. É neste momento que irá germinar o Movimento de Luta Antimanicomial e processo de reforma psiquiátrica, que possui, como veremos, raízes muito mais antigas.

3.1 Notas sobre o lugar da loucura na sociedade brasileira

O médico psiquiatra Juliano Moreira, em seu artigo intitulado “Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil”, um dos primeiros sobre o tema, publicado em 1905, relata que durante todo o período colonial os chamados loucos foram tratados de acordo com suas posses:

Os abastados, se relativamente tranquilos, eram tratados em domicílio e, às vezes, enviados para a Europa quando as condições psíquicas dos doentes o permitiam e aos parentes, por si mesmo ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres tranquilos vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde barbaramente amarrados e piormente alimentados muitos faleceram mais ou menos rapidamente. (MOREIRA, [1905] 2011, p. 730).

Os hospícios passam a fazer parte da história brasileira apenas no século XIX quando, na cidade do Rio de Janeiro, dá-se o Decreto nº 82 de 18/07/1841 do Imperador D. Pedro II, que previa a fundação de um hospital destinado privativamente para tratamento dos chamados alienados com a denominação de Hospício de Pedro II – inaugurado em 1852, seria a primeira instituição no Brasil dedicada exclusivamente a este tipo de tratamento (HOSPÍCIO DE PEDRO II, s.d., online).

A criação deste hospício foi motivado por diversas queixas e denúncias, onde destacam-se os integrantes da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, à época inspirados no trabalho dos médicos franceses Philippe Pinel (1745-1826), Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) e outros, expondo a condição dos então considerados alienados que ora perambulavam pelas ruas, ora estavam reclusos nos porões da Santa Casa de Misericórdia ou em cadeias, solicitando então espaços próprios de tratamento (HOSPÍCIO DE PEDRO II, s.d., online).

Restringir a loucura a um espaço físico específico significava, também, controlar o “perigo” que ela representava ao circular livremente pela cidade (ENGEL, 2001). Naquele momento, o Rio de Janeiro representava o principal centro econômico do país, que caminhava para um novo período da história, onde as ideias de progresso se assentavam numa proposta higienista de controle social e buscavam assegurar um terreno mais “seguro” ao emergente capitalismo comercial e industrial brasileiro.

[...] a defesa da criação de um estabelecimento para alienados inscrevia-se em um projeto político mais abrangente que objetivava a normatização dos comportamentos da população urbana de acordo com padrões higiênicos, difundidos pela produção da

Academia de Medicina do Rio de Janeiro e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro desde a década de 30 do século XIX. Inspirado sobretudo nas concepções formuladas pela medicina social francesa, tal projeto se orientava para conter aquilo que era visto como o caos urbano herdado do período colonial, por meio da produção de um conhecimento que continha a perspectiva de intervenção sobre todos os aspectos do cotidiano urbano. **A situação caótica estaria expressa não apenas nas constantes epidemias que grassavam pela cidade, mas também nos hábitos e posturas assumidos pelos escravos e pelos setores pobres livres e libertos – que representavam uma alternativa aos valores e padrões culturais criados e difundidos pelos setores dominantes** – e, portanto, nas tensões sociais que se revelavam cotidianamente (ENGEL, 2001, p. 197, grifo nosso)

Parte significativa das instituições que surgem a partir deste momento são anexadas e geridas pela Santa Casa de Misericórdia – a qual que já recebia pessoas em sofrimento psíquico desde seu estabelecimento no Brasil e que possuía tanto poder que o governo remanejou parte significativa do recurso que era investido na pequena indústria, para a criação do primeiro hospício (HOSPÍCIO DE PEDRO II, s.d., online).

Oda e Dalgalarondo (2005) apresentam que uma série de instituições semelhantes surgiram em outras províncias durante o Segundo Reinado (1840-1889). Em São Paulo o Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (1852), em Pernambuco o Hospício de Alienados de Recife-Olinda (1864), no Pará o Hospício Provisório de Alienados (1873), na Bahia Asilo de Alienados São João de Deus (1874), no Rio Grande do Sul o Hospício de Alienados São Pedro (1884) e no Ceará o Asilo de Alienados São Vicente de Paulo (1886).

Destaca-se o fato de que nesses hospícios não havia presença significativa de médicos – diferente da construção europeia, onde a criação dos hospícios estava relacionada a produção de um saber especializado. A medicina só foi se apropriar da “doença mental” com o fim do Império, que até então possuía um caráter exclusivamente asilar⁶. O processo de abolição da escravatura (1888) e o golpe militar que marca a virada para o Brasil República (1889), são acontecimentos que vão delineando novas correlações políticas e evidenciando o caráter das elites nacionais.

A direção médica do hospício, exercida por um professor catedrático, seria forçada a conviver por bastante tempo com a direção administrativa da Santa Casa da Misericórdia e com os cuidados ministrados pelas freiras. Com o advento da República, tal embate tomaria um rumo específico: o asilo brasileiro foi renomeado como Hospício Nacional de Alienados e, no ano seguinte, desanexado da Santa Casa da Misericórdia (decreto 206-A de 15 de fevereiro de 1890), passando à responsabilidade exclusiva das instâncias médicas. É certo que esse rumo não

⁶ Para o professor Isaías Pessoti, os asilos são instituições que tem como função o abrigo ou recolhimento: “a reclusão dos loucos, ou a chamada ‘institucionalização’, teve, no curso da história, várias modalidades. A mais antiga era a prática de recolher os loucos, junto com outras minorias sociais, em edifícios mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos” (PESSOTI, 1996, p. 151).

significava apenas uma sucessão de fatos: o poder médico aliava-se aos novos projetos de organização social e, por essa via, se fortalecia como representante da elite nessa mesma organização (VENÂNCIO, 2003, p. 887-888).

A proclamação da República marca a passagem da psiquiatria empírica para uma psiquiatria científica, laica, ainda que, de forma lenta e gradual, sendo atribuída a Juliano Moreira (1873-1933) relevante importância nesse processo. O fato de a psiquiatria ter “avançado” em determinados aspectos, tais como a categorização e divisão de alas por doenças, na ampliação de perspectivas teóricas etc. não resultou em uma nova possibilidade de lugar do louco, que seguiu seu papel secundário frente a todo processo (ENGEL, 2001).

Os hospícios e hospitais colônias – que em geral se encontravam a centenas de quilômetros das cidades, passam cada vez mais, a receber pessoas cujo a determinação para a internação se baseia em suas histórias de vida, tais como as crianças órfãs, as “moças namoradeiras” e “mendigos ou arruaceiros que, pela intermediação de um chefe político local ou um delegado de polícia, encontraram no encaminhamento ao hospício a solução definitiva” (RESENDE, 1987, p. 52), além de ser o destino de negros e negras após a abolição da escravatura.

O caso de João é exemplificador de um destino possível para os alforriados. Como afirmam Machin e Mota (2019), João era um homem negro de cinquenta anos que foi internado no Hospício de Juquery, no ano de 1908, por solicitação de autoridade pública, cujo o prontuário possuiu apenas o registro de entrada e de morte, ainda que não se observasse qualquer sinal ou sintoma que justificasse a internação.

Paes falecidos. Teve sempre uma vida de trabalho. Trabalhava na roça. Há 9 anos que é rachador de lenha no Instituto Butantã, não sabendo como veio parar no Hospício. Dorme bem, tem boa noção de tempo, não há confusão de espírito. Humor normal, um tanto reservado. Não há excitação, nem depressão. Não há apatia nem delírio de ação. O doente trabalha bem e com muita regularidade. Não observou-se delírios, alucinações. Fala tranquila, boa memória de fatos tanto antigos como recentes. Pelo exame que fizemos não está doente. Não observamos syndrome que justifique internação. A ausência de dados anaméticos não permite agir, o que então poderia ter a supor um caso de delírio epilético dos degenerados. Continua em observação afim de ser melhor estudado. (Prontuário de João C., 50 anos, negro, brasileiro, solteiro, internado em 18/03/1908, procedente da capital, permanece até 30/01/1927, quando vem a falecer apud Machin e Mota)

Para a maioria das pessoas que tiveram o infortúnio de ser internadas nessas instituições, o hospício era um caminho sem volta. A violência sofrida pelos considerados loucos nos porões da Santa Casa e nas cadeias, tida como justificativa para a existência dos manicômios, torna-se uma prática institucional. A exclusão, o isolamento, o abandono, os abusos, os castigos, as

torturas e, por fim, a superlotação, eram os aspectos que compunham e representavam o cotidiano dos internos.

No fim dos anos 1950, “o Juqueri abrigava 14 a 15 mil doentes. O mesmo ocorre em Barbacena, onde 3.200 enfermos ‘desdobram em verdadeira plethora’ e o hospital São Pedro, de Porto Alegre, que acolhia mais de 3.000 e só tinha capacidade para 1.700 [...]” (RESENDE, 1987, p. 54). Essa condição se intensifica com o advento do golpe militar de 1 de abril de 1964.

A psiquiatria passa a ter, além da função de controle e exclusão, uma função produtiva – abrindo as portas para o período conhecido como indústria da loucura (RESENDE, 1987). Não por acaso, um importante representante da indústria hoteleira psiquiátrica, Leonel Tavares Miranda de Albuquerque⁷, passa a ocupar o cargo de Ministro da Saúde no governo do ditador Costa e Silva⁸ durante todo seu mandato de 1967 a 1969. A transferência de recursos públicos para o pagamento de internações na rede privada faz da loucura um nicho frutífero de mercado.

Foram os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, 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 para isso (FONTE, 2012, online).

Neste sentido, convém retomar algumas características dos hospitais psiquiátricos: longos processos de internação – a maioria das “altas” ocorrendo em razão do óbito – e o recorrente uso da internação como um mecanismo de exclusão, inclusive por motivos nem sempre relacionados ao adoecimento mental, como era o caso de João, das crianças órfãs, das moças namoradeiras, dos bêbados, arruaceiros etc. Em realidade, tratava-se de uma “indústria” a todo vapor que lucrava e desenvolvia-se com base nestas internações. Em suma, a besta-fera alimentando-se do sacrifício de seres humanos.

Cabe destacar, ainda, que a expansão da mercantilização da saúde ocorre, nesta época, de outras maneiras, como, por exemplo, na venda de corpos e ossos. Arbex (2013) relata que no Hospital Colônia de Barbacena no estado de Minas Gerais no período entre 1969 e 1980, tem-se o registro de 1.823 corpos vendidos para dezessete faculdades de medicina do país. Dada as condições degradantes aos quais os internos estavam submetidos – subnutrição, condições

⁷ Foi diretor-presidente da Casa de Saúde Dr. Eiras (Rio de Janeiro/RJ), criador do Instituto Clínico Madureira (Rio de Janeiro/RJ) e fundador da Comunidade Terapêutica de Paracambi (Rio de Janeiro/RJ).

⁸ O ditador Costa e Silva promulga no ano de 1968 o Ato Institucional nº 5, marcando uma das fases mais sombrias da ditadura militar brasileira.

de habitação, de higiene e atendimento – o número de mortes alcançava proporções assustadoras. Somente no Colônia registrava-se uma média de dezesseis falecimentos por dia em períodos de maior lotação.

Os corpos dos transformados em indigentes foram negociados por cerca de cinquenta cruzeiros cada um. O valor atualizado, corrigido pelo Índice Geral de Preços (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas, é equivalente a R\$ 200 por peça. Entre 4 e 19 de novembro de 1970, foram enviados para a Faculdade de Medicina de Valença quarenta e cinco cadáveres negociados por 2.250 cruzeiros o lote. Corrigido pelo IGP-DI, o lote saiu a R\$ 8.338,59. Em uma década, a venda de cadáveres atingiu quase R\$ 600 mil, fora o valor faturado com o comércio de ossos e órgãos. O fornecimento de peças anatômicas, aliás, dobrava nos meses de inverno, época em que ocorriam mais falecimentos no Colônia, se comparada ao período de verão (ARBEX, 2013, n.p.).

Em visita ao Brasil, o psiquiatra italiano Franco Basaglia – que passaria a ser referência mundial no processo de desinstitucionalização e de luta antimanicomial– comparou a situação dos hospitais psiquiátricos brasileiros a um campo de concentração: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (ARBEX, 2013, n.p.). Em entrevista ao jornal Tribuna da Imprensa (RJ) 1979, Basaglia orientava que a primeira coisa a ser feita no caso brasileiro era a democratização do país, para que fosse possível tomar consciência de si perante o mundo e compreender a dimensão dos direitos e deveres.

A luta pela democracia, no entanto, era respondida pela ditadura com a prisão, a tortura, o desaparecimento, a morte. Os próprios manicômios, comparados por Basaglia com campos de concentração, serviram como instrumento de repressão política do regime. Muitos presos políticos foram encaminhados aos hospitais psiquiátricos. Em realidade, “a violência era o principal método de manutenção do poder estatal, onde aqueles que questionavam a autoridade tinham aumento na intensidade da violência que recebiam” (SAKAGUCHI; MARCOLAN, 2016, p. 480). Sobre isso, os autores apontam, ainda, que:

A internação dos presos políticos como doentes mentais, permitia a aplicação das consideradas condutas “terapêuticas” como o eletrochoque, impregnação, violência das mais variadas formas, abandono e desassistência. Se o eletrochoque era dispositivo utilizado para melhora da sintomatologia, nos presos políticos a sintomatologia apresentada seria a da resistência, logo visava sua plena submissão (SAKAGUCHI; MARCOLAN, 2016, p. 480).

Muitos médicos⁹ também sofreram perseguição neste período, e as prisões e torturas contra estes médicos e militantes políticos, conduziram ao aprofundamento da discussão acerca

⁹ Assim como houve médicos militantes perseguidos pela ditadura militar, houve os que serviram ao regime. É o caso do médico psicanalista e oficial do exército Amílcar Lobo, que teve o caso investigado pela Comissão da Verdade por uma série de denúncias que o indicavam como médico-assistente de torturas.

dos direitos humanos por parte da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), abordando a necessidade de ampliação dos direitos individuais e levando-a a defender abertamente a não submissão à tortura e aos tratamentos cruéis de quem quer que fosse (FONTE, 2012). No ano de 1976 a constituição do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do movimento de Renovação Médica (REME), configuram-se também importantes espaços de discussão e pensamento crítico na área (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

O descontentamento e insatisfação com as condições de vida e trabalho nos hospitais psiquiátricos, e a sujeição e exposição a um regime antidemocrático, violento e privatista, começava a emergir entre os trabalhadores em diversas partes do Brasil. Em 1978, o episódio nomeado como “Crise da DINSAM”, no Rio de Janeiro, obteve repercussão nacional, revelando a todo o país a gravidade da situação.

A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que não realizava concursos públicos há pelo menos dezoito anos, desde os anos de 1974 passou a contratar “bolsistas” para atuar financiados com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental. Estes contratos, que existiam de forma irregular, eram presentes nas quatro unidades da divisão: o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), o Hospital Pinel, a Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Os bolsistas eram graduados, ou estudantes da área da saúde, e não possuíam qualquer proteção trabalhista. Nas vésperas do que seria a crise, três médicos bolsistas registraram no livro de ocorrências do plantão as irregularidades da unidade em que trabalhavam (CPPII), tornando pública a situação do hospital (AMARANTE, 1995).

O movimento que iniciava ali, e alcançaria as demais unidades da DINSAM, possuía entre suas reivindicações principais a pauta salarial, a formação de recursos humanos e a crítica ao autoritarismo nas relações entre instituição, clientela e profissionais, além da crítica ao modelo médico-assistencial e às condições de atendimento (AMARANTE, 1995). Este processo de denúncias e mobilizações – que resultou em uma greve que abalaria as estruturas manicomiais – teve como resposta a demissão de ao menos 260 profissionais e estagiários (AMARANTE, 2018; FIOCRUZ, s.d.).

Diversos movimentos somaram-se à luta, entre eles, o REME e o CEBES e outros foram criados, tais como o Núcleo de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos e o Núcleo de Saúde Mental do CEBES. Neste período vários eventos foram organizados com a coparticipação do CEBES, do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), do Sindicato dos Médicos, da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), da Associação Brasileira de Imprensa

(ABI), da Associação Médica do Rio de Janeiro, entre outros, ampliando a discussão e dando visibilidade à pauta (AMARANTE, 1995).

Este processo, em suas variadas faces, culminou na fundação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e, em retrospectiva, no início da própria Reforma Psiquiátrica.

3.2 Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM): Contra o descaso e a violência

O MTSM torna-se a primeira organização coletiva a ter como pauta central a luta por reformulações da assistência psiquiátrica. O movimento caracteriza-se, em sua origem por ser uma organização plural e sem estruturas institucionais solidificadas, sendo estes aspectos opções políticas deliberadas pelo movimento (AMARANTE, 1995).

É sobretudo este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p.7).

No mesmo ano da crise da DINSAM, ocorre o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC), que entre outras coisas, serviu para o reconhecimento e fortalecimento do MTSM. Segundo Amarante (1995), o congresso apareceu como uma oportunidade de reunir com movimentos que desenvolviam-se em outros estados, criando uma “frente ampla” que pautava profundas transformações políticas.

O congresso, que estava previsto para ser um encontro científico de psiquiatrias ligados aos setores conservadores das universidades, aos consultórios e hospitais privados, e uns poucos identificados com a linha entendida como progressista, terminaria por ser ‘tomado de assalto’ pela militância dos movimentos e faz com que a entidade promotora, a ABP, tenha que servir de avalista para o projeto político do MTSM (AMARANTE, 1995, p. 60).

Os documentos do congresso da Associação Brasileira de Psiquiatria – noticiados de maneira fragmentada pelo Jornal Tribuna da Imprensa¹⁰ (RJ), no ano de 1979, quando o mesmo divulga o encontro do MTSM que ocorreria em São Paulo – indicam que o modelo assistencial

¹⁰ TRIBUNA DA IMPRENSA. **Saúde mental volta à carga por melhorias**. Rio de Janeiro, 16 de janeiro de 1979. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/154083_03/33965

psiquiátrico era deficiente e cronificador na medida em que transformava doença em mercadoria e que privilegiava empresas privadas em prejuízo das reais necessidades de assistência da população. O jornal ainda noticiou que foram realizadas moções de repúdio à transferência maciça dos recursos públicos para o setor privado, assim como o fato de ter sido pautada a participação dos trabalhadores de saúde mental e da população, através de suas associações verdadeiramente representativas, na elaboração dos planos de saúde (TRIBUNA DA IMPRENSA, 1979). Amarante (1995) coloca que as moções aprovadas nesse congresso ilustram a linha de atuação do movimento e destaca, além das pautas já referidas, a reivindicação pela Anistia Ampla, Geral e Irrestrita.

Ainda em 1978, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (RJ), foi responsável por lançar o IBRAPSI, uma nova sociedade psicanalítica, de orientação analítico institucional. O evento contou com a participação de importantes intelectuais e mentores de novas perspectivas sobre a saúde mental, tais como Franco Basaglia, Felix Guatarri, Robert Castel e Erwing Goffman (FIOCRUZ, online, s.d.).

O modelo de cuidado e de estruturação da intervenção clínica ainda precisava ser construído, bem como os pilares necessários para esta reestruturação. Para isso, o movimento que surgia podia contar com importantes experiências que se consolidavam no século XX. A Psiquiatria Democrática italiana, referência na experiência de desinstitucionalização, apresentava como tradição teórico-política uma análise do manicômio e da psiquiatria a partir das relações de opressão e exploração presentes na sociedade (HEIDRICH, 2007). No que diz respeito a Antipsiquiatria inglesa, sobressaía-se a crítica radical ao saber médico-psiquiátrico – a psiquiatria era considerada como um instrumento de violência, além disso, associava-se as práticas dos manicômios com a reprodução da estrutura social, realizando a crítica também ao núcleo familiar (HEIDRICH, 2007). Já a Psiquiatria Preventiva norte-americana, promovia a substituição da doença-mental pela saúde mental enquanto objeto da psiquiatria e ascendia experiências de caráter preventivo, com equipes interdisciplinares e ações intersetoriais (HEIDRICH, 2007). Estas e outras tendências influenciaram na formulação crítica do pensamento do MTSM.

No início do ano de 1979, em São Paulo, ocorre então o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, onde denunciava-se as práticas dominantes do Estado e apontava-se a importância da aliança entre o MTSM e os demais setores sociais (sindicatos, movimentos sociais, associações, etc) na luta por uma democracia plena, pela organização de

uma sociedade mais justa e pela transformação do sistema de saúde, passando a dar maior destaque também aos aspectos relacionadas ao modelo de atenção psiquiátrica (AMARANTE, 1995). O relatório final do congresso, como aponta Amarante (1995), tratou sobre a necessidade de uma organização que garantisse à maior participação dos técnicos nas formulações das políticas nacionais e regionais de saúde mental.

Entre o I Congresso do MTSM (1979) e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), muito aconteceu no Brasil. Em 1979 a luta contra a ditadura obtém duas importantes vitórias, seja pela lei da Anistia – ainda que limitada pelas manobras e imposições da ditadura – que permitiu a volta de exilados e a soltura de parte dos presos políticos, seja pelo retorno do pluripartidarismo. A ditadura dava sinais reais de que está preparando o terreno para sua retirada. Apesar da transição ter sido controlada pela ditadura, este é um período de ascenso da luta popular.

Em realidade, o final da década de 1970 e início dos anos 1980 foi fortemente marcado pela rearticulação dos movimentos sociais, com marcos importantes tais como a fundação do Movimento Negro Unificado (1978), as refundações das entidades estudantis nacionais, da União Nacional dos Estudantes (1979), da União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (1980), bem como a fundação da Central Única dos Trabalhadores (1980), do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (1984). Este é, também, o período de criação do Partido dos Trabalhadores (1980) e da legalização dos partidos comunistas que passaram décadas na clandestinidade.

É neste cenário mais geral que acontecem diferentes eventos onde a militância do MTSM participa e constrói, tais como o III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979), o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde do Mental - RJ (1980) e o IV Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1980). Estes eventos, sob a conjuntura da época, acabavam por discutir amplas questões, reforçando o crescente caráter político do movimento.

Para analisarmos, no entanto, algumas das tensões que desenvolvem-se durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental, é fundamental reconstituir alguns episódios centrais da própria trajetória do MTSM, a fim de compreendermos quais os tensionamentos internos à organização e quais questões são levantadas no embate/consenso com outras organizações ou com Estado.

Em primeiro lugar, um debate sobre a forma de organização do MTSM. Como dito anteriormente, uma das características do movimento era a deliberada não institucionalização,

ou seja, a ausência de uma direção e de uma estrutura organizativa e administrativa mais rígida. Apesar de ser uma concepção majoritária, esta forma do movimento estava em constante disputa, visto que parcela dos militantes defendia “os benefícios de ter sede, secretaria, maiores possibilidades de fundo, etc., que propiciariam maior agilidade administrativa, conseqüentemente, política” (AMARANTE, 1995, p. 64). A concepção minoritária perdeu os debates contra aqueles que argumentavam que uma estrutura rígida levaria à burocratização e a cronificação do movimento, além de ser um contrassenso institucionalizar um movimento que luta pela desinstitucionalização do saber e da prática psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

O debate sobre como atuar frente a política de co-gestão¹¹ e do Plano Conasp¹², e a posterior avaliação sobre a mesma, também levou o movimento a discutir sua dinâmica de funcionamento e o seu programa. Isso ocorreu em especial porque lideranças importantes do movimento em diferentes estados passam a ocupar espaços no setor público. Este processo marca, como observa Amarante (1995), uma divisão nas linhas de atuação dos militantes, onde parte deles tem como centro de suas preocupações a atuação na gestão (seja na formulação e execução das políticas de saúde mental, seja na garantia de participação da sociedade civil neste processo) e outra parte centrava suas ações na organização dos trabalhadores na luta por melhores condições de assistência e trabalho.

Estas frentes, apesar de distintas, não eram excludentes, podendo uma impulsionar a outra. Ambas, todavia, possuíam limitações: uma pela contradição de lutar contra a institucionalização e o autoritarismo do Estado e, ao mesmo tempo, ser representante deste; e outra por deixar em segundo plano a real transformação da natureza das instituições psiquiátricas, focando na organização sindical (AMARANTE, 1995). No contexto destes embates, foram construídos os encontros de coordenadores de saúde mental da região sudeste nos anos de 1985 e 1987 buscando, entre outras coisas, “o aperfeiçoamento das ações integradas de saúde mental num sistema único de saúde, visando à formulação da política nacional de saúde mental” (AMARANTE, 1995, p. 81).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986 é um marco no processo de mobilização social e de organização para o que viria a ser o Sistema Único de Saúde

¹¹ A implantação da co-gestão estabelece a construção de um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos, mais descentralizado e dinâmico, comparado a um modelo de assistência que se encontra profundamente debilitado e viciado em seu caráter e sua prática privatizante (AMARANTE, 1995).

¹² O plano para a assistência psiquiátrica, datada de agosto de 1982 e que passa a ser denominada simplesmente de Conasp ou Plano Conasp, alinha diretrizes gerais de uma reformulação da assistência que coincidem com as postulações técnicas da Opas/OMS. Entre tais diretrizes estão as da descentralização executiva e financeira, da regionalização e hierarquização de serviços e do fortalecimento da intervenção do Estado (AMARANTE, 1995).

(SUS). Nesta conferência, ampliou-se a compreensão de saúde, enquanto dever do Estado e um direito dos cidadãos, elaborou-se sobre a reformulação do sistema nacional de saúde e sobre as formas de financiamento, tendo definido importantes diretrizes para o novo sistema. Da 8ª CNS, deliberou-se a organização de conferências específicas dos diversos campos da saúde, dentre elas a de saúde mental, sendo esta deliberação determinante para a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) no ano de 1987.

A construção da I CNSM foi alvo de disputas. A DINSAM e a ABP posicionaram-se de forma contrária ao amplo debate sobre saúde e sociedade já aberto na 8ª CNS. Argumentaram, também, contra a pluralidade de atores participantes da conferência, procurando direcionar a participação apenas para os profissionais da saúde, mantendo as estruturas conservadoras, buscando transformar o evento em um congresso “científico”. Uma das manobras diz respeito à própria convocação da conferência nacional, marcada tardiamente e em reação às conferências estaduais, que estavam sendo construídas pelos militantes do MTSM sem o apoio da DINSAM (AMARANTE, 1995). Fagundes (2018) relata que, embora a participação de delegados usuários na etapa nacional tenha sido pequena – sendo uma delegada do RJ e um delegado do RS –, estas participações foram absolutamente expressivas, tendo em vista que, “na incipiente democracia, a loucura criava caso e abria caminhos para denunciar os maus tratos e violação de direitos pelo Estado, para ter vez e voz, por encarnar sujeitos de desejos e de direitos” (FAGUNDES, 2018, p .21).

A data da I CNSM enfim foi marcada pela DINSAM e ocorreu no mês de junho de 1987, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Os militantes do MTSM e a maioria dos delegados da conferência recusaram, na abertura da mesma, as propostas de regimento e estatuto feitas pela DINSAM, assim como a nomeação prévia da comissão de redação e o pré-relatório final – escrito antes mesmo do início da conferência (AMARANTE, 1995). A militância do MTSM acabou por conduzir o evento e garantir a construção de grupos de trabalho, que tiveram seus debates incorporados no relatório final da I CNSM, garantindo assim a ampla participação dos delegados e a aprovação de propostas que indicavam os rumos para uma profunda transformação no âmbito da saúde mental.

3.3 I Conferência Nacional de Saúde Mental

O relatório final da I CNSM foi publicado em Brasília no ano de 1988 pelo Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Publicado um ano após a conferência, não há menção ao local de realização do evento, que ocorreu na Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Segundo Amarante (1995), o fato de ter sido a única conferência realizada fora de Brasília, diz respeito à falta de apoio por parte do Ministério da Saúde para a realização da mesma. Ainda assim, aparecem como promotores: o Ministério da Saúde (Secretaria Nacional de Programas Especiais da Saúde e DINSAM), o Ministério da Previdência e Assistência Social (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e o Ministério da Educação (Secretaria de Educação Especial).

O documento, disponibilizado na íntegra pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde, não apresenta a arte produzida por Carlos Pertuis¹³, que figurava na capa da versão impressa e possuía importante significado, visto que havia sido produzida por um interno de uma instituição psiquiátrica. Pertuis foi um pintor, desenhista e escultor que tornou-se artista após ter sido internado aos 29 anos no Hospital da Praia Vermelha no Rio de Janeiro. Em 1946, o pintor Almir Mavignier soube que Pertuis fazia desenhos sobre toalhas de papel e guardava-os em caixas de sapatos. Sabendo disso, Mavignier encaminhou Pertuis para o Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação do CPPII, onde o artista produziu mais de 21.000 obras – expressão também de sua institucionalização. Além desta que figura na capa, representando uma mandala e um livro, diversas outras obras do artista foram expostas no Brasil e no exterior.

O fato de ter a arte de Pertuis na capa demonstra o importante lugar e forma que o movimento passaria a representar, a ocupar e ter. A busca por uma atuação sob uma perspectiva de construção horizontal, em que o “paciente” pode expressar-se em “pé de igualdade”, será um marco do movimento a partir desta conferência – ainda que, em 1987, tenha ocorrido de maneira tímida em relação ao que seria construído. Dito de outra forma, “na I CNSM a loucura exigiu passagem, pois sua exclusão e apartação não eram e não são compatíveis com democracia. A partir de então a política de saúde mental deveria ser formulada com usuários, familiares, trabalhadores e gestores” (FAGUNDES, 2018, p.21).

¹³ A biografia de Pertuis é tema do filme “A barca do sol”, dirigido pelo cineasta Leon Hirszman, em parceria com Nise da Silveira (1905-1999).

A primeira conferência contou com a participação de 176 delegados que foram eleitos nas etapas estaduais e com outros segmentos representativos da sociedade, onde identificamos o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o Conselho Federal de Psicologia, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil. Cita-se também a importância da CNSM para reunir, além de diferentes categorias profissionais e da comunidade científica, os “partidos políticos, entidades religiosas, instituições privadas, associações de usuários, instituições de ensino e demais segmentos da sociedade” (I CNSM, 1988 [1987]), compreendendo que através do intercâmbio de informações e de um processo participativo e democrático existe a possibilidade de garantir melhorias da qualidade assistencial, defendendo a necessidade de uma política de saúde mental vinculada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal. Neste sentido:

As aparentes contradições entre o discurso científico e o discurso político nada mais são do que importantes elementos propulsores do processo de elaboração de propostas para a inserção das ações de saúde mental nas ações de saúde em geral, cuja consolidação tem início nesta I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM, 1988 [1987], p.9).

Três temas estruturam as discussões da conferência: Economia, Sociedade e Estado; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. Os debates foram realizados a partir de grupos de trabalho (GT) que elaboraram e levaram à votação os tópicos desenvolvidos, resultando no relatório final.

3.3.1 Economia, sociedade e estado: impactos sobre a saúde e doença mental

Este eixo inicia com uma denúncia às profundas desigualdades existentes no Brasil, resultantes de um modelo econômico altamente concentrador – o capitalismo – que com o advento do golpe militar de 1964 acentua ainda mais a concentração de renda e propriedade. O desenvolvimento do capitalismo brasileiro, na perspectiva do relatório, é o principal responsável pelo fenômeno do êxodo rural e da conseqüente expansão das periferias dos grandes centros urbanos. Assim, defendem a perspectiva de que, no Brasil, latifúndio e desenvolvimento capitalista andaram de mãos dadas, gerando mão de obra barata e um vasto exército de reserva, agradando tanto aos grandes proprietários rurais, que expandiram suas

terras, quanto aos proprietários do capital e dos meios de produção, que enxergam nas condições do subemprego, do desemprego e da baixa remuneração da maioria da classe trabalhadora uma oportunidade para fazer crescer o seu lucro.

Esta situação determinou, por sua vez, a precariedade das condições materiais de vida da maioria da população brasileira. Por outro lado, pelas circunstâncias assinaladas, de enorme disponibilidade da força de trabalho no mundo capitalista, além da multiplicação do ritmo de produção, a luta pela melhoria das condições de trabalho fica seriamente comprometida. Daí ser a jornada de trabalho, em nosso país, uma das maiores dentre as nações mais industrializadas do mundo capitalista [...] **Uma política de saúde realmente comprometida com as reais necessidades de saúde da população tem que, necessariamente, se referenciar nestes aspectos essenciais da nossa conjuntura** (I CNSM, 1988 [1987], p.11, grifo nosso).

Em consideração a estes elementos mais gerais da conjuntura e da história do país, defende-se a ampliação do conceito de saúde e uma transformação destes determinantes das condições materiais de vida. Por isso, para melhorar a expectativa de vida da população brasileira, não basta reformular apenas o setor da saúde, sendo “fundamental que esse novo conceito de saúde permeie a implementação de todas as políticas sociais do Estado” (I CNSM, 1988 [1987], p. 12). Assim, a proposta de Reforma Sanitária da 8ª CNS é caracterizada como um avanço na luta pelo direito à saúde, visto que baseou-se na mesma perspectiva.

Todavia, o relatório ainda aponta para a contradição entre o discurso do Estado e a sua prática concreta. Para o relatório, os governos que se constituem em direção ao Estado espelham, na realidade, os interesses das classes empresariais que contribuem para sua manutenção. Por isso, não podem dar resposta às reais necessidades sentidas na área social, pois para isso necessitariam confrontar os interesses dominantes. Nesse sentido, procuram estabelecer políticas que buscam, por um lado, conter a insatisfação popular e, por outro lado, garantir a sua própria legitimidade enquanto governo.

O documento ainda reflete sobre o papel que tem desempenhado a Saúde Mental na sociedade brasileira na época:

Situando a Saúde Mental no bojo da luta de classes, podemos afirmar que o seu papel tem consistido na classificação e exclusão dos "incapacitados" para a produção e, portanto, para o convívio social em **uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista** (I CNSM, 1988 [1987], p. 12, grifo nosso).

A partir dessa reflexão, apontam para a necessária (auto)crítica dos trabalhadores de saúde mental que, frente esta situação, podem converter-se em instrumentos de dominação, “seja por uma opção astuta e de identificação com os interesses das classes dominantes, seja por uma ingenuidade que supõe que a intervenção técnica é neutra e asséptica” (I CNSM,

[1987], p. 12). Compreendem, por isso, a urgência de reconhecer essa situação e levar a cabo uma revisão crítica visando a reorientação da prática profissional. O trabalhador de saúde mental deve colocar-se ao lado das classes exploradas, lutando pelo fim da violência nas instituições e, junto com a sociedade civil, para uma libertação institucional.

Por isso, para lutar por melhores condições de salário e trabalho – questões associadas às melhorias institucionais e de vida – seria preciso resgatar uma concepção revolucionária de saúde. Este resgate possibilitaria o combate à postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e impulsionaria a luta pela igualdade de direitos, pela real participação popular, visando enfrentar a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminar o paternalismo e alienação das ações governamentais e privadas.

3.3.2 Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental

Este tema foi dividido entre “princípios gerais”; “princípios básicos”; “reformulação do modelo assistencial em saúde mental e consequente reorganização dos serviços”; e “política de recursos humanos”.

O item “princípios gerais” avalia as condições necessárias à Reforma Sanitária, onde considera-se imprescindível a realização das reformas agrária e urbana que propiciem melhorias nas condições de vida da população, bem como de uma reforma tributária que assegure a destinação dos recursos necessários ao setor da saúde, garantindo uma distribuição justa entre as esferas municipais, estaduais e federal. Considera-se também a participação social como crucial no processo de formulação e implementação da Reforma Sanitária, uma vez que a população organizada é a verdadeira agente das transformações necessárias ao setor da saúde em geral e da saúde mental em particular.

Os “princípios básicos”, por sua vez, debatem sobre o Sistema Único de Saúde Público e acerca das atribuições do Estado para com o mesmo. Entende-se que o sistema deve ter comando político e administrativo único em cada um dos três níveis do governo. Como princípio, o sistema deve ser gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contrarreferência. O documento estipula, também, a participação popular em nível decisório, seja na formulação, gestão, controle ou avaliação das

políticas; devendo executar ações de proteção, segurança e higiene do trabalho, buscando evitar doenças e acidentes decorrentes do mesmo.

Com relação ao Estado, defende-se a possibilidade de o poder público intervir, desapropriar ou expropriar serviços de natureza privada necessários para o alcance dos objetivos do SUS. Enquanto não estatizados, os prestadores e produtores de bens e serviços teriam sua atuação direcionada com base na política estabelecida pelo SUS, sempre garantindo o controle dos usuários no setor. A implementação de estabelecimentos de serviços de saúde liberais seria permitida, contudo, sem quaisquer formas de subsídios, isenções ou descontos por parte do Estado.

A indústria farmacêutica em todos os seus âmbitos, deveria ser estatizada e soberana, a fim de assegurar o desenvolvimento de uma indústria química de base e o fortalecimento de indústrias estatais de equipamentos de saúde. Sendo assim, passaria a ser monopólio do Estado a “importação de matéria-prima químico-farmacêutica, a produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e outros insumos essenciais para o setor” (I CNSM, 1988 [1987], p. 16).

Os recursos para o financiamento do SUS seriam provenientes de toda a esfera pública, não devendo nunca ser inferior a 10% do PIB e se constituiriam em um Fundo Único de Saúde que deveria substituir gradualmente os recursos da Previdência Social, sendo este fundo administrado de forma colegiada pelos órgãos públicos e entidades representativas da sociedade. Também seria de responsabilidade do Estado garantir um processo de democratização, descentralização e formação do setor. A nível federal caberia a normatização das ações em saúde e, a nível estadual, mas prioritariamente municipal, caberia a função de organizar as ações que norteariam a nova estrutura sanitária. Quanto a formação, o documento defende a integração entre as universidades públicas e os serviços públicos, na área de ensino e pesquisa na saúde mental, a fim de formar recursos humanos capacitados e adequados ao novo contexto.

Já no item sobre a “reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços” aparecem outros elementos. Com referência ao modelo gerencial, prevê-se: 1. a formação de conselhos de saúde em todos os níveis (local, municipal, regional e estadual), eleitos pela comunidade de forma paritária; 2. a constituição de comissões de usuários que acompanhassem as questões administrativas em todas as unidades de saúde; 3. eleições de direção e chefia, assembleia de funcionários, participação paritária da comunidade, entre outros

espaços que garantissem a democratização da tomada de decisões; 4. garantia de absoluta transparência, de forma que possibilitasse a constante avaliação e fiscalização por parte dos usuários; 5. garantia de distribuição, supervisão e controle adequado de substâncias psicotrópicas, tanto nos serviços públicos quanto nos privados.

Com referência ao modelo assistencial, buscava a reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica, priorizando uma rede extra-hospitalar e multiprofissional; a redução progressiva de leitos psiquiátricos e a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais; além da realocação de leitos para hospitais gerais – salientando a necessária ruptura com as práticas de internação hospitalar. Defende, ainda, a criação de programas especiais de emergência psiquiátrica, onde houvesse demanda significativa; a regulação, reavaliação e senso das unidades de internação; sustenta a necessidade da implementação de um programa de recuperação da população internada cronicada; a descentralização e a maior capacidade técnica dos ambulatórios da rede pública, bem como, a revisão sistemática das práticas preventivas e educativas em saúde mental, além da reabilitação profissional dos egressos de hospitais psiquiátricos na rede de serviços do INAMPS e da promoção de saúde mental através da integração de ações com demais setores da sociedade.

Quanto a “política de recursos humanos”, preconiza-se a contratação exclusiva por meio de concurso público, a criação de um plano de carreira que sustente um salário digno e incentive a dedicação exclusiva. Argumenta pela garantia de formação continuada – contemplando a pesquisa, a supervisão técnica e o contato com suas entidades – dentro da carga horária contratual; a participação da comunidade nos processos de contratação e a criação de uma política de interiorização através de incentivos salariais e funcionais que garantisse a fixação de profissionais em zonas periféricas, rurais e de difícil acesso. Defendem a proibição de ocupação de cargos públicos (chefia ou direção) por parte de proprietários ou sócios de estabelecimento da rede privada de saúde; bem como a não privação de nenhuma categoria profissional para a ocupação de cargos de chefia, sendo esta pautada na competência técnica para a função. Por fim, apontam para a necessidade da isonomia salarial e de jornada de trabalho em todas esferas de governo, bem como o dever das universidades em assumir o papel de polo de formação dos profissionais e agentes de saúde, em consonância com os princípios estabelecidos nas deliberações da I CNSM.

3.3.3 Cidadania e doença mental: direitos deveres e legislação do doente mental

Em primeiro lugar, este tópico apresenta a compreensão sobre cidadania e doença mental expressa pela I CNSM. Logo em seguida, divide-se em dois temas: a) recomendações à Constituinte e b) reformulação da legislação ordinária, sendo esta novamente dividida em tópicos e subtópicos.

Cidadania é um conceito que aparece no relatório final atrelado à ampla participação dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico. A doença mental, por sua vez, é apresentada como “resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população” (I CNSM, 1988 [1987], p. 21).

Neste sentido, entende-se que deve ser assegurada constitucionalmente a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental, pressupondo uma legislação ordinária que ampare estas demandas. O documento chama atenção para a prudência que se deve ter ao caracterizar comportamento alternativo de inserção social como doença mental, “evitando a utilização do saber e das técnicas médico-psicológicas para a prática de discriminação e dominação” (I CNSM, 1988 [1987], p. 21), evidenciando, assim, a construção social do processo saúde-doença e considerando, ainda, a necessidade do Estado buscar formas de reconhecer espaços não profissionais, tais como os criados por organizações comunitárias, como espaços de promoção de saúde mental.

O primeiro tópico, recomendações à Constituinte, propõe que seja encaminhada à Comissão de Sistematização da Assembleia Nacional Constituinte a sugestão de inclusão de um parágrafo terceiro ao item 1º do relatório da Comissão de Saúde, que passaria a ter o seguinte teor:

DA SAÚDE Art. 1º – A saúde é um dever do Estado e um direito de todos. § 1º – O Estado assegura a todas condições dignas de vida e acesso igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com suas necessidades. § 2º – A lei disporá sobre a ação de rito sumário pela qual o cidadão exigirá do Estado o direito previsto neste artigo. § 3º – Todas as pessoas, independente da natureza de sua deficiência ou doença, gozam plenamente de todos os direitos e estão sujeitos aos deveres consignados nesta Constituição e legislação que reconheça suas especificidades (I CNSM, 1988 [1987], p. 21-22).

Neste sentido, em relação ao processo constituinte, o documento reforça a importância da instituição do “projeto de iniciativa popular” como mecanismo, compreendendo que este cumpre o indispensável papel de possibilitar a formulação de projetos de lei por parte das

entidades representativas de técnicos e usuários mediante ampla mobilização, podendo modificar dispositivos jurídicos em vigor. Propõe, também, a incorporação de conquistas e direitos dos indivíduos bem como dos avanços de organizações e técnicas do setor ao Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934¹⁴ e que incluísse menção à saúde no Título II dos Direitos e Liberdades Fundamentais, capítulo dos Direitos Individuais, mantendo a coerência com o artigo 261 que consagra a saúde como um direito.

Onde se lê: "... a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida", leia-se "... a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida e à saúde". Tal proposição é coerente com o artigo 261 que consagra a saúde como um direito, tido por todos como fundamental. Como o projeto de Constituição (§ 5º, do artigo 6º) pune como crime inafiançável qualquer discriminação atentatória aos direitos e liberdades fundamentais, tal menção à saúde mais se justifica (I CNSM, 1988 [1987], p. 22).

Propõe que se inclua também:

Art. – Por motivo de doença ou deficiência não serão toleradas quaisquer medidas ou preceitos discriminatórios, segregacionistas ou punitivos, excetuados os casos em que condutas ou estados patológicos possam acarretar riscos à incolumidade física das pessoas, ou danos ao patrimônio, ou resultarem de atos delituosos (I CNSM, 1988 [1987], p. 22).

O segundo tópico, sobre a reformulação da legislação ordinária, entende que a ampliação de direitos civis, sociais e políticos a todos indivíduos, exige a substituição de leis específicas vigentes, recomendando modificações com relação à legislação civil, legislação penal e legislação sanitária e psiquiátrica.

Referente a legislação civil, propõe-se que sejam alteradas as questões relativas às interdições e aos estados de incapacidade civil, devendo estas serem restritas aos casos de ameaças aos bens públicos e individuais, bem como ao perigo de agressão física.

Com relação à legislação penal, propõe penalidade àqueles que causam danos à saúde física e mental dos trabalhadores ao determinar o tipo e modo do processo produtivo que os exponha a tal dano. Propõe ainda a revisão acerca da inimputabilidade; a extinção ou profunda transformação dos manicômios judiciários; a (re)definição de periculosidade, considerando que a mesma dá margens ao uso indevido da saúde mental e dos seus profissionais para o cerceamento da liberdade individual; e, por fim, salienta que a definição de pessoa “perigosa” não deve ter o caráter de definitivo julgamento, considerando que a elaboração deste conceito deve “estar subordinada aos objetivos de uma sociedade democrática, justa, igualitária e capaz

¹⁴ O decreto tratava sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção a pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

de garantir os direitos humanos fundamentais [...] assegurando que não se estabeleçam julgamentos ligados a qualquer tipo de preconceito” (I CNSM, 1988 [1987], p.23).

Em relação à legislação sanitária e psiquiátrica, entende-se que cabe ao Poder Público a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental. Evidencia que a internação psiquiátrica deve ser regulamentada em lei, onde estejam estabelecidos os direitos dos pacientes internados. Neste sentido:

A internação não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, devendo ser estabelecidos os critérios da internação, envolvendo, neste ato, a defensoria pública, comissões multiprofissionais e a participação de setores organizados da comunidade, definindo o caráter dessa internação e o seu tempo de duração, revisado periodicamente. A decisão sobre diagnóstico, tratamento e regime de tratamento **é da responsabilidade da equipe assistencial multiprofissional, e pode ser legalmente questionada pelo cliente, familiares ou entidades civis** (I CNSM, 1988 [1987], p. 23-24, grifo nosso).

Ainda sobre a internação compulsória, o documento recomenda que:

Se assegurem mecanismos e recursos legais de garantia do direito individual **contra a internação involuntária** (por exemplo: habeas-corpus, comunicação automática à autoridade judiciária competente, criação de tutela provisória para estes pacientes), visando a possível reversibilidade do estado de internação no período máximo de 72 horas (I CNSM, 1988 [1987], p. 24, grifo nosso).

Compreende-se ainda como necessária a garantia do acesso ao prontuário e a escolha do tipo de tratamento e do terapeuta – quando existentes as condições de autodeterminação e capacidade de entendimento, além do conhecimento das indicações e contraindicações em seu tratamento – do atendimento multiprofissional, e do respeito às características próprias de cada faixa etária em relação aos leitos hospitalares, enquanto direitos a serem garantidos.

Defendem, ainda, a construção de estruturas que proporcionem reinserção no trabalho, através de centros de reabilitação profissional compostos por equipes multidisciplinares. O trabalho será protegido de tal forma que a aposentadoria compulsória será dispensável. Neste sentido, as concessões de auxílio-doença aos casos de doenças mentais devem ser submetidas a critérios técnicos rigorosos e encaminhados aos centros de reabilitação profissional, quando for o caso.

Com relação à legislação sanitária e psiquiátrica da criança e do adolescente, o documento caracteriza a situação destacando que metade da população brasileira, neste período, é formada crianças e adolescentes sujeitas a tutela, sem possibilidades legais de exercer livre arbítrio. Avança descrevendo que as condições de funcionamento da rede assistencial pública são deficientes, marcadas pela ausência de política de saúde mental para este segmento e pela

a carência de profissionais e legislação específica. Destacam o constante julgamento de “menores sem lar” como futuros delinquentes ou psicopatas e, por fim, a sobreposição e domínio dos interesses econômicos que atuam pela existência e expansão da rede privada de hospitais psiquiátricos.

Para este segmento, propõem-se normas legais que limitem a internação de menores de idade, sendo necessária a avaliação de uma equipe multiprofissional de saúde mental quando a internação for decisão do judiciário, mesmo que para menores marginalizados. Defendem que as internações sejam, a partir dos 16 anos, facultativas aos adolescentes; que a educação formal ou técnica, a capacitação para o trabalho, bem como o direito ao espaço lúdico sejam garantidos, certificando direitos e proteção semelhantes aos dos pacientes adultos, a fim de evitar processos discriminatórios; e que as medidas terapêuticas de utilidade duvidosa ou potencialmente perniciosas, sejam rigorosamente analisadas, “limitando ou proibindo a utilização de psicofármacos e outros procedimentos (eletroconvulsoterapia, por exemplo)” (I CNSM, 1988 [1987], p. 25).

Em relação à legislação trabalhista, o documento tece uma série de considerações acerca de pontos que considera importantes para embasar suas propostas, tais como a exposição à fadiga e à tensão psíquica na determinação de acidentes, os aspectos organizacionais que trazem prejuízo à saúde (como sistemas automatizados, trabalho em regime de turno alternado, trabalho noturnos etc.) e, por fim, levando em conta a exigência de estudos ergonômicos para modificações efetivas dos efeitos psicossociais nos trabalhadores, bem como a necessidade de reprodução da vida social e produtiva dos portadores de doença mental, o documento propõe:

1. o reconhecimento da relação entre doença mental e as condições em que ocorrem as atividades produtivas;
2. a criação de dispositivos legais que garantam a manutenção do emprego aos indivíduos que possuam algum tipo de sofrimento psíquico e que estejam submetidos a tratamento;
3. Que exames de sanidade física ou mental não sirvam como instrumentos de exclusão da vida produtiva e sim de adequação das atividades, para que possam ser desempenhadas satisfatoriamente;
4. Punição do empregador e responsabilidade legal do mesmo pelos prejuízos provocados pela submissão do trabalhador a condições insalubres e deletérias à saúde.
5. a garantia de salário-desemprego provisório a todo cidadão brasileiro e a reabilitação e reinserção social do doente mental por parte do Estado;
6. a reformulação do salário-desemprego e sua ampliação, garantindo dignidade ao trabalhador e a não recorrência à tática da psiquiatrização como forma de subsistência;
7. inserir, em uma nova Consolidação das

leis do Trabalho (CLT), formulações que garantam melhores condições de trabalho e consequentemente de vida, considerando os aspectos biopsicossociais relacionados às condições em que se produz.

É tratando destas questões que o documento encerra seu conteúdo.

Quadro 1. Análise da I Conferência Nacional de Saúde Mental

Questão analisada	Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Redemocratização • Assembleia Constituinte • Impasses do primeiro governo civil pós-1964 • Rebatimentos das políticas da ditadura • Êxodo rural • Repressão política • Inflação • Concentração de renda • Expansão das periferias nas grandes cidades • 8 Conferência Nacional de Saúde • Organização do movimento sanitário • Organização da luta antimanicomial 	<p>Crise capitalista, redemocratização e Assembleia Constituinte.</p> <p>8ª CNS e organização dos movimentos sociais da saúde.</p>	Redemocratização.
Atores	<ul style="list-style-type: none"> • 176 delegados • Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional • Conselho Federal de Psicologia • Conselho Federal de Medicina • Associação Brasileira de Psiquiatria • Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil. • Ministério da Saúde (Secretaria Nacional de Programas Especiais da Saúde e DINSAM) • Ministério da Previdência e Assistência Social (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) • Ministério da Educação (Secretaria de Educação Especial) • Partidos políticos • Entidades religiosas • Instituições privadas • Associações de usuários • Instituições de ensino 	<p>Delegados eleitos nas etapas estaduais.</p> <p>Conselhos e associações profissionais.</p> <p>Órgãos do governo.</p> <p>Organizações da sociedade civil.</p> <p>Instituições de ensino</p>	Estado e Sociedade
Bandeiras	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações legais • Cidadania • Conceito ampliado de saúde • Concepção revolucionária de saúde • Crítica ao Estado Burguês • Democracia • Descentralização 	<p>Cidadania</p> <p>Conceito ampliado de saúde</p> <p>Democracia</p>	Concepção revolucionária de saúde

	<ul style="list-style-type: none"> ● Desospitalização ● Direitos Trabalhistas ● Estatização ● Enfrentamento do capitalismo ● Intervenção estatal ● Participação Popular ● Reforma Sanitária ● Reforma Agrária ● Reforma Urbana ● Reforma Tributária ● Regulamentação das internações ● Saúde enquanto direito 	Direitos trabalhistas Enfrentamento ao capitalismo Intervenção estatal Reformas estruturais Regulamentação das internações	
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> ● Atuação em conjunto com a sociedade civil ● Criação de rede extra-hospitalar ● Intervenção Estatal ● Formação de profissionais sob lógica antimanicomial ● Garantias legais ● Participação social ● Revisão crítica da ação em saúde mental 	Intervenção Estatal Garantias legais Participação social Revisão crítica da ação em saúde mental	Participação social

Fonte: I CNSM.

Elaboração: síntese da autora.

3.3.4 Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República

Este documento consta como anexo ao relatório final da I CNSM. A proposta inicia afirmando que “estamos transitando na construção de uma nova ordem constitucional” (I CNSM, 1988 [1987], p. 33), onde constata, então, que através da luta do povo, finalizou-se um longo período da história brasileira, marcado pelo desprezo à legalidade, pela opressão da vontade popular, pelo empobrecimento de grande parte da população e pela submissão dos interesses nacionais ao sistema financeiro dirigido pelos bancos internacionais. A Nova República, composta pela sociedade brasileira e pelo governo de transição, nasce com o compromisso histórico de reparar as questões socioeconômicas e reconstruir a nação.

Participam do processo de elaboração e implementação de uma nova política de saúde mental os coordenadores de saúde mental de cada estado, a direção do INAMPS, lideranças do MTSM, dirigentes de instituições federais e líderes sociais que, após o VII Encontro Nacional de Psiquiatria Preventiva e Social, debatem a proposta elaborada pela direção da DINSAM/MS.

No segundo momento, o documento apresenta um panorama das condições de vida e saúde da população brasileira. Aponta, inicialmente, para a correlação entre processos de adoecimento mental e as condições gerais de vida às quais a população está exposta. Sobre isso, destaca:

As neuroses em geral, as chamadas doenças psicossomáticas, as psicoses secundárias a afecções somáticas (incluindo formas de epilepsias sintomáticas), as toxicodependências (incluindo alcoolismo e tabagismo) e as oligofrenias mesogênicas **são formas de doenças que variam notavelmente conforme a estrutura social vigente**. Outras formas de doença – como as esquizofrênicas e a psicose manícodepressiva, por exemplo – têm variações menos evidentes, o que indica o menor poder mesogênico em seu aparecimento (I CNSM, 1988 [1987], p. 33, grifo nosso).

Para elucidar a importância de compreender a realidade brasileira – sendo o Brasil um país de dimensões continentais – apresentam dados relativos à primeira metade da década de 1980. No ano de 1985 contabilizava-se 135.000.000 de habitantes em nosso país, sendo que 56,7% apresentava menos de 25 anos de idade, ou seja, uma população majoritariamente jovem – 36,7% estava na faixa entre 25 a 60 anos e 6,6% representavam mais de 60 anos.

Esta população residia em diferentes regiões do país, que possuíam também diferentes características geoeconômicas. Na busca por melhores condições de vida e trabalho, ocorreu um grande fluxo migratório, do campo para a cidade, das regiões de menor desenvolvimento econômico para os grandes polos industriais e, ao passo que o desemprego atingia cerca de 13 milhões de pessoas e o analfabetismo era realidade de 30 milhões de brasileiros, apenas 10% da população mais rica concentrava 51% das riquezas nacionais – marcante expressão da desigualdade social que impera no capitalismo brasileiro.

Dados do IBGE evidenciavam a relação entre vida e morte associada às regiões brasileiras onde cada um nascia ou, ainda, a depender do rendimento mensal do grupo que faz parte, sendo as expectativas mais baixas as daqueles que nasciam na região Norte e possuíam até 1 salário mínimo. Outra das consequências avaliada foi a alta incidência de doenças transmissíveis onde, segundo relatório do Conselho Nacional de Secretaria de Saúde (CONASS), datado de julho de 1984 e reproduzido no documento se estimava:

[...] a incidência da malária em 160.000 casos por ano. Havia no país cerca de 7 milhões de chagásicos, 6 milhões de pessoas com esquistossomose, 200.000 com tuberculose pulmonar e 500.000 com hanseníase. As doenças diarréicas eram responsáveis por 40 por cento dos óbitos infantis, enquanto as doenças cardiovasculares, os tumores e os acidentes vasculocerebrais causavam 60 por cento do total de óbitos nas regiões Sudeste e Sul (I CNSM, 1988 [1987], p.35).

No que diz respeito à saúde mental, o documento aponta que, apesar de não existir precisão quanto ao número de pessoas em adoecimento mental, as condições de vida sob as quais se encontrava a população brasileira são razão suficiente para o agravamento ou desencadeamento de processos de adoecimento. Ainda que não fosse considerada uma questão prioritária para a saúde pública, merecia atenção especial, uma vez que figura entre as principais determinantes de internação e há grande média de permanência (53,3 dias) – concentrando a ocupação permanente de leitos disponíveis na região Sudeste, contribuindo para o déficit de leitos nas regiões mais pobres e para a existência de “leito-chão”. Além disso, os transtornos neuróticos apareciam como a segunda maior causa de incidência de incapacidade temporária registrado pelo INPS no ano de 1983.

Estudos realizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a América Latina previa um aumento relativo de transtornos (psicoses, neuroses, alcoolismo etc.) consequente, entre outros fatores, de uma “crescente urbanização desorganizada da população, à automatização das fábricas e à desvinculação entre o trabalhador e o produto de seu trabalho” (I CNSM, 1988 [1987], p. 36).

A demanda de atenção à saúde mental no Brasil acentuava-se drasticamente. Durante a década de 1970, o número de internações cresceu em 293% e as consultas em 400% para a população urbana previdenciária. Em 1983 houve um decréscimo de 5% nas internações em relação a 1980, enquanto as consultas cresceram 12% no mesmo período. A rede de atenção caracterizava-se por atuar a partir de um modelo asilar e cronificador, que “choca-se com as modernas aquisições preventivas e terapêuticas, e tem como pedras basulares o privilegiamento do setor privado e a marginalização da saúde mental em relação à saúde geral” (I CNSM, 1988 [1987], p. 36). Ainda em relação ao setor privado, o documento aponta a alta representatividade do setor no campo da saúde mental e as consequências dessa lógica privatizante que não eram favoráveis a ninguém, a não ser aos que lucravam às custas das péssimas condições da atenção em saúde dispostas à maioria da população brasileira.

Sobre o campo de ação em saúde mental, compreende que além de pautar junto à sociedade civil “por casa, comida, trabalho, educação, lazer, liberdade e amor à nossa população” (I CNSM, 1988 [1987], p. 38) – considerando estas como as principais medidas de higiene mental – seria necessário o compartilhamento de informações, conhecimentos e troca de saberes com a população, a fim de instrumentalizar a luta e compreensão acerca da saúde mental de forma geral e específica. Outra dimensão da ação em saúde mental teria a finalidade

de curar ou prevenir doenças a partir de análises precisas sobre as mesmas, o que implicaria em diferenciar o que é sofrimento em geral do que é sofrimento por decorrência de condições controversas de vida, podendo desta forma, delimitar o campo populacional a ser objeto das ações em saúde mental.

Dos objetivos de ação em saúde mental aponta: 1. universalização e equidade; 2. articulação interinstitucional; 3. ações integradas em saúde; 4. regionalização e hierarquização; 5. descentralização; 6. prioridade do setor público; 7. modificação do modelo assistencial; 8. desenvolvimento de recursos humanos; 9. supervisão e avaliação; 10. promover estudos epidemiológicos; 11. reorientar a política terapêutica.

Das estratégias para a consecução dos objetivos, propõe fazer incorporar o Programa Nacional de Saúde Mental às ações gerais em saúde, de forma que se articule os subsistemas através de ações integradas em saúde e unificando-os de forma a garantir maior alcance da população, se utilizando de forma coerente dos recursos públicos. Propõe também o privilegiamento de recursos à instituições públicas; a priorização de recursos (financeiros, técnicos e humanos) em atividades extra-hospitalares; a promoção da instalação de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais; a criação de programas de reabilitação para o trabalho; a modernização e transformação dos hospitais psiquiátricos do MS em polos de ações em saúde mental; evitar a criação de leitos psiquiátricos que ultrapassem os índices de 1:1.000 habitantes nas cidades e 1:2.000 habitantes no meio rural. Defende a necessidade de promover e subvencionar estudos epidemiológicos; realizar programas de capacitação profissional; articular o sistema de ação em saúde mental com os demais setores organizados da sociedade; implantar um sistema informatizado, utilizando códigos e linguagens universais; e, por fim, colocar à disposição da população, de forma adequada, informações sobre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental.

Quadro 2. Análise do Anexo: Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República

Questão analisada	Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Transição para a construção de nova ordem constitucional • Transição para o Estado de Direito • Nova república • Concentração de 	Redemocratização Desigualdades regionais e sociais Rede de atenção privatista e hospitalocêntrica	Redemocratização

	<p>riqueza nas mãos de poucos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Submissão da soberania ao sistema financeiro internacional • Desigualdades regionais e sociais • Êxodo rural • Desemprego • Analfabetismo • Alta incidência de doenças transmissíveis • Aumento do número de internações e consultas • Rede de atenção privatista e hospitalocêntrica • Governo Sarney 	<p>Aumento do número de internações e consultas</p>	
Atores	<ul style="list-style-type: none"> • Governo de transição • Sociedade brasileira • Coordenadores de saúde mental de cada estado • Direção do INAMPS, • Lideranças estaduais e nacionais do MTSM • Dirigentes de Instituições federais • Líderes sociais • DINSAM/MS. 	<p>Órgãos de governo</p> <p>Organizações da sociedade civil</p>	<p>Estado e Sociedade</p>
Bandeiras	<ul style="list-style-type: none"> • Universalização e equidade; • Articulação interinstitucional • Ações integradas em saúde • Regionalização e hierarquização • Descentralização; • Prioridade do setor público • Modificação do modelo assistencial; • Desenvolvimento de recursos humanos; • Supervisão e avaliação; • Promoção de estudos epidemiológicos; • Reorientação da política terapêutica. 	<p>Ações integradas em saúde</p> <p>Prioridade do setor público</p> <p>Modificação do modelo assistencial</p> <p>Reorientação da política terapêutica.</p> <p>Promoção de estudos epidemiológicos</p>	<p>Visão de saúde ampliada</p>

<p>Estratégias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicação do conhecimento ● Estabelecer critérios de definição de doenças, discriminando sofrimento em geral de sofrimento por condições anti-higiênicas de vida ● Incorporar o Programa Nacional de Saúde Mental às ações gerais em saúde, ● Privilegiar recursos às instituições públicas; ● Priorizar recursos (financeiros, técnicos e humanos) em atividades extra-hospitalares; ● Promover a instalação de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais; ● Criar programas de reabilitação para o trabalho; ● Modernizar e transformar os hospitais psiquiátricos do MS em pólos de ações em saúde mental; ● Evitar a criação de leitos psiquiátricos ● Promover e subvencionar estudos epidemiológicos; ● Realizar programas de capacitação profissional; ● Articular o sistema de ação em saúde mental com os demais setores organizados da sociedade; ● Implantar um sistema informatizado ● Colocar à disposição da população, de forma adequada, informações sobre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental. 	<p>Prioridade do setor público</p> <p>Prioridade do Setor Extra-hospitalar</p> <p>Combate a criação de leitos psiquiátricos</p> <p>Comunicação com a população</p> <p>Formação de profissionais</p> <p>Rearticulação do sistema</p>	<p>Prioridade do setor público e rede extra-hospitalar</p>
---------------------------	---	---	--

Fonte: Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República – Anexo da I CNSM.

Elaboração: síntese da autora.

3.5 Análise da I CNSM e anexo

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorre em um momento contraditório de nossa história, que mescla esperanças e limitações. Após 21 anos de ditadura militar, o Brasil finalmente voltou a ter um presidente civil e um cenário de maiores liberdades democráticas. Todavia, ao analisarmos mais detidamente o cenário, percebemos o quão conservadora foi esta transição. Um símbolo deste conservadorismo é o fato de que, apesar da massiva mobilização pelas eleições diretas, na campanha das Diretas Já! entre 1983 e 1984, o primeiro presidente civil foi eleito indiretamente pelo Congresso Nacional – espaço dominado pelos representantes da ditadura. Com a morte de Tancredo Neves antes de sua posse, quem assume a presidência é o seu candidato à vice-presidente, José Sarney, ex-presidente do principal partido de sustentação do regime, a ARENA, e que havia migrado para o MDB pouco tempo antes.

Em realidade, este é apenas um de tantos símbolos do controle exercido pelos militares no processo de transição: da indicação de parlamentares biônicos, passando pela votação de uma lei da Anistia que operou para absolver agentes do Estado que sequestraram, torturaram, assassinaram e desapareceram com cidadãos brasileiros; até a famosa frase do último ditador brasileiro, João Figueiredo, que em defesa da abertura política afirmou: “É para abrir mesmo. E quem quiser que não abra, eu prendo. Arrebento. Não tenha dúvidas”¹⁵.

O controle e as manobras da ditadura para garantir sua impunidade e a manutenção no poder, no entanto, não puderam barrar os impactos da crise internacional capitalista e o reposicionamento do imperialismo, que passa a descartar seus antigos agentes militares em favor de governos civis comprometidos com políticas neoliberais na América Latina. Além deste enfraquecimento do regime, este é um momento de forte ascenso da luta popular e dos movimentos sociais. A campanha por uma anistia ampla, geral e irrestrita para aqueles que lutaram contra a ditadura, a (re)organização dos movimentos sociais e de entidades representativas, a construção de novos partidos e uma série mobilizações massivas serão responsáveis por dar a tônica do período.

A construção da I CNSM está intimamente ligada à construção da democracia na transição para a chamada Nova República. Neste sentido, as denúncias e críticas apresentadas

¹⁵ A frase foi proferida em coletiva de imprensa, no ano de 1979. O trecho que citamos pode ser escutado aqui: <<https://www.youtube.com/watch?v=0TBzBIR-3SY>> Acesso em: 14/10/2019.

no documento revelam tanto uma avaliação do passado e dos impactos gerados pela ditadura, quanto uma perspectiva crítica de futuro que visa superar uma realidade perversa, marcada pelo “desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador” (I CNSM, 1988 [1987], p. 11).

A visão acerca da conjuntura, apresentada no documento, acaba por transcender o limite temporal da transição para uma nova ordem constitucional. As indicações feitas à Assembleia Nacional Constituinte, evento estratégico para a implementação de grande parte das propostas da I CNSM, por exemplo, aparece de maneira articulada com reflexões mais gerais sobre o próprio modo de produção capitalista – análise que estrutura o documento. Por isso, apesar de proporem alterações nas políticas do Estado, não deixam de denunciar o caráter contraditório que vivem os governos que se constituem no Estado capitalista, em conflito permanente entre garantir os interesses das classes empresariais – que contribuem para a sua manutenção política – e solucionar as necessidades sentidas na área social – o que só seria possível com uma transformação profunda na sociedade.

Para combater esta postura ambígua do Estado no âmbito das políticas sociais, a I CNSM propõe a realização de reformas estruturais que atuem sobre as profundas desigualdades sociais, combatendo a concentração de renda e propriedade, bem como a submissão da soberania brasileira ao sistema financeiro internacional. A este diagnóstico, soma-se uma análise sobre a precariedade das condições materiais de vida da maioria da população, onde aponta-se para o elevado número de mortes e acidentes de trabalho, os mais de 30 milhões de analfabetos, e as desigualdades sociais e regionais – expressas, por exemplo, na variação da esperança de vida ao nascer.

O documento busca realizar uma síntese, portanto, de assuntos que a primeira vista poderiam ter pouca relação. Afinal, qual a relação entre propostas de reforma agrária, urbana e tributária com a saúde mental? A I CNSM é categórica em demonstrar que saúde e doença, vida e morte, são questões diretamente relacionadas com as condições de produção e reprodução da vida. Deve-se buscar, portanto, na formação sócio-histórica brasileira as explicações para compreender a precarização social do trabalho, fator que impacta diretamente na saúde da população.

Neste sentido, o processo do êxodo rural é exemplificador da perspectiva do documento. Na avaliação da conferência, a expulsão de enormes contingentes populacionais do campo para a periferia das grandes cidades engendrará dois processos que se articulam entre si e impactam

nas questões relacionadas à saúde. Por um lado, este fluxo populacional que é acelerado bruscamente durante a ditadura, gera a consolidação e a manutenção dos grandes latifúndios rurais, vinculados via de regra com o comércio internacional. Por outro, lado acaba

[...] gerando um vasto exército de reserva, determinando uma grande demanda na procura de emprego, barateando, assim, o valor da mão-de-obra e aumentando, ainda mais, o lucro (a taxa de mais-valia) das classes dominantes, proprietárias do capital e dos meios de produção, agravando, em consequência, as condições de subemprego, desemprego e baixa remuneração da maioria da classe trabalhadora (I CNSM, 1988 [1987], p. 11).

Aqui encontramos as raízes que explicam como um país que registrou crescimento do PIB em 23 anos em um período de 25, entre 1962 e 1987, pode ter índices na área da saúde característicos de países pobres, como a alta incidência de doenças transmissíveis, ao lado da crescente prevalência de doenças crônicas e degenerativas. Como destaca o documento:

Segundo o Conselho Nacional de Secretaria de Saúde (CONASS), em julho/84, estimava-se a incidência da malária em 160.000 casos por ano. Havia no país cerca de 7 milhões de chagásicos, 6 milhões de pessoas com esquistossomose, 200.000 com tuberculose pulmonar e 500.000 com hanseníase. As doenças diarréicas eram responsáveis por 40 por cento dos óbitos infantis, enquanto as doenças cardiovasculares, os tumores e os acidentes vasculocerebrais causavam 60 por cento do total de óbitos nas regiões Sudeste e Sul (I CNSM, 1988 [1987], p. 35).

Estas reflexões relacionam-se, na prática, com a visão ampliada de saúde defendida pela 8ª CNS, que compreende a saúde enquanto um direito relacionado à garantia de outros e possui como princípios a equidade, a universalidade e integralidade. É com base nesta perspectiva que podemos compreender a importância dada pelo documento às reformas estruturais, que serviriam para solucionar contradições de nossa sociedade que, por diversas vias, afetam a saúde da população, em geral, e a saúde mental, em particular.

Outro diagnóstico importante para que compreendamos a relação mais geral, estabelecida pelo documento, entre saúde mental e o sistema capitalista no Brasil diz respeito à lógica da apropriação privada que o mesmo impõe. Durante a ditadura, acelerou-se o processo de mercantilização da loucura, conformando um grande e lucrativo negócio para os hospitais privados:

Nos últimos anos aumentou significativamente a demanda da população por serviços psiquiátricos. O número de internações cresceu, durante a década de 70, em 293 por cento, e as consultas em 400 por cento, para a população urbana previdenciária. Em 1983 houve um decréscimo de 5 por cento nas internações em relação a 1980, e as consultas cresceram 12 por cento no mesmo período. [...] O referido modelo choca-se com as modernas aquisições preventivas e terapêuticas, e tem como pedras basulares o privilégio do setor privado e a marginalização da saúde mental em relação à saúde geral (I CNSM, 1988 [1987], p. 36).

A saúde mental é criticada, no relatório final da conferência e em seu anexo, visto que estava servindo como uma ferramenta de "classificação e exclusão dos 'incapacitados' para a produção e, portanto, para o convívio social em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista" (I CNSM, 1988 [1987], p. 12), e também como um nicho de mercado.

Para combater este uso da saúde mental, portanto, o documento aponta para a necessidade de uma reforma sanitária que contemple a construção de uma rede extra-hospitalar e multiprofissional, visando a desospitalização e a melhoria das condições de assistência. Ademais, defende a desativação progressiva dos contratos com empresas privadas em todas as áreas da saúde, bem como a possibilidade do poder público intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada, visto que a I CNSM possui como meta a construção de um sistema público de saúde ancorado em serviços estatais, inclusive na área da indústria farmacêutica, que deve ser monopólio do Estado a fim de garantir a soberania nacional e o uso adequado dos medicamentos.

O relatório introduz o que chama de concepção revolucionária de saúde, "baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde" (I CNSM, 1988 [1987], p. 13). A partir desta reflexão, podemos compreender como o documento aborda outras questões importantes às transformações no setor da saúde mental e na sociedade em geral.

Para a I CNSM, cidadania é um conceito estreitamente relacionado com a "participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico" (I CNSM, 1988 [1987], p. 20). Por isso, um dos eixos de construção da incipiente democracia, que forjava-se no período, aparece como sendo a participação efetiva da população organizada – condição sem a qual as políticas sociais não poderiam ser implementadas.

É a partir desta constatação, também, que o documento propõe uma (auto)crítica dos trabalhadores de saúde mental. Para a I CNSM, todos os trabalhadores em saúde mental deveriam refletir acerca de sua prática, a fim de perceber que não existe intervenção técnica que seja neutra e asséptica e que a saúde mental pode constituir-se enquanto um instrumento de dominação do povo brasileiro. Neste sentido, os trabalhadores de saúde mental devem reorientar suas práticas e configurar sua identidade ao lado das classes exploradas – visto que

os próprios também são explorados.

Articula-se, dessa forma, a luta contra o caráter asilar e cronificador das instituições com a luta por direitos trabalhistas. Lutar por melhores condições de trabalho passa a ser pauta como consequência de dois movimentos: por um lado, a necessidade de transformar o caráter das instituições e qualificar a assistência em saúde mental; por outro, a urgência de garantir trabalho digno para o trabalhador do setor. Esta compreensão acabará por abrir espaço, posteriormente, para uma ampla participação no movimento de luta antimanicomial, visto que não estavam preocupados unicamente com um aspecto da questão, mas com a democratização e a expansão de direitos para todos – mobilizando usuários, familiares, trabalhadores e a sociedade em geral na luta por cidadania.

Uma das estratégias para garantir esta articulação é a criação de uma rede extra-hospitalar que possibilite a desospitalização e a participação de uma população historicamente excluída que passa, neste momento, a ser protagonista na construção de um novo modelo de saúde e dos rumos de sua própria história. A implementação desta rede deveria ser realizada em toda a rede pública de saúde, abarcando a rede básica, como postos de saúde, até a alta complexidade. Deveria, de igual maneira, estar articulada com a implementação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e com outros sub-sistemas e ações gerais, em saúde executadas em diversos níveis.

Fator determinante para a viabilização destas alterações é o exercício do controle social a ser realizado especialmente a partir dos conselhos de saúde, inclusive no âmbito da gestão, formulação, avaliação e controle das políticas públicas em saúde. Esta perspectiva tem relação direta com a chamada concepção revolucionária de saúde, onde a cidadania e a democracia tornam-se imprescindíveis para execução das políticas. Todavia, além de reivindicar esta participação popular, a I CNSM estabelece propostas que visam garantir o financiamento necessário às transformações, defendendo o direcionamento mínimo de 10% do PIB para um sistema nacional de saúde.

A I CNSM defende, em síntese, uma reorganização dos espaços de atenção em saúde e em saúde mental aliada a um processo de conscientização e desestigmatização que deveria ocorrer não apenas no espaço mais restrito da política de saúde, mas no conjunto da sociedade. A sociedade civil organizada desempenha papel imprescindível para a efetividade das propostas apresentadas, visto que as mesmas prezam e dependem da alteração e do combate à própria forma de organização imposta pelo sistema capitalista.

Esta conferência, datada de 1987, precede os debates sobre uma reforma psiquiátrica, embora já lance mão de vários dos principais argumentos e bandeiras da reforma. Na I CNSM, os participantes estavam implicados em constituir uma reforma sanitária democrático-popular que deveria, justamente por ter um caráter transformador, possuir como parte constitutiva de sua existência as questões relativas à saúde mental. Isso permitiria, por um lado, atender as demandas da saúde mental e, por outro lado, impedir que a saúde mental fosse vista como algo paralelo e marginalizado das questões de saúde em geral.

4 O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL: POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS!

Durante a I CNSM, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, delibera, em plenárias paralelas, a organização do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, onde pretendia, através de um “Fórum Independente”, promover debates acerca das políticas oficiais voltadas ao setor da saúde mental, além de provocar reflexões sobre as práticas, os desejos e a organização do movimento (AMARANTE, 1995) – garantindo a independência e autonomia frente aos órgãos do Estado.

Esta deliberação parte também dos anseios de parcela do movimento que, um ano antes, no estado de São Paulo, passara por uma cisão, criando uma tendência interna chamada de “Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental”. Esta tendência, segundo Amarante (1995), fazia oposição ao setor vinculado ao poder público e considerava suas lideranças ultrapassadas. Propondo, em contraposição a esta realidade organizativa, um movimento mais dinâmico, participativo e democrático.

O movimento articula uma comissão nacional responsável pela organização do congresso a ser realizado entre os dias 3 e 6 de dezembro de 1987, em Bauru (SP). Foram propostos três eixos de discussão: 1. por uma sociedade sem manicômios; 2. organização dos trabalhadores de saúde mental; 3. análises e reflexões das nossas práticas concretas. Estes eixos orientariam o movimento para uma discussão que iria para além do limite assistencial sobre a loucura, repensando também a organização e a atuação dos trabalhadores do setor. Além destas deliberações, um documento intitulado “Saúde mental da rede pública: uma proposta de organização dos trabalhadores 1987” foi produzido pelo MTSM. O documento, segundo Amarante:

[...] chama a atenção para a necessidade de ‘desatrelamento’ do aparelho do Estado, buscando formas independentes de organização e voltando sua estratégia principal para a sociedade, no sentido da discussão dos problemas e das formas de solução para o campo de uma ação sociocultural que coloque no seio da sociedade a discussão sobre os aspectos da loucura. O lema então consolidado, ‘Por Uma Sociedade sem Manicômio’ é a mais forte expressão dessa estratégia (AMARANTE, 1995, p. 87).

A escolha da cidade de Bauru para a realização do congresso é atribuída, por Amarante (1995), pelo fato de que a cidade estava sob administração do Partido dos Trabalhadores (PT), o que possibilitava o desenvolvimento de uma experiência importante de caráter transformador.

Para o autor, data deste processo a retomada do movimento à tradição Basagliana, alavancada pela vinda de Franco Rotelli, que têm a desinstitucionalização como fator básico e determinante para a reorganização das ações em saúde mental. Neste cenário, as associações de usuário e familiares são reconhecidas publicamente como agentes no movimento pela Reforma Psiquiátrica.

4.1 O Manifesto de Bauru

O “Manifesto de Bauru” é um documento de destaque da luta antimanicomial brasileira, tendo sido produzido durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Este evento, para além do manifesto, marcou a transformação do MTSM em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), ocorrendo no mesmo ano da I CNSM (1987), e marcando “um passo adiante na história do Movimento e [...] um novo momento na luta contra a exclusão e discriminação” (II CNTSM, 1987, n.p.).

Participaram do congresso 350 trabalhadores de saúde mental, que ocuparam as ruas de Bauru (SP) naquela que é considerada, por eles próprios, como a primeira manifestação pública pela extinção dos manicômios organizada no Brasil. Este fato, por si, demonstra uma ruptura com a lógica vigente. Os trabalhadores manifestam a recusa do papel de agente da exclusão e da violência institucionalizada, considerando que estas ações desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana e, a partir dessa compreensão, estabelecem um novo compromisso, tendo a clareza de que racionalizar e modernizar os serviços existentes não bastava.

No manifesto, os trabalhadores denunciam o caráter ambíguo do Estado, pois consideram que o Estado que gerencia os manicômios é o mesmo que determina e dá forças aos mecanismos de exploração, de produção social da loucura e da violência. O enfrentamento à esta realidade só seria possível mediante a aliança com o movimento popular e com a classe trabalhadora organizada, uma vez que:

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

O movimento, já organizado em vários estados, busca a partir deste momento uma articulação nacional que dê conta da organização dos trabalhadores em saúde mental, aliados dessa vez ao movimento popular e sindical, pautando o fim da mercantilização da doença, posicionando-se contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária, reforçando que o caráter da reforma deveria ser democrático e popular, ocorrendo em conjunto com outras reformas estruturais (como a agrária e urbana). Luta pela organização livre e independente dos trabalhadores, pelo direito à sindicalização dos serviços públicos e pela instituição do Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988. O documento de apenas uma lauda encerra reivindicando uma sociedade sem manicômios.

Quadro 3. Análise do Manifesto de Bauru

Questão analisada	Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> ● Redemocratização ● Primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios. ● Organização do Movimento Antimanicomial ● Compromisso com as mudanças necessárias ● Exploração e produção social da loucura e da violência ● Opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres ● Sociedade capitalista ● Governo Sarney 	<p>Organização do movimento antimanicomial</p> <p>Redemocratização</p> <p>Desigualdades</p> <p>Mobilização Social</p>	Mobilização Social
Atores	<ul style="list-style-type: none"> ● 350 trabalhadores de saúde mental ● MTSM 	Trabalhadores organizados da saúde mental	Trabalhadores organizados da saúde mental
Bandeiras	<ul style="list-style-type: none"> ● Contra a mercantilização da doença; ● Contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; 	<p>Contra a mercantilização da doença;</p> <p>Por reformas estruturais</p> <p>Pela organização social</p>	Nova ordem social

	<ul style="list-style-type: none"> • Por uma reforma sanitária democrática e popular; • Pela reforma agrária e urbana; • Pela organização livre e independente dos trabalhadores; • Pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; • Pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988; • Por uma sociedade sem manicômios. 	Por uma sociedade sem manicômios	
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestações públicas • Articulação com o movimento popular, sindical e a classe trabalhadora organizada • Articulação nacional do próprio movimento • Incorporar-se à luta de todos os trabalhadores 	Articulação nacional do movimento antimanicomial com demais setores organizados da sociedade.	Resistência da classe trabalhadora organizada

Fonte: Manifesto de Bauru.

Elaboração: síntese da autora.

4.2 Análise do Manifesto

Trata-se de um texto político, um manifesto de nascimento – ou transformação – de um movimento social. Transformar a sociedade e a própria prática aparecem como dois momentos de um mesmo processo, não como dois fatores distintos. Este documento afirma constituir uma ruptura com uma prática em saúde mental que cumpria o papel de excluir e violentar, de forma institucionalizada, aqueles que possuíam os manicômios como resposta do Estado à suas necessidades.

Os trabalhadores que assinam este texto apontam para o papel que desempenha o Estado capitalista em nossa sociedade: ao mesmo tempo em que é responsável pelo gerenciamento e manutenção destes serviços de exclusão, como o manicômio, também atua como um dos agentes da produção social da loucura e da violência. Esta produção social relaciona-se com as mais diferentes formas de opressão, seja nas fábricas, instituições de adolescentes ou cárceres;

e com os mais diversos tipos de discriminação, contra negros, homossexuais, indígenas e mulheres – em suma, contra a diversidade, especialmente da classe trabalhadora.

Esta análise conjunta das diferentes formas de opressão, somada a defesa de que os trabalhadores em saúde mental devem ser aliados efetivos e sistemáticos do movimento popular e sindical, demonstra um forte sentimento de solidariedade de classe e uma visão crítica da realidade social.

Fundamenta-se, então, a necessidade de um mundo livre de manicômios, da exclusão e da discriminação. Destacando a importância do movimento popular e da classe trabalhadora organizada, pois, como aponta o documento, a luta pelos direitos de cidadania dos doentes mentais passa necessariamente pela incorporação da luta do conjunto da classe trabalhadora na luta por uma vida justa, livre de opressões e exploração. Neste sentido, sintetiza e aprofunda uma série de questões já apresentadas e aprovadas no relatório final da I CNSM, ocorrida no mesmo ano.

4.3 Considerações sobre o Movimento de Luta Antimanicomial

Em todo este processo nem uma única de nossas conquistas, deu-se, por assim dizer, naturalmente; nenhuma delas resultou da tranquila colheita de frutos que amadureceram no ritmo sequencial das estações, e, sim, de um plantio feito a partir de uma dura disputa pela terra.

Ana Maria Lobosque.

O Movimento de Luta Antimanicomial é um movimento social, de abrangência nacional, que nasce no contexto da redemocratização do Estado brasileiro e defende, em suas origens, a luta por profundas transformações da sociedade, desde uma perspectiva anticapitalista, e a reestruturação da atenção em saúde mental do país. Sob a máxima *por uma sociedade sem manicômios*, o movimento considera que o manicômio é resultado da estrutura social em sua totalidade – ou seja, que a sua existência diz respeito à própria forma de organização das relações sociais, relacionando-se com o próprio modo de produção capitalista.

O I Encontro do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que ocorreu na cidade de Salvador (BA), no ano de 1993, apresentou a chamada *O Movimento Antimanicomial como movimento social* (BARBOSA et al., 2012). Segundo Vasconcelos (2000), o relatório final do encontro, caracterizava o movimento como:

[...] um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie desta luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento (apud LUCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 403)

Um movimento social, configura-se como uma organização que possui considerável formalidade e estabilidade e que é composta por pessoas que se identificam e são sujeitos de uma mesma causa. Em outras palavras, “o Movimento Social [...] é conformado pelos próprios sujeitos portadores de certa identidade/necessidade/reivindicação/pertencimento de classe, que se mobilizam por respostas ou para enfrentar tais questões”. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 264). Neste sentido, é correto caracterizar o Movimento de Luta Antimanicomial enquanto um movimento social, ainda que sua pluralidade de atores constituintes complexifique suas relações.

Scherer-Warren (2008), ao referir-se aos movimentos sociais emergentes do período que sucede a ditadura militar brasileira, apresenta que os mesmos possuíam como característica comum a contundente oposição ao autoritarismo estatal, ao passo que desempenhavam suas lutas em torno de suas temáticas específicas. Por essa razão, a autonomia política e organizacional em relação ao aparato Estatal e governamental, configurava-se como uma das diretrizes mais importantes destes movimentos. Esta será uma característica muito forte do Movimento de Luta Antimanicomial em seus primeiros anos, gerando intensas discussões sobre o papel do Estado e a participação (ou não) de militantes do movimento na gestão – questão que, com variações, segue sendo ponto de pauta até os dias de hoje.

O movimento antimanicomial, contudo, introduzia particularidades ao cenário dos movimentos sociais brasileiros. Para Silva (2003), a novidade era a de estabelecer a política como um campo possível aos loucos, em parceria com os não loucos. No mesmo sentido, Lobosque (2001), apresenta que o Movimento de Luta Antimanicomial é um exemplo de invenção política contemporânea que articula ação política à subjetividade. Para isso, não bastava contestar apenas as práticas repressivas do Estado, mas também as lógicas internas do próprio movimento que se constitui com um conjunto plural de atores, empenhando-se em uma construção genuinamente democrática entre trabalhadores, familiares e usuários de saúde mental.

Nesta perspectiva:

Esse movimento traz a marca de uma ruptura, sustentado numa ética de compromisso que ultrapassa a lógica da racionalidade, do Estado capitalista, ancorado em

mecanismos de opressão de instituições totais destinadas às pessoas consideradas minorias e mais ‘frágeis’ (SOUZA, 2003, p. 145).

O Movimento de Luta Antimanicomial, empenhava-se no combate às diferentes formas de exclusão da loucura, onde a principal delas era a própria instituição manicomial, carregada de uma carga histórica e cultural que precisava ser igualmente combatida. Por outro lado, compreendia que somente unido aos demais movimentos (de negros e negras, dos LGBTs, dos sem-teto e sem-terra, aos sindicatos etc.), poderia caminhar para a construção de uma sociedade verdadeiramente justa, fazendo com que fosse fundamental a luta pela garantia de direitos e pela dignidade da vida humana do conjunto da população.

Como expressa Cirlene Ornelas de Godoy, membra da Associação Loucos por Você (Ipatinga, MG) e que foi representante dos familiares do Movimento da Luta Antimanicomial na Comissão Nacional de Saúde Mental:

Na verdade, quando lutamos pela inclusão do portador de sofrimento mental em nossa sociedade, estamos buscando construir uma outra sociedade baseada em novos valores e em novas relações sociais. Assim como o movimento de mulheres e o movimento negro, lutamos por mudanças nas relações entre as pessoas, por uma nova maneira de conviver que reestruture as relações familiares, comunitárias e de trabalho. E percebemos que essas lutas dos diversos movimentos sociais estão bastante interligadas. Várias mulheres que participam do nosso movimento descobriram, com a participação nas reuniões, que elas já não eram mais apenas “donas de casa”. Eram mulheres que estavam trabalhando politicamente no espaço comunitário para mudar a sua realidade e a de outras pessoas (GODOY, 2003, p. 63).

Para Lobosque (2001), a própria forma de pensar a assistência em saúde mental implica em uma tomada de posição no embate político que atravessa toda a ordem social. Este transpassamento fica nítido quando a autora elenca cinco princípios do Movimento de Luta Antimanicomial:

Primeiro princípio: A consideração da dimensão da subjetividade nas experiências da loucura em particular, e na luta política em geral.

Segundo princípio: A extinção do hospital psiquiátrico e sua substituição por um modelo assistencial radicalmente diverso.

Terceiro princípio: A abordagem das experiências da loucura deve apontar para a sua presença e produção no espaço da cultura.

Quarto princípio: O movimento antimanicomial é um movimento social, que organiza trabalhadores, familiares e usuários de saúde mental no combate as diferentes formas de exclusão da loucura.

Quinto princípio: O movimento antimanicomial, em aliança com outros segmentos da sociedade civil organizada, participa de uma luta política por transformações estruturais da sociedade (LOBOSQUE, 2001, p. 19-20).

A forma de organização, as pautas e os aliados elencados – ou, em outras palavras, a própria razão de ser do movimento – acabam por posicionar o movimento como integrante de uma luta mais ampla, pela transformação radical da sociedade. Tendo como objetivo o respeito para com a subjetividade e a loucura, a extinção do manicômio e a mudança das estruturas, a partir da organização de diferentes segmentos sociais que relacionam-se com o tema da loucura, inevitavelmente o Movimento de Luta Antimanicomial toma posições na arena política que prezam pela transformação radical do sistema. Neste sentido, configura-se como um importante movimento social que contribuiu, e ainda contribui, com as lutas sociais por democracia e direitos – apesar de ser pouco estudado.

5 CONSTRUINDO REDES, ROMPENDO AMARRAS

O final dos anos 1980 é marcado por acontecimentos ímpares na história do Brasil e na área da saúde. Dentre eles, como afirmamos anteriormente, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Ademais, destaca-se a criação dos primeiros serviços substitutivos em 1987, a exemplo do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), no estado de São Paulo; além da aprovação da nova Constituição, em 1988, e da entrada do Projeto de Lei 3657/1989.

A aprovação da nova Constituição definiu novos rumos à organização social brasileira. É neste processo que a saúde passa a ser inscrita enquanto direito fundamental e a criação do Sistema Único de Saúde – orientado pelos princípios deliberados na 8ª Conferência Nacional de Saúde – torna-se a expressão da garantia deste direito. Segundo Bravo (s.d.), o texto constitucional, após inúmeros acordos políticos e intensa pressão popular, acabou atendendo grande parte das reivindicações do movimento sanitário, atravancando os interesses empresariais do setor hospitalar, embora preservasse a situação da indústria farmacêutica, interesse das multinacionais.

Ao não extinguir o setor privado da construção do SUS – ainda que em caráter complementar – algumas medidas precisaram ser elaboradas com vistas a fortalecer o setor público e a universalização no atendimento, tais como “a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local” (BRAVO, s.d., p. 12). Estas providências ocasionaram em uma mudança do arcabouço e das práticas institucionais, favorecendo a saúde como um todo e o desenvolvimento de suas especificidades, como é o caso da saúde mental.

No curso desta movimentação, entre a promulgação da Constituição e a aprovação da lei do Sistema Único de Saúde (Lei n. 8080/90), o então deputado federal pelo Partido dos Trabalhadores Paulo Delgado, eleito em Minas Gerais, dá entrada ao Projeto de Lei 3657/1989, que “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”. O Projeto de Lei (PL), simboliza um expressivo avanço da luta pela reforma psiquiátrica no campo institucional.

Adentrando os anos 1990, importantes eventos convergem ao processo da Reforma Psiquiátrica. É o caso da Conferência Regional de Caracas (Venezuela), organizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), que divulga a célebre “Declaração de Caracas”. Esta declaração consiste em um documento que apresenta recomendações sobre a “Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde”, tornando-se uma referência às transformações dos modelos em saúde mental que ocorreriam no continente americano.

Ademais, grande importância teve a aprovação da Portaria SNAS nº 189, 19 de novembro de 1991, que estabelece a inclusão de grupos e procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental. Contribuiu no processo, de igual forma, a realização do I Encontro de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial (1991) – preparatório para a II Conferência Nacional de Saúde Mental realizado em São Paulo (SOALHEIRO, 2012). Destacase a Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que dispõe sobre as diretrizes para a criação e/ou organização dos serviços da rede substitutiva em saúde mental, bem como a Portaria/SAS nº 407, de 30 de junho de 1992, que cria o código de procedimento transitório para os hospitais psiquiátricos que cumpriram integralmente a portaria 224. Cabe lembrar, também, a primeira Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica, impulsionada pela intensa organização política e social que culminou na Lei no 9.716, de 7 de agosto de 1992 no Rio Grande do Sul¹⁶, visto que a mesma:

Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências (RIO GRANDE DO SUL, 1992, online)

Assim, podemos constatar que a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) foi precedida de uma ampla movimentação sobre a pauta, que intensificou a luta por uma sociedade sem manicômios dentro e fora do país, conquistando garantias legais e abrindo espaço para a construção de uma larga gama de serviços que integrariam a Rede de Atenção Psicossocial.

¹⁶ Sobre este assunto, verificar o livro “25 anos da lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul”, organizado por Paulon, Oliveira e Fagundes e publicado pela Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul no ano de 2018.

5.1 II Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, intitulada de “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil”, foi realizada no período de 1 a 4 de dezembro de 1992 em Brasília. Como resultado do evento, produziu-se um relatório final publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 1994. O documento inicia com uma apresentação que contextualiza a realização e organização do evento, seguido de três partes que tratam sobre “marcos conceituais”, “atenção à saúde mental e municipalização” e, por fim, “direitos e legislações”.

A apresentação escrita pela Comissão Executiva da II CNSM em junho de 1993 – quase sete meses depois, destaca que a conferência é resultado de um longo processo democrático e de eventos anteriores de verdadeira importância, onde menciona-se a 8ª CNS (1986), que representa um marco histórico para a construção do SUS, a I CNSM (1987), que precede esta conferência, e o II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental (1987), que reivindicou por mudanças teóricas e éticas da assistência psiquiátrica. Indica também a Conferência de Caracas (1990) como referência fundamental no processo de transformação do modelo de atenção no setor, bem como a 9ª CNS (1992), que delibera pelo fortalecimento da luta pela vida, ética e municipalização da saúde, enfatizando a importância do controle social e do nível local como estratégia para a democratização do Estado e das políticas sociais.

A comissão organizadora da II CNSM contou com representantes dos segmentos envolvidos na reestruturação da atenção em saúde mental e na reforma psiquiátrica brasileira das mais diversas regiões do país. O documento dá destaque às associações de usuários e familiares; conselhos da área de saúde, prestadores, governos e entidades da sociedade civil.

Identificamos, enquanto governos, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde/CONASS e as Secretarias Municipais de Saúde/CONASEMS. Já os Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental contavam com a representação do SOS Saúde Mental (SP) e SOSINTRA (RJ). Os Prestadores Privados de Serviços, por sua vez, eram representados por dois integrantes da Federação Brasileira de Hospitais. Os Movimentos Sociais da Área de Saúde Mental possuíam como representante a Articulação Nacional Luta Antimanicomial. Como representantes da Plenária Nacional de Entidades de Saúde estavam o Conselho Federal de Psicologia e o Sindicato dos Médicos. No grupo das Associações de classe, identificamos a

Associação Brasileira de Psiquiatria. A coordenação da comissão organizadora esteve sob o comando do médico sanitarista Domingos Sávio do Nascimento Alves.

A II CNSM ocorreu após a realização de cerca de 150 conferências em etapas municipais e regionais, seguidas das etapas estaduais, onde ocorreram em 24 estados. Nestas conferências prévias foram eleitos 500 delegados, garantindo uma composição paritária entre *usuários e sociedade civil* (50%) e *governo e prestadores de serviços* (50%). A conferência contou também com 320 observadores indicados nos encontros estaduais, 150 ouvintes e 100 convidados – sendo 15 destes personalidades estrangeiras e representantes de organismos internacionais. A partir desta ampla construção e da intensa repercussão nos meios de comunicação, estima-se que 20.000 pessoas estiveram envolvidas diretamente com a II CNSM.

Segundo a comissão executiva, responsável pela apresentação, a efetiva participação dos usuários na realização dos trabalhos de grupo, plenárias, debates e tribunas é um importante indicador de mudanças. Atribui-se a esta participação uma nova dinâmica de organização do trabalho e das relações entre os participantes. Neste sentido, o relatório estaria expressando, para além de um momento de descobertas, a consolidação de propostas construídas nos mais diversos espaços que culminaram na realização do evento “através da abertura de um amplo debate junto à população, da criação de novos serviços, da produção de conhecimento e de mudanças nas legislações nacional, estadual e municipal” (II CNSM, 1994 [1992], p. 5).

Finalizam a apresentação revelando que o país, no ano de 1993, vivia um momento de grande inquietação diante de possíveis mudanças na relação entre o Estado e a Sociedade – inaugurada pela revisão constitucional e pela frustração das expectativas por melhorias da qualidade de vida com justiça social. Neste sentido, o relatório expressaria tanto estas inquietações e frustrações – reivindicando pela garantia de direitos conquistados e adquiridos na Constituição Federal, nas leis e nos estatutos – quanto a confiança da realização de um novo projeto social, construído pela sociedade civil enquanto um instrumento para o avanço e consolidação da reforma em saúde mental no Brasil.

5.1.1 Marcos Conceituais

Nos “marcos conceituais”, define-se a atenção integral e a cidadania como conceitos direcionadores das deliberações da II CNSM. O entendimento de saúde e doença enquanto um

processo que fundamenta o direito ao tratamento e organização de uma rede de atenção integral à saúde, e que também deve ser entendido de forma contextualizada, onde “qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades” (II CNSM, 1994 [1992], p. 6).

A democratização do Estado aparece enquanto fundamento do direito à cidadania e das transformações legais na área da saúde mental. Para o relatório, faz-se necessária uma abordagem abrangente no campo da saúde mental, rompendo com uma concepção compartimentalizada do sujeito, sendo necessário construir:

1. mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico; 2. diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental; 3. uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas (II CNSM, 1994 [1992], p.7).

No item “da atenção integral”, o documento defende a proposição de um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais, que deveriam atuar a partir de uma visão integrada das várias dimensões de vida do indivíduo, em diferentes âmbitos de intervenção, tais como a educação, a assistência e a reabilitação. A rede de atenção deveria substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada, transformando-se em um verdadeiro laboratório de saúde e de vida, resgatando a história e a cidadania dos indivíduos.

Além disso, prevê o estabelecimento de mecanismos concretos para desospitalização dos doentes mentais, tanto nos hospitais públicos quanto nos privados, através da intensificação de programas públicos de lares e pensões construídos nos bairros. Considera fundamental a “desinstitucionalização de todas as instâncias com características manicomial, tais como: asilo para idosos, instituições para menores, classes especiais e instituições penais, entre outras” (II CNSM, 1994 [1992], p. 7), bem como a proibição de escolas especiais e de centros atendimento exclusivo para deficientes na mesma lógica.

As ações em saúde mental deveriam ser integradas à outras políticas sociais, tendo caráter preventivo e intersetorial, bem como deveriam ser promovidas atividades entre os órgãos do governo. Além disso, a implementação da municipalização a partir dos conselhos de saúde e a descentralização, que tem como potencial a construção de processos emancipatórios e de gestão social, são indispensáveis ao novo modelo de atenção. Defende também a orientação pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e descentralização e pela inserção

da saúde mental nas ações gerais em saúde – premissas conceituais da 8ª CNS, I CNSM e Declaração de Caracas.

Quanto aos recursos informais, família e comunidade, prevê: 1. A articulação dos recursos existentes na comunidade; 2. O Fortalecimento dos movimentos identificados com as novas reformas da saúde; 3. A valorização e incentivo à atenção informal em saúde mental desenvolvida por religiosos, grupos de autoajuda, organização de familiares, organização de pais, entre outras; 4. Promover a criação de grupos de ajuda mútua entre usuários e trabalhadores de saúde mental; 5. Evitar culpabilizar o usuário e sua família, e promover o atendimento integrado da família inserida no contexto comunitário e social; 6. Mobilizar a comunidade para que através da pressão popular sejam criadas pensões públicas que atendam ao modelo de atenção em saúde mental proposto.

O item “Trabalhadores: Organização do Trabalho, Capacitação e Investigação”, aborda a necessária transformação das relações cotidianas entre trabalhadores de saúde mental, usuários, família, comunidade e serviços, em busca da desinstitucionalização e da humanização destas relações, priorizando ações que busquem a desconstrução dos “manicômios mentais” dos trabalhadores, “libertando-o[s] de esquemas e de estruturas que o[s] impedem de pensar e agir de modo mais humano pela promoção da saúde mental e [pela] necessária emancipação do campo terapêutico” (II CNSM, 1984, p.8).

Compreende a complexidade de questões que permeiam o campo da saúde mental, e defende a construção coletiva de práticas e saberes cotidianos, o que faz com que a equipe de saúde seja definida como:

a) necessariamente multiprofissional; b) integrada por profissionais de outros campos do conhecimento, como, por exemplo, trabalhadores das áreas artística, cultural e educacional; c) livre do tradicional loteamento de funções e marcada por uma participação mais efetiva dos auxiliares e atendentes; d) articulada com os setores populares no sentido de escuta e respeito aos saberes emergentes das diferentes culturas locais; e) implicada com todo o serviço, onde todos os operadores sociais são agentes do processo cultural em saúde mental (II CNSM, 1994 [1992], p. 8-9)

Afirma que os programas de formação e capacitação de pessoas tanto nos serviços públicos quanto privados, deveriam estar fundamentados a partir de uma proposta pedagógica, dinâmica e permanentemente construída, possuindo um caráter multiprofissional e descentralizado que problematize as questões da realidade local, articulando os diferentes saberes/poderes – político, administrativo e técnico – além de aliar os campos de conhecimento científico e popular. Seria preciso, ainda, propiciar práticas de ensino, pesquisa e extensão aos

novos profissionais, a fim de promover uma nova compreensão e ação em relação à doença mental, de forma que seja preconizado o desenvolvimento do potencial dos indivíduos com sofrimento psíquico. Deveriam, também, promover investigações epidemiológicas e sócio-antropológicas, visando a construção de modelos que respeitassem as realidades locais.

Quanto a cidadania, o relatório a compreende enquanto uma construção histórica resultante das problematizações concretas que cada sociedade produz. Uma vez que, no Brasil, milhões de pessoas encontravam-se destituídas dos direitos mais elementares, entende-se que a luta por cidadania das pessoas com transtornos mentais não pode estar desvinculada do conjunto “de esforços desenvolvidos pelo povo brasileiro na luta por sua cidadania, envolvendo todas as instituições sociais, unindo os profissionais, usuários e familiares” (II CNSM, 1984, p.10). Dessa forma, o documento considera imprescindível a abertura de canais de participação para os usuários, visando a expansão da cidadania, sintetizada entre outras coisas pela ressignificação do espaço público, pela alteração das relações entre Poder Público e usuário, pelo estímulo à organização e interação entre associações comunitárias e conselhos municipais de saúde e pela garantia de participação e acesso aos bens materiais e culturais existentes nas comunidades, possibilitando também “o exercício da cidadania desde a escola, sendo este um aprendizado construtor de subjetividades transformadoras, capazes de lutar por processos emancipatórios” (II CNSM, 1994 [1992], p.10).

Em relação a legislação, propõe-se a alteração da terminologia “legislação psiquiátrica” por “legislação em saúde mental”. Esta legislação deve levar em conta questões como a subjetividade e o direito à crise sem contrapartida de abordagens coercitivas. Deve também mudar o enfoque punitivo e coercitivo em relação às drogas, priorizando o enfrentamento aos grandes traficantes e produtores, além de propiciar ao usuário assistência, tratamentos e programas sociais de prevenção, impulsionando um cuidado desenvolvido em centros especializados.

Quanto a informação, divulgação e educação, considera a informação como primordial para a conquista e o exercício de direitos. Sendo assim, o documento aponta como necessária a construção de um sistema de difusão de informações sobre as formas de atenção em saúde mental; a realização de uma campanha nacional de divulgação do novo enfoque em saúde mental que possa esclarecer sobre a proposta de fechamento dos manicômios, a fim de construir uma cultura antimanicomial. Divulgar amplamente a Lei da Reforma Psiquiátrica e da Proteção aos que Padecem do Sofrimento Psíquico, do Rio Grande do Sul, buscando incentivar outros

estados brasileiros também é uma questão levantada. Debater com os profissionais de comunicação a questão das drogas, tentando minimizar o sensacionalismo sobre o tema, é outro ponto chave nesta seção. Por fim, defende estimular espaços democráticos de interação e socialização de informações, otimizando o atendimento da rede de serviços.

5.1.2 Atenção à saúde mental e municipalização

Esta sessão é dividida em “recomendações gerais”, “financiamento”, “gerenciamento”, “vigilância” e “os trabalhadores de saúde, da organização do trabalho e da pesquisa”.

O documento preconiza o cumprimento da Lei orgânica da saúde (Lei nº 8.080/90) e sua complementação (Lei nº 8.142/90), bem como os princípios constitucionais de municipalização, adotando também os conceitos de território e responsabilidade. Além disso, recomenda que o planejamento e a administração das ações em saúde, leve em conta os aspectos culturais, históricos e sociais. Pauta pela criação de uma comissão nacional democrática e transparente no âmbito do Ministério da Saúde, via Coordenação de Saúde Mental, que deve definir a liberação de recursos e o acompanhamento de projetos em saúde mental. Prima, também, pela participação dos familiares nos serviços de saúde mental; pela criação de comissões paritárias que, junto aos conselhos, realize planejamentos, implementação e fiscalização de ações em saúde mental e pelo estabelecimento do dia 18 de maio como dia nacional de luta por uma sociedade sem manicômios, devendo o mesmo ser incluído no calendário oficial.

Sobre o financiamento, exige a regulamentação do art. 35 da lei 8.080/90 e o aumento percentual dos recursos financeiros destinados à saúde, abarcando os três níveis de governo, que deveriam assegurar um percentual mínimo de 10 a 15% da receita própria e garantindo, em nível municipal, o mínimo de 3% para a saúde mental. Além disso, pede a extinção do sistema de pagamentos via Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a fim de reverter o modelo hospitalocêntrico. Na perspectiva do documento, a desativação dos leitos manicomial deveria ser de 20% ao ano, sendo efetivado no prazo máximo de 10 anos. Defende o investimento na pesquisa e capacitação em saúde mental. Preza, ainda, por impedir o financiamento da internação de alcoolistas em hospitais psiquiátricos ou centros especializados, sendo estes encaminhados para o hospital geral e serviços de saúde quando necessário. Por fim, dentre outras coisas, afirma que deve-se “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” (II CNSM, 1994 [1992], p.15).

Sobre o gerenciamento, defende a extinção do INAMPS, a implantação e implementação da municipalização da assistência à saúde, criando-se conselhos paritários de saúde; a criação e fortalecimento de conselhos gestores tripartites em todos os serviços de saúde mental; a garantia de que o gerenciamento dos serviços públicos de saúde mental sejam exercidos por profissionais habilitados e que estejam de acordo com o modelo antimanicomial; o impedimento à ocupação de cargos de chefia ou direção por parte de proprietários de estabelecimentos da rede privada de saúde; a promoção da integração entre Ministério da Saúde, Cultura e Educação; o estímulo à cooperação entre as prefeituras, bem como a criação de consórcios entre municípios com afinidades econômicas, políticas e culturais. Defende, ainda, substituir o referencial de produtividade do SUS por um critério que contemple a atenção integral em saúde; além de buscar garantir que o ingresso no serviço público ocorra exclusivamente por concurso público e que a comunidade de usuários tenha acesso a estas informações; garantindo, também, a submissão aos Conselhos de Saúde de todas as contratações de caráter emergencial e temporárias; garantindo critérios justos e transparentes para a lotação ou remanejamentos de profissionais do setor. Prezam pela constituição de equipes itinerantes. É categórico na defesa da possibilidade de intervenção, desapropriação e expropriação dos serviços de natureza privada que sejam necessários para o alcance dos objetivos do SUS, além de “garantir a preservação do patrimônio público dos hospitais psiquiátricos, por seu caráter histórico-cultural, assegurando sua transformação em áreas de uso público” (II CNSM, 1994 [1992], p.17).

Sobre a vigilância, estabelece critérios tanto no que diz respeito às ações locais quanto nacionais. Dentre elas, a deliberação pela criação de instrumentos que garantam que as instâncias municipais de vigilância epidemiológica contemplem a saúde mental; a exigência de inclusão dos princípios básicos de atenção em saúde mental a partir do novo modelo assistencial nos códigos sanitários municipais; a criação de um mecanismo de vigilância que leve em consideração a exposição ao sofrimento psíquico dentro dos espaços de trabalho, incluindo esse critério também no mapa de riscos das empresas; a promoção via Ministério Público (MP) de rigorosas fiscalizações e vistorias dos estabelecimentos de saúde mental, bem como da vigilância sanitária sobre farmácias que vendem medicamentos controlados sem prescrição; a promoção entre o setor da saúde de uma revisão na legislação referente a medicamentos, elaborando para isso um código sanitário específico.

Da organização do trabalho e pesquisa, preconiza-se a capacitação pessoal em todos os níveis do SUS; criação de residências interdisciplinares em saúde mental; a articulação com a rede de ensino básico; a promoção de intercâmbio entre os profissionais do SUS (de qualquer nível); a priorização da capacitação do médico generalista em saúde mental; a garantia de que a formação e supervisão estará em nível adequado às alturas dos desafios do novo modelo assistencial proposto. Neste sentido, deve se garantir espaços de formação – atualização, intercâmbio, pesquisa, supervisão de equipe, e contato entre entidades – dentro da carga horária contratual. Deve-se, ainda, fomentar a articulação entre profissionais e associações populares na luta por melhores condições e organização do trabalho de forma a proporcionar um trabalho ético; estabelecer uma política de interiorização; criar e implantar plano de cargos em todos os níveis de atuação através de uma comissão paritária e representativa dos profissionais da saúde; criar o regime jurídico único, garantir a remuneração justa; formar e contratar agentes de saúde e conselheiros que estejam preparados para abordar e trabalhar com sujeitos em dependência química. Já na pesquisa, deve-se desenvolver pesquisas de cunho epidemiológico e sócio-antropológico que contribuam na avaliação da realidade e na divulgação de dados da rede de atenção em saúde mental.

5.1.3 Direitos e legislações

Das questões gerais sobre a revisão legal, entende como necessária a adequação da lei aos princípios da nova prática de atenção e da cidadania dos usuários, revogando o Decreto nº 24.559/34¹⁷ e regulamentando as Leis Orgânicas Municipais no que diz respeito a saúde mental. Além disso, apontam como fundamental o apoio à construção de leis estaduais consonantes, assegurando poder de resolução aos Conselhos Estaduais e Municipais; envolvendo a participação da Defensoria Pública e MP; garantindo em lei a criação de Comissões paritárias de saúde mental ou de reforma psiquiátrica; garantindo e regulamentando os processos de desospitalização e da formação de redes extra-hospitalares nas três esferas do governo. Processo que visa evitar ao máximo a internação do doente mental, assegurando que a internação psiquiátrica involuntária seja comunicada ao MP, autoridades sanitárias e ao conselho local de

¹⁷ O Decreto nº 24.559/34, dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências (<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>)

saúde em prazo máximo de 48 horas, sendo esta avaliada por comissão interdisciplinar capacitada. O documento defende, ainda, criar dispositivos legais que garantam a cidadania e proíbam o uso de práticas violentas (eletrochoque, camisa de força, hipermedicalização, psicocirurgias etc.); assim como revisar a legislação de forma que proprietários, ou administração hospitalar e equipe de saúde, sejam responsabilizados por quaisquer danos causados à pacientes; incluir a deficiência ou transtorno mental na lei que garante benefícios aos deficientes físicos; proibir a propaganda direta ou indireta de medicamentos nos meios de comunicação; pressionar pela implementação imediata da lei do deputado federal Paulo Delgado, considerando sua importância para consolidar a Reforma Psiquiátrica no país.

Dos direitos civis e cidadania, o documento preocupa-se com diferentes questões. A busca por garantir os direitos individuais através de exigências às autoridades competentes, solicitando que o Estado garanta assessoria jurídica aos usuários de saúde mental (especialmente em casos de interdição e tutela), sendo obrigação do Estado prestar atenção integral aos pacientes asilares. O Estado deve garantir a autonomia de decisões e a possibilidade de se vincular a associações com o objetivo de resgatar sua cidadania. Outra questão, recorrente em diversos pontos, diz respeito à necessidade de criar barreiras para as internações, que devem ser periodicamente revistas, fiscalizadas por diferentes órgãos e instituições. Ainda sobre as internações indicadas ou recomendadas por autoridades judiciárias, prevê-se a obrigatoriedade da submissão à uma equipe multidisciplinar de saúde mental – que pode recursar a decisão do juiz. A necessidade de uma propaganda antimanicomial, desde os municípios, para desmistificar a loucura, a necessidade de integrar diferentes setores do governo, bem como de uma política de saúde mental para as penitenciárias são outros temas que aparecem. Todavia, a maioria dos pontos versa sobre a necessidade de revisar leis já existentes, instituir novas leis e dar outro entendimento para algumas já existentes. Estas questões jurídicas abordam a tutela e curatela, que devem ser revistas, versam sobre a necessidade de garantir os direitos humanos nas instituições, pautam a reformulação dos códigos civil e penal, defendem a criação de instâncias públicas para o estudo e a proposição de leis antimanicomiais, além de organizações não governamentais para trabalhar aspectos teóricos, políticos e práticos da defesa da cidadania dos portadores de transtornos mentais. Por fim, responsabiliza a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde a constituir uma comissão jurídica que encaminha as decisões da conferência e, no último ponto, afirma que o não cumprimento da lei pelo poder executivo no que se refere à saúde deve ser tratado como crime de responsabilidade, tendo sentença jurídica imediata.

O tópico sobre os direitos trabalhistas, está fundamentalmente dividido em duas questões: 1. garantia de trabalho digno aos portadores de transtornos mentais; 2. implementação de direitos que combatam e/ou evitem a exposição dos trabalhadores a situações que desencadeiam processos de sofrimento psíquico. Com relação ao primeiro ponto, busca-se a criação de mecanismos de contratação, pelos órgãos públicos, preferencialmente através de cooperativas e associações, de pessoas com deficiência ou transtornos mentais; além de estipular alterações na CLT que visam garantir a não exclusão da vida produtiva e a estabilidade no emprego de portadores de transtornos mentais no setor privado, bem como de alcoolistas e drogaditos. O segundo ponto aborda alterações da CLT que visam diminuir o tempo de exposição dos trabalhadores a condições de fadiga e tensão psíquica, diminuindo as jornadas de trabalho e aumentando o tempo de folga e férias, estipulando períodos de descanso durante a jornada cotidiana e a instalação, sempre que solicitada pelos trabalhadores, de grupos de avaliação da situação de trabalho – grupos estes que devem ter composição paritária entre técnicos especializados e trabalhadores do local, sendo obrigatória a formulação de sugestões de modificação para a empresa, cujo o prazo e as alternativas aplicadas serão fruto da negociação entre os trabalhadores e o patrão. Ademais, defende a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador que possuam equipes de saúde mental; a criação de uma área de saúde mental do trabalhador em nível ministerial, bem como o reconhecimento de doenças mentais como doença profissional, sempre que comprovada a relação, assegurando a responsabilização das empresas na prestação de assistência.

Sobre drogas e legislação, o documento é enfático na defesa da descriminalização do usuário e dependente de drogas, que não deve ter nenhum direito negado por essa condição – “não cabendo procedimentos penais, mas sim encaminhamento para assistência à saúde” (II CNSM, 1994 [1992], p. 29). Ademais, expressa a necessidade de garantir o acesso e a permanência nas escolas, a importância da promoção de campanhas públicas de combate ao alcoolismo e a proibição de propaganda, direta ou indireta, sobre fumo, álcool e agrotóxicos, da mesma forma para com medicamentos, sinalizada a exceção para publicações técnicas e especializadas. Destaca, com igual peso, a importância de os Conselhos de Saúde monitorarem a prescrição, o uso e o abuso de medicamentos psicotrópicos em cada região; além da criação de programas específicos para o tratamento de alcoolistas e demais dependentes químicos, salientando a necessidade de reconhecer que as drogas ditas lícitas (álcool, tabaco, tranquilizantes e outros) também podem ser causa de adoecimento psíquico.

Quanto ao direito dos usuários, reafirma-se e especifica-se uma série de questões que já apareceram em outros tópicos. Nesse sentido, recomenda-se o pacto entre entidades civis, movimentos sociais e associações implicadas para a elaboração de uma Carta de Direitos dos Usuários do Brasil. Para garantir estes direitos e autonomia dos usuários, defende a criação de campanhas de divulgação, o estímulo à socialização de saberes, a formação de conselhos comunitários com a cooperação do MP, o livre acesso à unidades de internação por parte da sociedade civil organizada, a proibição da esterilização como forma de tratamento e uma série de limitações para a execução de procedimentos e tratamentos invasivos e irreversíveis – proibindo a realização em pacientes que estejam internados de maneira involuntária, bem como exigindo o consentimento informado do usuário e de uma equipe externa, que deve estar convencida de que o consentimento é genuíno e de que este é o melhor tratamento para as necessidades de saúde do usuário. Em diversos outros pontos versa sobre os direitos dos internos, aponta para a sua necessária ressocialização, que deve ser compreendida como “direito à cidadania e às condições humanas de vida e de tratamento” (II CNSM, 1994 [1992], p. 31).

Quadro 4. Análise da II Conferência Nacional de Saúde Mental

Questão analisada	Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> ● Governos Collor/Itamar Franco ● Momento pós-conferências (8ª e 9ª CNS, I CNSM, II Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental, Conferência de Caracas) ● Frustração com os primeiros passos da redemocratização ● Revisão constitucional ● Confiança da realização de uma reforma para a saúde mental ● Participação efetiva de usuários e familiares (20 mil pessoas envolvidas no processo da II CNSM) ● Desigualdade social 	<p>Momento pós-conferências</p> <p>Revisão constitucional</p> <p>Participação efetiva de usuários e familiares</p>	<p>Perspectiva de mudanças pela via institucional</p>
Atores	<ul style="list-style-type: none"> ● 500 delegados/as ● 320 observadores ● 150 ouvintes ● 100 convidados ● Ministério da Saúde, ● Secretarias Estaduais de Saúde/CONASS ● Secretarias Municipais de Saúde/CONASEMS ● SOS Saúde Mental (SP) ● SOSINTRA (RJ) ● Federação Brasileira de Hospitais ● Articulação Nacional Luta Antimanicomial ● Conselho Federal de Psicologia 	<p>Delegados eleitos em etapas prévias</p> <p>Participantes envolvidos com o processo</p> <p>Associações de usuários e familiares</p> <p>Conselhos da área de saúde</p> <p>Prestadores de</p>	<p>Estado e Sociedade Civil</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ● Sindicato dos Médicos ● Associação Brasileira de Psiquiatria 	<p>serviço</p> <p>Governos</p> <p>Entidades da sociedade civil</p>	
Bandeiras	<ul style="list-style-type: none"> ● Reivindicação da garantia de direitos conquistados e adquiridos na Constituição Federal ● Democratização do Estado e das políticas ● Cidadania ● Direito à crise ● Assistência a usuários de drogas ● Descriminalização do usuário de drogas ● Combate aos grandes traficantes e produtores ● Intersetorialidade ● Desinstitucionalização dos serviços de modelo asilar (manicômios, asilo para idosos, instituições para menores, classes e escolas especiais e instituições penais etc.) ● Promover a criação de grupos de ajuda mútua entre usuários e trabalhadores de saúde mental ● Transformação das relações cotidianas entre trabalhadores de saúde mental, usuários, família, comunidade e serviços ● Construção coletiva de práticas e saberes cotidianos ● Construir uma cultura antimanicomial no trabalho cotidiano ● Construção de uma rede de atenção extra-hospitalar substitutiva ● Valorização e incentivo à atenção informal em saúde mental (inclusive aquela desenvolvida por religiosos, grupos de auto-ajuda, organizações de pais etc.) ● Formação e capacitação dos trabalhadores ● Orientações pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e descentralização ● Controle e participação social ● Instituição do dia 18 de maio como dia nacional da luta por uma sociedade sem manicômios ● Extinção do INAMPS ● Aumento dos recursos financeiros ● Plano de cargos ● Contratação única e exclusivamente via concurso público ● Revisão, suspensão e adequação do entendimento de diferentes leis ● Controle e barreiras sobre as internações psiquiátricas voluntárias e 	<p>Cidadania</p> <p>Democracia</p> <p>Direitos</p> <p>Descriminalização do usuário de drogas</p> <p>Desinstitucionalização</p> <p>Campanhas de comunicação</p> <p>Rede de atenção substitutiva</p> <p>Ajuda Mútua</p> <p>Formação e capacitação dos trabalhadores</p> <p>Revisão, suspensão e adequação do entendimento de diferentes leis</p> <p>Trabalho digno</p> <p>Construir uma cultura antimanicomial no trabalho cotidiano</p>	<p>Cidadania</p> <p>Direitos</p> <p>Cultura</p> <p>Antimanicomial</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • involuntárias • Trabalho digno para portadores de transtornos mentais • Direitos trabalhistas contra a exposição a processos que desencadeiam sofrimento psíquico • Revisão dos mecanismos e da regulamentação da tutela e curatela 		
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Participação social • Luta pela criação dos conselhos de saúde • Construir uma cultura antimanicomial no trabalho cotidiano • Campanhas de comunicação e conscientização • Municipalização • Descentralização • Intersetorialidade • Formação e capacitação dos trabalhadores • Investigações epidemiológicas e sócio-antropológicas • Luta pelo cumprimento da lei e pela implementação dos direitos conquistados • Luta pela alteração e/ou revogação de leis e mecanismos legais • Captação de recursos na iniciativa privada • Proibição de propagandas de remédios, bebidas alcoólicas, agrotóxicos e medicamentos • Sobreposição do público para com o privado • Luta pela aprovação imediata da Lei Paulo Delgado • Carta de Direito dos Usuários do Brasil 	<p>Controle social Informação Municipalização Intersetorialidade Formação Alteração de leis Construção de uma cultura antimanicomial no trabalho cotidiano</p>	<p>Mudanças via institucionalidade</p> <p>Mudanças culturais</p>

Fonte: II CNSM.

Elaboração: síntese da autora.

5.2 Análise da II CNSM

A II CNSM ocorreu em um momento muito diferente da primeira conferência. Com as etapas municipais iniciando em abril, a II CNSM vivenciou os principais momentos da crise do governo Collor que, quando da realização da etapa nacional, já estava afastado do cargo. Isso significa, por um lado, que ela ocorre em um momento de grandes mobilizações nacionais na luta pelo Fora Collor, protagonizadas pelo movimento “caras pintadas”; por outro lado, este já

não é um período de luta por uma nova Constituição, mas de uma relativa frustração com os primeiros anos da Nova República e com a permanência das desigualdades sociais mesmo depois da instauração da democracia.

Ademais, o relatório final está organizado de maneira significativamente distinta. Enquanto a I CNSM abarcava uma análise mais geral sobre a história e a conjuntura brasileira, inserindo suas demandas nestas reflexões e, posteriormente, aprofundando-as em um anexo com propostas à Assembleia Nacional Constituinte; o relatório da II CNSM está estruturada a partir de diversas pautas e propostas de caráter mais específico à política de saúde mental. Neste sentido, apesar de avançar em uma série de questões – em relação à política de drogas, por exemplo – a II CNSM abandona a concepção revolucionária de saúde, apostando na construção de uma cultura antimanicomial no trabalho cotidiano através de mudanças institucionais.

Neste sentido, cabe destacar que esta conferência inaugura certa tolerância para com o privado e outros tipos de atores – inclusive afirmando o incentivo à atenção informal em saúde mental que possa ser oferecido por grupos de autoajuda e instituições religiosas, por exemplo. Este giro relaciona-se, em realidade, com a conjuntura mundial e brasileira, marcadas pelo refluxo das lutas populares. A dissolução do bloco socialista no leste da Europa, o fim da União Soviética e a crise das organizações de esquerda ao redor do mundo estará relacionada com a força arrasadora da hegemonia do imperialismo estadunidense e do avanço das políticas neoliberais.

No Brasil, a derrota de Luiz Inácio Lula da Silva para Fernando Collor de Mello constituirá o marco nacional do refluxo. Em certo sentido, parece paradoxal que o mesmo país que aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde tenha optado por eleger como seu representante máximo, no ano seguinte, uma figura que defendia abertamente a privatização e o desmonte do Estado. Questão que, para além de fraudes, trapaças e desigualdades do jogo político, só pode ser explicada pelas mudanças mais gerais da conjuntura, quando propagavam-se teses sobre o “fim da história” dada a inevitabilidade e superioridade do capitalismo sobre todos os sistemas.

Considerando estas questões, percebemos que a mudança na linha de análise do documento não é um *raio em céu azul*, mas uma expressão – entre tantas – de um movimento geral. Todavia, apesar deste recuo sobre a análise sócio-histórica e sobre o projeto societário que defendem, a II CNSM elabora uma proposta de reforma psiquiátrica – abordando pontos

novos e avançando em relação às questões que, embora tratadas na conferência anterior, não foram incluídas na reforma sanitária aprovada pelo Congresso.

Neste documento, consolida-se uma perspectiva de luta pelo fim dos manicômios. Através deste avanço, elabora-se uma série de propostas que versam sobre a importância da garantia de cidadania – não mais como um fator intrínseco à organização social, mas como uma bandeira específica que engendra demandas que devem ser respondidas pelo Estado que, por sua vez, deve ser democrático e controlado pela sociedade civil.

O documento é enfático com relação ao envolvimento dos diversos atores – usuários, familiares, trabalhadores e comunidade em geral – para construção de uma nova relação social da loucura e de uma rede substitutiva que acolha as diferentes especificidades e demandas relacionadas à saúde mental. Prima não só pela extinção dos manicômios, mas também pelo fim da cultura manicomial – surgindo desta avaliação a importância dada pelo documento às alterações legais, às campanhas de comunicação, à formação e capacitação profissional, à alteração das relações cotidianas e à defesa do direito ao trabalho digno, tanto dos profissionais quanto dos usuários.

6 DA LUTA À LEGALIDADE: A REFORMA EM PAUTA

Os anos 1990 foram consagrados pela construção de diferentes frentes de luta por uma sociedade sem manicômios. É neste período que as pautas do movimento antimanicomial passam a tomar forma, conteúdo e consolidar-se – seja pelo engajamento de seus militantes, seja pela conquista de importantes garantias legais. A disputa pela compreensão do lugar da loucura em nossa sociedade é engrandecida com a ampla mobilização de familiares e usuários de saúde mental, bem como em decorrência da intensa articulação, dentro e fora do país, em torno da construção de redes substitutivas ao modelo manicomial.

Como vimos anteriormente, no início da década foi aprovada a primeira Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica, no estado do Rio Grande do Sul (1992). Após a II CNSM, oito outros estados aprovaram suas leis de reforma – Ceará (1993), Pernambuco (1994), Distrito Federal (1995), Paraná (1995), Rio Grande do Norte (1995), Espírito Santo (1996) e Minas Gerais (1997).

Desde 1992, existem nove leis estaduais em vigor, inspiradas no Projeto de Lei Federal de autoria do deputado Paulo Delgado. Em todas, está prevista a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços. Há incentivo para os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004, p. 27).

Além das legislações estaduais, portarias ministeriais também vão legalizar o processo de criação de uma política pública em saúde mental. Viabilizando a construção, regulamentação e fiscalização dos serviços substitutivos e hospitalares, o processo de redução de leitos psiquiátricos, a desinstitucionalização de pacientes crônicos, entre outras pautas dos movimentos sociais. Ao longo da década, ocorre também a organização de cinco encontros nacionais dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial e quatro encontros nacionais da luta antimanicomial, demonstrando a grande mobilização do movimento social e dos diversos setores da sociedade brasileira em torno da pauta. Como apresenta Pitta (2011):

Se, ao longo dos anos 1980, o Movimento da Reforma Psiquiátrica inicia uma estreita relação com os movimentos sociais, nos anos 90 solidifica essa união. E é o emergente Movimento da Luta Antimanicomial, a partir do seu I Encontro em Salvador, Bahia em 1993, que mais tem estado presente nos rumos da RPB nessas últimas décadas, apesar de todas as cisões e disputas internas (PITTA, 2011, p. 4585).

Contudo, os anos 1990 também são marcados pelo “redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal” (BRAVO, s.d.). As políticas

neoliberais passam, então, a construir um projeto de saúde e de sociedade paralelo ao preconizado na Constituição. Um projeto de saúde articulado ao mercado e fortemente marcado pela lógica privatista, o que dificulta a consolidação do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Talvez, em decorrência deste processo, o Projeto de Lei Antimanicomial tenha tramitado durante quase doze anos, sendo aprovado apenas no ano de 2001, após alterações significativas da proposta inicial, uma vez que a versão final não institui mecanismos para a substituição progressiva dos manicômios.

6.1 Lei nº 10216/2001

Em 2001, é aprovada a lei 10216, conhecida popularmente como “Lei Paulo Delgado”. A lei dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), estabelece também, a criação de linhas específicas de financiamento pelo Ministério da Saúde e de mecanismos de fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Após a aprovação da lei, uma série de dispositivos e políticas foram criados e/ou ampliados, buscando consolidar um modelo de atenção em liberdade com bases territoriais. Exemplos disso são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a Política Nacional de Cuidado Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, o programa De Volta Para Casa, além do aumento gradativo do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros serviços e estratégias que viriam, no ano de 2011, compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria GM/MS nº 3088/2011.

A lei foi o ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo implementada com o desenho da Reforma através das portarias ministeriais e da indução financeira para tal fim. A substituição progressiva dos manicômios e a implementação da rede de atenção psicossocial que o tornará prescindível, está descrita na lei. De modo não linear e simétrico, e com muitas resistências, essa rede vem sendo construída no território nacional (PITTA, 2011, p. 4587).

Corroboramos com a compreensão de que o processo de reforma psiquiátrica, muito mais do que uma simples lei, conforma-se como um conjunto de transformações de práticas, saberes e de relações interpessoais; um processo que avança marcado por impasses, conflitos e tensões (BRASIL, 2005). Esta realidade se apresentará de forma irrefutável ao longo da construção e dos debates da III Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu ainda no ano de 2001, sob o marco da nova lei.

6.2 III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir não.

A III CNSM – lançada sob o *slogan* Cuidar, sim. Excluir, não – ocorreu em Brasília no ano de 2001 e teve seu Caderno Informativo publicado no ano seguinte pela Editora do Ministério da Saúde. O documento principia com uma apresentação das conferências anteriores, realizando uma síntese do processo histórico de realização das mesmas e acenando para as oportunidades abertas por esta nova conferência.

É incorporado, ao documento, a resolução sobre saúde mental aprovada na 11ª CNS (2000), as orientações e pautas para a realização das diferentes etapas (municipais, estaduais e nacional), o temário da conferência composto pelo eixo temático central (a reorientação do modelo assistencial) e seus subtemas: recursos humanos; financiamento; controle social; direitos, acessibilidade e cidadania. Insere-se também, um conjunto de legislações da área estabelecidas no ano de 2001, o regimento utilizado na III CNSM, a agenda das conferências estaduais de saúde mental, bem como a distribuição de delegados eleitos e observadores por região.

A apresentação, elaborada pela comissão organizadora, inicia com a definição do significado da palavra “conferência”, a fim de demonstrar que uma conferência possui como objetivo central a construção de novas diretrizes para uma determinada área, considerando a formação social e os mecanismos democráticos para o debate e confronto de opiniões necessários à processos de reorganização. Destaca que, “não por acaso, na história recente do Brasil a possibilidade de realização plena deste tipo de encontro só se faz presente quando a busca da plenitude democrática é predominante e impõe-se politicamente” (III CNSM, 2001, p. 5). Neste sentido, menciona o impacto e a relevância da III Conferência Nacional de Saúde (1963) e da 8ª Conferência (1986) – realizadas antes do golpe e após o fim da ditadura militar, respectivamente.

No campo da saúde mental, faz menção a I CNSM (1987) que, segundo o documento, contribuiu para o reordenamento das forças atuantes no setor. Menciona também a Conferência Regional de Caracas (1990) por ter produzido a Declaração de Caracas, considerada um marco para a reestruturação da saúde mental no continente. A fusão das estruturas administrativas do INAMPS e do Ministério da Saúde, o que acarretou na implantação de um comando único na saúde, onde se estabeleceu a atenção em saúde mental. E, neste contexto, destaca a realização

da II CNSM que, com ampla e inédita participação da sociedade, teve como deliberação medidas que iam ao encontro do cenário internacional e reforçavam as medidas governamentais já existentes no campo.

Neste mesmo período, normas de qualificação e dispositivos eficazes de fiscalização permitiram que um grande número de leitos e instituições inadequadas à remodelação da atenção em saúde mental fossem retiradas do sistema de saúde, sem acarretar em prejuízos à oferta assistencial. Simultaneamente, abriu-se espaço para a construção de uma rede de atenção psicossocial substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, assim como a descentralização e municipalização foram tomando forma – contando agora com mecanismos de financiamento previstos pelo SUS, passando de três serviços em 1990 para duzentos e quarenta no ano de 2000.

De toda forma, em 2001 os gastos ainda se concentravam majoritariamente na área hospitalar psiquiátrica, o que o documento salienta para demonstrar que, apesar das significativas transformações, muitíssimo ainda teria que ser feito. Por ocasião do Dia Mundial da Saúde, e após anos de tramitação e debate, a Lei nº 10.216/2001 fora aprovada, reafirmando o processo de reestruturação do modelo de atenção à saúde mental e implicando novos desafios para a gestão pública e à sociedade em geral. Diante deste contexto, a III CNSM apresenta-se como um foro privilegiado para a realização dos debates decorrentes da 11ª CNS e tem como objetivo o debate e a avaliação sobre o processo da Reforma Psiquiátrica, buscando traçar estratégias para a sua efetivação.

6.2.1 Saúde Mental na 11ª Conferência Nacional de Saúde

A resolução da 11ª CNS, incorporada ao caderno informativo, expressa a compreensão e o apoio dos participantes ao reordenamento da atenção em saúde mental no contexto do SUS, uma vez que usuários, familiares e trabalhadores demonstraram na prática a viabilidade de um cuidado sem a necessidade de violência, exclusão e negação, ao qual, segundo o documento, se convencionou denominar de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Para a 11ª CNS e III CNSM, a Reforma Psiquiátrica:

[...] tem na essência de sua motivação a **busca incessante do direito e da cidadania**. Por conseguinte, **não pode** ser dissociada de todas as dificuldades que neste momento a humanidade vem enfrentando, diante da deterioração da qualidade de vida, da

marginalização crescente de grandes contingentes populacionais e da **exacerbação das diferenças entre ricos e pobres, frutos da economia neoliberal concomitante ao processo de globalização** (III CNSM, 2001, p. 8, grifo nosso).

Sendo assim, preconiza a reabilitação psicossocial mediante o respeito e a recontextualização das diferenças das pessoas que apresentam transtornos mentais, de modo a preservar suas identidades e cidadania, transformando o *hospitalismo* e a dependência em desinstitucionalização e autonomia, contando com o controle social e com a horizontalidade nas relações.

Para isso, o documento propõe o apoio incondicional à Reforma Psiquiátrica no Brasil, pretendendo o fim dos manicômios e o alinhamento e destinação dos recursos necessários para efetivação da mesma nas três esferas do governo, aspirando garantir o atendimento psicossocial em todas as regiões do país, conforme os princípios do SUS, e objetivando criar mecanismos para que todos os municípios sejam contemplados com uma equipe mínima de saúde mental e que crianças e adolescentes contem com uma política específica a nível estadual.

Além disso, propõe a implementação de ações que promovam o suporte terapêutico à familiares e portadores de transtornos mentais, buscando a reinserção social. Propõe, também, que seja ofertado atendimento a populações específicas, tais como portadores de deficiências múltiplas e usuários de drogas (na perspectiva da política de redução de danos), reconhecendo também os aspectos socioculturais envolvidos no surgimento de um transtorno mental. Orienta a integração do cuidado dos hospitais gerais junto a rede substitutiva (NAPS, CAPS, Lares Abrigados, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, PSF/PACs).

6.2.2 Sobre a III CNSM

Neste tópico, é apresentada a estrutura da III CNSM. Inicia-se com o tema: “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”, que será discutido no eixo temático intitulado “Reorientação do modelo assistencial”, que possui diferentes subtemas. Apresenta-se, também, o calendário das etapas da conferência, bem como o formato da composição de seus delegados, que deve garantir a paridade entre usuários (50%) em relação ao conjunto de representantes do governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços (50%).

A III CNSM em suas três etapas deverá contar com a participação de usuários dos serviços de Saúde Mental e familiares, representantes de órgãos públicos, prestadores de serviços privados, entidades de Direitos Humanos, representantes de instituições formadoras, Conselhos de profissionais relacionados à área, entidades e organizações da sociedade civil (III CNSM, 2001, p. 11-12).

Além dos delegados, que possuem direito a voz e voto, a conferência contou com observadores e convidados com direito a voz. Sendo que, no total, previa 1300 participantes (1000 delegados, 200 observadores e 100 convidados indicados pela comissão organizadora). Ainda que a organização contasse que 86% dos delegados seriam eleitos na etapa estadual, a orientação primava pela realização de etapas municipais que pudessem estreitar a relação dos conselhos municipais com a área.

6.2.3 Temário

6.2.3.1 Introdução

O tema central “Reorientação do Modelo Assistencial” está, segundo o documento, alinhado com o tema mundial proposto pela OMS: Cuidar, sim. Excluir não, no ano de 2001 e também vinculado ao tema local no contexto do SUS, “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Estes temas, indicativos de uma direção a ser adotada, junto com o resgate histórico das CNSM precedentes, apontariam os rumos da III CNSM.

Segundo o Caderno Informativo, a I CNSM (1987), que ocorreu no contexto dos princípios e diretrizes da 8ª CNS, indicava claramente a necessidade de superação do modelo assistencial – caro, ineficaz, iatrogênico, e violador dos direitos humanos fundamentais – hegemônico no campo da saúde mental. Nesta perspectiva, salienta: ainda que as indicações aprovadas naquele momento pudessem ser consideradas incompletas, do ponto de vista do processo seguiam sendo uma importante referência para os enfrentamentos postos a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Já a II CNSM, foi marcada pela ampla participação e mobilização da sociedade civil e, por ser precedida de eventos que formularam novas proposições teóricas e éticas ao campo da saúde e da saúde mental em específico. Neste contexto, a II CNSM já contava com avanços no campo institucional e também com a riqueza da efetiva participação de usuários e familiares na construção deste novo processo. Sendo assim, é considerada um marco significativo na história

recente da política de saúde mental, apontando iniciativas que contribuíram para o aprofundamento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O documento elenca conquistas do período que seguiu a II CNSM:

- o desenvolvimento de inúmeras experiências municipais de implementação de novos modelos de atenção em saúde mental comprometidos com as diretrizes da reforma;
- a criação de novas modalidades assistenciais, dispositivos e ações, como CAPS, NAPS, CAIS-Mental, CERSAM, Oficinas Terapêuticas, Hospitais-dia, Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias assistidas), Centros de Convivência, inclusão da saúde mental na atenção básica e no PSF, Projetos de Inserção no Trabalho e Cooperativas, Projetos de Intervenção Cultural, atenção domiciliar e ações comunitárias e territoriais que forjaram práticas inovadoras, dentre as quais: novas formas de cuidado da complexidade do sofrimento, a transformação da relação com os usuários e os familiares, a criação de novos processos de trabalho no cotidiano dos serviços, a inserção no território, a criação e potencialização de redes sociais e de suporte, o desenvolvimento de múltiplos projetos de inserção no trabalho, acesso aos direitos e de participação na vida pública;
- a publicação de portarias ministeriais com o objetivo de reorientação do modelo assistencial através da inclusão de modalidades assistenciais substitutivas ao hospital psiquiátrico na tabela de financiamento;
- os processos de vistorias, fiscalização e credenciamento dos hospitais psiquiátricos;
- a criação de várias Associações de usuários, familiares e profissionais que desenvolvem uma multiplicidade de projetos e têm propiciado novas formas de participação e inserção social;
- a criação das comissões nacional e estaduais de reforma psiquiátrica e em saúde mental vinculadas às instâncias de controle social do SUS;
- a aprovação de leis estaduais e municipais orientadas pelas diretrizes da reforma;
- a aprovação da Lei n.º9.867, de criação das Cooperativas Sociais (III CNSM, 2001, p. 17)

Diante do histórico e das conquistas apresentadas, a III CNSM se propõe a realizar uma avaliação dos desafios e das dificuldades postas à Reforma Psiquiátrica brasileira, além de oportunizar a realização das discussões necessárias para o avanço do processo.

6.2.3.2 Eixo temático: Reorientação do Modelo Assistencial

Para o documento, a reforma psiquiátrica, assim como qualquer processo que proponha-se a verdadeiras transformações, tem em sua gênese uma série de conflitos e disputas que vão delinear e constituir sua formação.

A reforma psiquiátrica foi e tem sido um espaço marcado por tensões, avanços e resistências, construções e dificuldades, como em todos os processos que envolvem transformações de práticas, valores sociais, culturais e profissionais. Ela acompanha as possibilidades de avanço e de retrocesso das políticas públicas, do SUS em particular, da implementação ou não de projetos públicos comprometidos com a melhoria das condições de vida, com a garantia de direitos de cidadania, com a redução das desigualdades sociais e com o enfrentamento da exclusão social (III CNSM, 2001, p. 18).

O eixo temático escolhido como central ao debate, como apresentamos anteriormente, indicava para a urgente necessidade de avaliação e elaboração de propostas, estratégias e metas que pudessem romper definitivamente com a lógica manicomial que ainda se impunha hegemônica e prevalente na atenção em saúde mental no início dos anos 2000.

Neste sentido, o documento destaca, novamente, que apesar da redução significativa de leitos e de hospitais psiquiátricos, existiam ainda 61.393 leitos e 260 hospitais ativos, onde 80% destes pertenciam ao setor privado e retinha 90% do total de recursos da área. Além disso, as vistorias – insuficientes à demanda – realizadas em hospitais psiquiátricos constantemente apontavam situações de violações de direitos. Camadas significativas da população não possuíam acesso à atenção psiquiátrica e/ou em saúde mental; a institucionalização de longa permanência era uma realidade comum; os serviços extra-hospitalares, ainda que seguissem em ascendência, não alcançavam as proporções indispensáveis à reforma e urgia a necessidade de redirecionamento de recursos para a municipalização da atenção em saúde mental.

Diante disso, aponta que:

Esta realidade é certamente dissonante das necessidades da demanda, das diversas experiências municipais já desenvolvidas ou em curso que demonstraram e demonstram a viabilidade de outra forma de atenção, da ampliação do movimento social e do próprio arcabouço legal das leis estaduais e municipais e da recente promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Esta Lei dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, estabelecendo um conjunto de medidas fundamentais para sua efetivação (III CNSM, 2001, p. 20).

Ressalta, mais uma vez, a importância de construir ações para populações específicas (idosos, crianças e adolescentes, população em situação de rua, pessoas com abuso ou dependência de drogas). Compreende como fundamental a implementação de uma rede de bases territoriais com efetivo controle social. Prima pela implementação de políticas públicas intersetoriais que “garantam a efetiva qualidade de vida de todos os cidadãos e que se confrontem com os mecanismos e processos de exclusão social” (III CNSM, 2001, p. 21). Por fim, para promover cuidado ao invés de exclusão, seria necessário garantir a superação do modelo tradicional vigente.

6.2.3.3 Subtema: Recursos Humanos (Gestão com Pessoas) para a Reorientação do Modelo Assistencial

O documento apresenta a III CNSM como um momento fundamental para analisar, discutir e elaborar estratégias para a construção de uma política de “recursos humanos” compatíveis com a Reforma Psiquiátrica no contexto do SUS. As aspas ao trazer o termo

recursos humanos são para caracterizar a abordagem de gestão de pessoas, adotada pela conferência por compreender os trabalhadores enquanto atores sociais inscritos nos processos políticos.

Primeiramente, destaca a importância da realização de uma análise da situação dos trabalhadores do SUS, onde chama atenção para a existência de subgrupos de trabalhadores no mesmo ambiente de trabalho o que, por vezes, inviabiliza a efetivação das ações conjuntas – a exemplo de diferentes planos de carreiras e de salários dos funcionalismos públicos. Destaca que os trabalhadores devem ser reconhecidos e valorizados de forma compatível ao seu trabalho, estimulando e buscando adesão à transformação e aperfeiçoamento da política de saúde mental. Defende salários, condições e planos de trabalhos dignos e apresenta o quadro de terceirizações como algo que requer debate e atenção, uma vez que o documento defende o caráter público do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Em segundo lugar, compreende que a superação do modelo hegemônico requer “a perspectiva da complexidade na compreensão dos problemas e elaboração das respostas, novas formas de cuidado do sofrimento, de relação dos profissionais com os usuários, familiares e comunidade e, entre os próprios profissionais [...]” (III CNSM, 2001, p. 22). Preconiza, assim, a construção de novos arranjos institucionais que garantam a relação horizontal, a gestão democrática, a responsabilidade ética e sanitária demandada, bem como a participação de todos os atores enquanto sujeitos políticos.

Outro ponto relevante diz respeito à formação profissional, propondo a criação de programas de formação descentralizados, contínuos e pautados na articulação entre universidades e serviços, contribuindo também para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão da área. Além disso, a criação e estabelecimento de bases de um programa nacional permanente de capacitação, que permitisse debater desde as questões locais até promover o intercâmbio dos diferentes atores em consonância com o SUS. As discussões sobre capacitação deveriam abarcar também a “formação de gestores, de conselheiros das instâncias de controle social do SUS, de participantes das associações de usuários, familiares, profissionais e das múltiplas entidades da sociedade civil” (III CNSM, 2001, p. 24).

6.2.3.4 Subtema: O Financiamento na Reorientação do Modelo Assistencial

O financiamento é considerado um dos principais determinantes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Os recursos utilizados na assistência psiquiátrica representavam entre 8 a 10% dos gastos em internação do SUS, enquanto os serviços extra-hospitalares não contavam

com dados atualizados e confiáveis sobre investimento, estimando-se que os recursos não chegavam a 10% do valor destinado às internações. O que demonstra, para o documento, a insuficiência de recursos para ampliar a capacidade de uma atenção em saúde mental orientada pela Reforma Psiquiátrica. Apontam ainda a Lei de Responsabilidade Fiscal como prejudicial ao processo nos municípios e estados.

Ainda que as principais ações substitutivas ao hospital psiquiátrico tenham sido incluídas na Tabela de Procedimentos do SUS, tais como os NAPS e CAPS, o crescimento tímido destes dispositivos, aparecia como consequência direta da falta de recursos destinados à área, evidenciando que “há um inegável descompasso entre a acumulação política – leis estaduais, lei federal, movimento social – em favor da reforma e o percentual de gastos dos diversos níveis do SUS” (III CNSM, 2001, p. 25).

Neste subtema são elencados sete pontos a serem analisados, debatidos e superados: 1) o compartilhamento da responsabilidade de implantação da Reforma Psiquiátrica para os três níveis de governo, sendo necessário para isso o aprofundamento do processo de transferência de recursos de capital do MS para os municípios; 2) A inclusão da saúde mental na agenda, nos planos, nas pactuações e na destinação de recursos previsto na nova configuração da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS); 3) A manutenção da proporção de 70% dos custos operacionais dos serviços comunitários transferidos do nível central para os municípios; 4) compreender esta como uma estratégia desestimuladora do setor privado na área; 5) elencar, divulgar e compartilhar as diversas formas de operacionalização das ações em saúde mental que obtiveram êxito; 6) pactuar entre a agenda do redirecionamento de recursos e os poderes legislativos dos estados e municípios medidas que corroborem com o acesso do usuário frente a desvantagens (vale-transporte, bônus de desospitalização, programas de moradia e trabalho); 7) elaborar estratégias específicas às regiões do país que não possuem AIHs para serem redirecionados.

6.2.3.5 Subtema: Controle Social

Propunha-se que o controle social fosse pensado e exercido através de perspectivas diferentes e complementares. Desta forma, entende-se que a primeira delas é através da representação de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil nos conselhos e comissões de saúde dos diferentes níveis de governo. Espaço este que deve ser alvo de constantes avaliações. O controle social deve ser exercido também na participação e na ocupação de todos os espaços da esfera pública, entendendo a importância do

parlamento, do judiciário, do executivo e da sociedade civil que, sensível ao processo de Reforma Psiquiátrica, poderiam contribuir na luta pela efetivação da mesma.

O documento instiga o diálogo com organizações não governamentais (ONGs) e movimentos sociais populares e democráticos, a fim de construir parcerias e projetos. À mídia e entidades de promoção cultural, por sua vez, caberia contribuir na luta contra a segregação e estigmatização da loucura.

O controle social, antes de mais nada, deveria estar no cotidiano dos serviços e ações em saúde mental, conduzindo e possibilitando que as ações e saberes em saúde mental passassem a ser construídas de forma horizontal entre trabalhadores, usuários e familiares. Por fim, o controle social deve ser entendido como a efetiva participação dos trabalhadores na garantia de boas condições de trabalho, na gestão democrática e no compromisso com a Reforma Psiquiátrica. O eixo propõe uma revisão de todas estas perspectivas do controle social, considerando experiências bem-sucedidas, dificuldades e estratégias sobre a temática.

6.2.3.6 Subtema: Acessibilidade, Direitos e Cidadania

A pergunta norteadora que articula acessibilidade, direitos e cidadania para o documento é: “que modelo assistencial é capaz de dar conta do acesso universal ao tratamento, da garantia e promoção dos direitos de usuários e familiares, e da construção permanente e cotidiana da cidadania?” (III CNSM, 2001, p. 30).

O texto de acessibilidade indica que, de maneira geral, o cuidado em saúde mental não está ao alcance da maioria daqueles que necessitam. Considerando a grande demanda – uma estimativa de 5 milhões de pessoas – a oferta de serviços se mostrava muito aquém de responder à realidade da população brasileira. Aponta-se que uma das causas do baixo acesso da população é justamente o alto investimento no modelo hospitalocêntrico, que além de ser pouco eficaz e favorecer o isolamento e a segregação, ainda realizava atendimentos a um pequeno número de pacientes e por longa permanência. Tendo em vista este cenário, a III CNSM realiza uma defesa do atendimento extra-hospitalar e comunitário que, integrado aos programas de atenção básica e à rede geral de serviços, tenderia a não só garantir maior acesso, como também superar o modelo até então prevalente.

Quanto ao texto de direitos, o entendimento que se constrói é de que a acessibilidade deve ser o primeiro direito a ser garantido. Neste sentido, a criação de uma rede de atenção psicossocial pública, integrada, de qualidade e com bases territoriais é o que possibilitaria

oportunizar a acessibilidade. Já a lei 10.216/2001 coloca o direito no centro das discussões da área e deve ser compreendida como “[...] um poderoso instrumento para a conquista da cidadania dos usuários e familiares. O germe da idéia de cidadania é justamente este: compartilhar uma cidade, convivendo com outros cidadãos em busca do bem comum, com direitos e deveres” (III CNSM, 2001, p. 31).

O documento cita Norberto Bobbio para defender a ideia de que se vive na “era dos direitos”:

Vivemos na ‘era dos direitos’, título de um livro do pensador italiano Norberto Bobbio o qual busca exprimir que, paradoxalmente, depois de ver o mundo devastado pelos impérios militares e as guerras, pela concentração da riqueza e a exploração, e subjugado pela mercantilização sem limite de todas as áreas da vida, a humanidade se vê em um impasse: **ou se volta vigorosamente para a construção de uma civilização baseada na ética e nos direitos humanos, ou não haverá futuro que se possa prever.** Desta forma, o tema dos direitos é central, não só para a reforma psiquiátrica, mas para todas as políticas sociais (III CNSM, 2001, p. 31, grifo nosso).

Além dos direitos fundamentais, o documento propõe que se analise e se defenda os direitos específicos à área da saúde mental. É o caso da tutela, que é capaz de submeter os portadores de transtornos mentais graves à interdição ou curatela, o que pode significar muitas vezes uma importante limitação na vida do sujeito tutelado. Para evitar isso, propõe a criação de mecanismos permanentes de revisão destes processos. No que diz respeito à lei penal, pretende-se o fim dos manicômios judiciais e, no caminho para este alcance, a alteração das normas sobre inimputabilidade e periculosidade do paciente infrator. Considera, igualmente, a relevância do direito ao trabalho protegido como construção positiva da integração social e da cidadania.

O documento contrapõe a histórica inexistência da discussão sobre direitos no modelo hospitalocêntrico, predominante, aos extensivos debates realizados no cotidiano dos serviços substitutivos. Contudo, aponta para uma aparente contradição:

[...] quando reivindicamos direitos especiais para os usuários (por exemplo: trabalho protegido, transporte gratuito para o acesso aos serviços, apoio financeiro para egressos de longas internações), temos que nos defrontar com a possibilidade do reforço da condição de tutelado, ou mesmo do poder do diagnóstico (psiquiátrico, psicológico, social) como critério de inclusão nos direitos especiais (III CNSM, 2001, p. 33).

A temática da internação voluntária, involuntária e compulsória também é pautada. O documento aponta que a partir da lei 10.216 que, dentre outras coisas, regulamenta a internação involuntária, vários estados adotaram as medidas em parceria com o MP, ao qual encaminhava-

se as notificações. Alerta para a importante existência de um controle externo sobre todas as internações.

Defende também uma profunda revisão das leis que criminalizam o usuário de drogas e propõe, como alternativa ao modelo importado norte-americano dos Tribunais de Drogas, a implantação de uma rede de serviços comunitários e abertos. Desta forma, além de garantir o tratamento digno e adequado, reduziria o número de internos, visto que estimava-se que “metade da população dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico é constituída por usuários de droga que cumprem medida de segurança ou aguardam perícia psiquiátrica e de violência por parte dos aparelhos policial e judicial” (III CNSM, 2001, p. 34).

O temário finaliza expondo que tudo o que a III CNSM e a Reforma Psiquiátrica trataram até aqui foi sobre cidadania.

Desde a redemocratização do país, depois de 22 anos de regime militar, cidadania tornou-se palavra-chave das políticas sociais, das novas instituições democráticas definidas na Constituição de 1988 e, muito especialmente, do movimento da reforma psiquiátrica. O tema da cidadania do louco, do estatuto especial da tutela, da construção quotidiana de novos direitos e assunção de novos deveres, está presente nos corações, mentes, gestos e textos dos técnicos, pacientes e familiares do campo da reforma (III CNSM, 2001, p. 34).

A II CNSM abriu o caminho para a centralização deste conceito e, passados nove anos da realização desta conferência até a III CNSM, entende-se a necessidade de realizar “um balanço, analisar erros e acertos, impasses e soluções, para seguir adiante” (III CNSM, 2001, p. 35). O relatório indica que o desafio da cidadania não passa mais por desbravar o lugar de louco na sociedade, mas por traçar estratégias para uma sociedade verdadeiramente inclusiva e democrática. Entende que apesar das contradições, há potência na construção de uma sociedade brasileira mais justa.

O Brasil, país com uma trágica história de agressão aos direitos, cujo processo de construção social se deu com muita violência e intolerância, e em cujo presente grita a todos os ouvidos a tragédia da desigualdade social e da violência, é uma terra, entretanto, que apresenta grandes possibilidades de buscar com sucesso a construção de uma sociedade solidária, tolerante, inclusiva, diversificada, igualitária e democrática. Uma sociedade sem manicômios. O movimento da reforma psiquiátrica é certamente um dos atores coletivos mais importantes na aventura de construir esta utopia (III CNSM, 2001, p. 35).

6.2.4 Legislação da III CNSM

O documento incorpora as seguintes legislações:

Legislação	Ano	Dispõe sobre
Portaria n.º 1.058/GM	18 de julho de 2001	Convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental
Portaria n.º 1.086/GM	27 de julho de 2001	Constituição da Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental
Resolução n.º 310/CNS	4 de abril de 2001	Solicitar ao Senhor Ministro da Saúde a convocação da III CNSM, para que seja realizada em 2001, objetivando marcar a alta relevância do tema "Saúde Mental" para a população.
Recomendação n.º 018/CNS	7 de junho de 2001	Sobre a composição em relação ao número de delegados, ouvintes e convidados.
Recomendação n.º 019/CNS	7 de junho de 2001	Sobre o período de realização da III CNSM, a constituição da Comissão Organizadora, o tema central e eixos temáticos, a realização das etapas municipais e estaduais e do regimento interno.
Recomendação n.º 01 da Comissão Organizadora da III CNSM	30 de agosto de 2001	Recomendações à realização das etapas municipais
Lei n.º 10.216	6 de abril de 2001 (DOU 9.4.2001)	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

6.2.5 Demais documentos e Anexos

Os documentos e anexos que finalizam o documento são compostos por: Regimento da III CNSM; Agenda das Conferências Estaduais de Saúde Mental; Anexo – Distribuição de Delegados Eleitos e Observadores por Região e UF; Comissão Organizadora; Informações Úteis.

Quadro 5 – Análise da III Conferência Nacional de Saúde Mental

Questão analisada	Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> ● Anos finais do segundo governo FHC ● Economia neoliberal ● Contexto do SUS ● Terceirizações ● Implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal ● Predominância do setor privado ● Subfinanciamento ● Vigência do modelo hospitalocêntrico ● Falta de acesso e oferta a serviços de saúde ● Promulgação da Lei nº 10.216 ● Reorientação do modelo assistencial ● Regionalização e implantação da NOAS - SUS 01/01 ● “Era dos direitos” ● Desigualdade social e violência ● Crescimento da rede substitutiva ● Demonstração da viabilidade da reforma 	<p>Constituição do SUS</p> <p>Vigência do modelo hospitalocêntrico</p> <p>Reorientação do modelo assistencial</p> <p>Predominância do setor privado</p> <p>Promulgação da Lei nº 10.216</p> <p>“Era dos direitos”</p>	Reorientação do modelo assistencial
Atores	<ul style="list-style-type: none"> ● 1000 delegados ● 200 observadores ● 100 convidados 	Usuários Administração Pública	Estado

	<ul style="list-style-type: none"> ● Conselho Nacional de Saúde ● Movimento de Luta Antimanicomial ● Federação Brasileira de Hospitais ● Fórum das Entidades nacionais dos Trabalhadores na Área de Saúde ● Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça ● Representantes Usuários ● Representantes Familiares ● Conselho de Secretários Estaduais/ CONASS ● Associação Brasileira de Psiquiatria ● Coordenadores Estaduais de Saúde Mental ● Conselho Nacional De Saúde/Cns ● Secretaria De Políticas De Saúde/Sps/MS ● Instituto Franco Basaglia ● Universidade De Brasília/UNB ● OPAS/MS ● Santas Casas De Misericórdia ● Representante Da Ordem Dos Advogados Do Brasil/OAB ● Representante Da Comissão De Direitos Humanos Da Câmara Dos Deputados ● Representante Do Ministério Da Educação E Cultura 	<p>Prestadores Privados</p> <p>Instituições Formadoras</p> <p>Trabalhadores de Saúde Mental</p>	<p>Sociedade Civil</p>
--	--	---	------------------------

<p>Bandeiras</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Reforma Psiquiátrica ● Reforma Sanitária ● Reorientação do Modelo Assistencial ● Formação de Recursos Humanos ● Ampliação do financiamento ● Efetivo Controle Social. ● Direitos ● Acessibilidade ● Cidadania ● Fim dos manicômios judiciários ● Luta contra o estigma e segregação da loucura ● Trabalho digno e protegido ● Natureza pública das políticas e das instituições ● Redução das desigualdades sociais ● Enfrentamento da exclusão social ● Implementação de políticas públicas intersetoriais ● Políticas para populações específicas ● Descriminalização do usuário de drogas ● Revisões legais ● Fim do manicômio judiciário ● Controle efetivo sobre as internações 	<p>Luta pela afirmação dos direitos dos usuários</p> <p>Ampliação do financiamento Direitos e cidadania</p> <p>Revisões legais</p> <p>Políticas para populações específicas</p>	<p>Ampliação do financiamento</p>
<p>Estratégias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Controle Social ● Implantação de serviços comunitários ● Políticas públicas intersetoriais ● Atenção psicossocial ● Territorialização ● Luta por financiamento adequado à rede 	<p>Controle Social</p> <p>Implantação de serviços comunitários</p> <p>Territorialização</p> <p>Luta pelo cumprimento da lei e</p>	<p>Luta pelo cumprimento da lei e pela implementação dos direitos</p>

	extra-hospitalar <ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilização e conscientização ● Luta pelo cumprimento da lei e pela implementação dos direitos conquistados ● Luta pela alteração e/ou revogação de leis e mecanismos legais ● Análise e resgate do processo histórico ● Articulação parlamentar ● Formação profissional ● Descentralização 	pela implementação dos direitos Análise e resgate do processo histórico	
--	---	--	--

Fonte: III CNSM.

Elaboração: síntese da autora.

6.3 Análise da III CNSM

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu nos anos finais do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, quando os efeitos das reformas adotadas pelo mesmo, em continuidade à política de Collor, se faziam sentir de maneira cada vez mais nítida. Em realidade, em 2001, o neoliberalismo estava passando por importantes questionamentos, ao passo que já ganhava corpo

[...] a idéia de que as reformas neoliberais fracassaram nos países centrais, no Brasil e nos países em desenvolvimento. As consequências perversas daquelas reformas, gerando resistências e a vitória de partidos social-democratas em diversos países europeus, sob a bandeira da terceira via, o crescimento da oposição em quase todo o mundo dominado pelo neoliberalismo, com revoltas populares em vários países da América Latina e da Ásia, o desmonte do Real e da popularidade de Fernando Henrique, no Brasil, as mudanças anunciadas pelo FMI e pelo Banco Mundial, com o fim de dar mais atenção aos problemas sociais, tudo isso e mais alguma coisa comprovariam que as reformas neoliberais teriam falhado em seus objetivos, fracassado (POMAR, 2002, p. 105).

É certo que essa “ideia do fracasso” era, na verdade, resultado direto do “sucesso” das reformas, uma vez que a piora das condições de vida da classe trabalhadora era um dos objetivos

elencados, de maneira dissimulada ou aberta, pelas reformas neoliberais, as políticas de ajuste fiscal e as privatizações. Como destaca Borges (2002), com relação ao plano social:

[...] houve uma vertiginosa degradação das condições de vida dos brasileiros, com milhões vegetando na barbárie. Em recente visita ao país, Jean Ziegler, relator especial da ONU, acusou o atual governo de cometer um “genocídio silencioso”. Prova disso é que FHC reduziu os gastos sociais. Entre 1995/2000, os recursos destinados à saúde diminuíram de 2,1% para 1,96%; os da educação caíram de 1,4% para 1,2% (BORGES, 2002, p. 97).

No contexto específico da saúde mental, ainda que isso possa aparentar um paradoxo, foi no período entre a II e a III Conferência – quando do auge das políticas neoliberais – que iniciou-se, de fato, o processo de implementação dos serviços da rede de atendimento extra-hospitalar. Entre 1992 e 2001, como o próprio documento relembra, diversas são as leis estaduais e municipais orientadas pelas diretrizes da reforma. Ademais, em 2001, é aprovada a Lei 10.216, a partir da proposta original do deputado Paulo Delgado, o que configurou “um poderoso instrumento para a conquista da cidadania dos usuários e familiares” (III CNSM, 2001, p. 31).

Estes avanços, baseados principalmente na luta dos movimentos sociais, cristalizaram-se em leis, portarias, políticas públicas e diversas experiências espalhadas pelo Brasil – devemos lembrar que, quando da conferência, já havia passado dez anos da aprovação da lei do SUS, indispensável para a reforma. Contudo, chocavam-se com as próprias limitações impostas pelo sistema – como a redução do financiamento para saúde em geral ou, o que é ainda mais exemplificador, a permanência do financiamento público a hospitais psiquiátricos, majoritariamente privados, em detrimento da rede extra-hospitalar.

Com relação a esta discrepância, a conferência é enfática em ressaltar que isto não ocorre por conta das falhas ou falta de eficácia do modelo proposto pela reforma, mas sim pelo poder e influência exercido pelo setor privado, pelas limitações das políticas neoliberais e pela não articulação entre os municípios, os estados e o governo federal. Afinal, o modelo hospitalocêntrico, além de custoso e ineficiente, visto que atendia poucos (frente a demanda de saúde mental) possuía um histórico de internações de longa duração e de violação dos direitos humanos. Por outro lado, a rede extra-hospitalar já demonstrava sua viabilidade e potencial na garantia de um tratamento de qualidade e com bases territoriais, ampliando o acesso e respeitando os princípios de cidadania.

Na disjuntiva entre hospitalismo e dependência *versus* desinstitucionalização e autonomia, contudo, o cenário da reforma seguia limitado. Uma das principais razões

levantadas tem relação com o financiamento, onde critica-se a Lei de Responsabilidade Fiscal – um princípio neoliberal – e destaca o descompasso entre as demandas e a realidade concreta:

Os recursos atuais são insuficientes para ampliar a capacidade de cuidado através do aumento das equipes de trabalho e da garantia do acesso continuado às diversas modalidades terapêuticas, inclusive medicamentos. Esta situação é agravada no contexto atual de implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal, que tem gerado dificuldades para os municípios e os estados cumprirem responsabilidades sociais, principalmente no que diz respeito à ampliação de pessoal nas políticas de saúde e educação (III CNSM, 2001, p. 24).

Ou seja, apesar de vitórias com relação às leis e com a redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos, assim como da expansão da rede extra-hospitalar, a lógica manicomial e o modelo tradicional seguiram predominantes, com pouca fiscalização por parte do governo e recebendo a maioria do financiamento destinado à saúde mental. Frente esta situação, a conferência elenca diferentes estratégias.

Uma destas estratégias, diz respeito ao controle social, que deve ser exercido em três níveis/momentos: a. via conselhos e comissões; b. via esfera pública (onde identifica-se no parlamento, no judiciário, no executivo e na sociedade civil a possibilidade de conquistar avanços pela sensibilidade dos mesmos); c. no cotidiano dos serviços. Estas propostas relacionam-se com a perspectiva de democracia e cidadania apresentadas pelo documento, onde o horizontalismo e a possibilidade do debate são imprescindíveis para a garantia dos direitos da população.

Para garantir isto, defende-se uma formação qualificada e continuada dos trabalhadores dos serviços. Enxergam na parceria entre as universidades e os serviços, entre articulações locais e nacionais, meios importantes para isto. Defendem, de igual modo, os direitos dos trabalhadores, que devem ter planos de carreira e salários dignos, não podendo existir subgrupos de trabalhadores que, exercendo a mesma função no mesmo serviço, recebam de maneira distinta – fenômeno existente a partir das diferenças entre os municípios, estados e serviço federal, sendo potencializado com a terceirização. Os trabalhadores, por sua vez, devem respeitar os princípios éticos e sanitários elencados pelo SUS e pela reforma psiquiátrica.

Outra estratégia tem relação com as críticas a abordagem dada ao usuário de álcool e drogas, visto que o documento defende a descriminalização do usuário e um tratamento baseado na redução de danos. Critica, ainda, o modelo *made in USA* dos tribunais de drogas, bem como o uso de internações forçadas em hospitais psiquiátricos, onde usuários destas substâncias ficam aguardando perícia psiquiátrica ou ali permanecem para cumprir medida de segurança.

Uma terceira estratégia, que relaciona-se com as anteriores, diz respeito à aplicação da lei 10216, com urgência para o tema das internações voluntárias e involuntárias. A lei prevê, entre outras coisas a limitação do mecanismo de internação, que deve ser regulamentado na prática, tornando-se indicada apenas quando recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, configurando-se como última alternativa. Por isso, defendem, também um atendimento psicossocial público, com bases territoriais, que promova saúde e formas adequadas de tratamento à população.

Todas estas estratégias relacionam-se com uma perspectiva mais ampla sobre a sociedade brasileira, articulada a partir da defesa da democracia, dos direitos e da cidadania. A própria localização histórica proposta pelo documento sinaliza que as conferências de saúde mental só puderam ocorrer em um cenário democrático, aberto pelo fim da ditadura. Ademais, destaca-se a importância de ter na cidadania o eixo articulador de todas as pautas – em realidade, este conceito é um grande guarda-chuva para o que se aborda no documento, que inicia seu último tópico afirmando que tudo o que se disse até ali foi sobre cidadania.

Neste sentido, cabe destacar que a III CNSM compreende cidadania a partir da ideia de “compartilhar uma cidade, convivendo com outros cidadãos em busca do bem comum, com direitos e deveres” (III CNSM, 2001, p. 31). De certa forma, ao tratar todas as pessoas a partir da alcunha de cidadão, e ao não referir-se à existência de classes sociais, embora discorra sobre a desigualdade existente no Brasil, o documento acaba por ocultar aspectos importantes que dizem respeito à aplicação – ou não – dos princípios da reforma.

Exemplo disto é a referência à Bobbio, ao referendar a ideia expressa pelo italiano de que, após o mundo ter sido devastado pelas guerras e a mercantilização ter afetado todas as áreas da vida humana, o impasse posto para a humanidade diz respeito à construção de uma civilização baseada na ética e nos direitos humanos. Desta necessidade, para evitar um futuro catastrófico, se faria vigente a construção da “era dos direitos”. Nestas afirmações, as diferenças econômicas, os conflitos e os interesses de cada classe são minimizados: aparecemos todos, burgueses e proletários, como cidadãos compartilhando uma cidade em prol do bem comum.

Em nossa perspectiva, este é o raciocínio de fundo que permite a conferência reclamar que as conquistas asseguradas em lei não estão sendo executadas, que os serviços seguem subfinanciados, que o setor privado permanece dando as cartas, que a lógica excludente e manicomial continua hegemônica, que os trabalhadores não possuem plano de carreira nem salários dignos, além de estarem ameaçados com a terceirização e com o avanço da precarização

do trabalho, da pobreza e da desigualdade; mas, ao mesmo tempo, identifique no Estado e em suas instâncias – no executivo, no legislativo e no judiciário – parceiros acima dos conflitos sociais, passíveis de sensibilização. Ou, ainda, que critique o neoliberalismo, mas não o capitalismo enquanto sistema (independentemente de suas roupagens); e visualize a possibilidade de atuação conjunta com ONGs e com a grande mídia – também tratadas como neutras ou disputáveis.

Por fim, destacamos que o documento não explica o *gap* de quase dez anos entre a II CNSM e a III CNSM. Por outro lado, o documento realiza uma importante retomada das discussões que marcaram a primeira e a segunda conferência, demonstrando as continuidades necessárias, tecendo autocríticas e elaborando propostas originais – o que muito contribuiu, nos anos seguintes, para a instrumentalização da reforma.

7 ENTRE CONQUISTAS E CONTRADIÇÕES: A REFORMA INCONCLUSA

No campo da política de saúde mental, o período que precede a IV CNSM, destaca-se por um desenvolvimento mais consistente da Reforma Psiquiátrica. Como vimos anteriormente, o início dos anos 2000 é marcado por importantes conquistas no campo institucional, impulsionadas pela mobilização social, que contribuíram para o reconhecimento político e legal do processo. Neste sentido, Bezerra Jr. (2007), apresenta que:

Com a virada do século, a Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou definitivamente a posição de "proposta alternativa" e se consolidou como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial. Mais do que isso, a influência do seu ideário vem-se expandindo no campo social, no universo jurídico e nos meios universitários que formam os profissionais de saúde. Apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, é fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos (BEZARRA JR., 2007, p. 243).

Desde a promulgação da Lei 10.216/2001 e da publicação de suas portarias subsequentes, houve uma redução gradativa do financiamento federal destinado a leitos hospitalares em instituições de caráter asilar, ao passo que ocorre uma ampliação progressiva nas áreas destinadas à abertura de novos serviços comunitários (TRAPÉ; CAMPOS, 2017). Um exemplo da força e da organização destes serviços pode ser vista no I Congresso Brasileiro de CAPS, realizado em São Paulo, em junho de 2004. O evento, que teve quatro dias de duração, foi promovido pelo Ministério da Saúde, em parceria com a prefeitura de São Paulo e a UNESCO, contando com conferências, espetáculos, cursos, oficinas, mesas de debate, reuniões de grupos de trabalho, plenárias e pontos de encontro (espaço para trocas de experiências e organização de alguns setores específicos).

Foi justamente neste congresso que nasceu outro símbolo da luta antimanicomial: a Parada do Orgulho Louco, idealizada pelo militante Nilo Neto. Esta manifestação acabou por tornar-se contínua em diversos estados e cidades e, no caso do Rio Grande do Sul, por exemplo, virou lei no ano de 2015, estabelecendo toda última sexta-feira do mês de outubro como sua data.

Criavam-se também novos e distintos movimentos no cenário da participação social, como é o caso da fundação da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), oriunda de um racha do Movimento da Luta Antimanicomial, em dezembro de 2003, a partir de 13 núcleos da luta antimanicomial de diversas regiões do país. Para Vasconcellos (2012), o disparador da cisão foi o debate sobre as formas organizativas do movimento. De toda forma,

em dezembro do ano seguinte, 2004, a RENILA reuniu-se no Ceará e, já contando com outras adesões, firmou-se enquanto organização de importante influência em nível nacional (MARAZINA, 2012).

Em 2007, ocorreu a fundação da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), representando

[...] um elemento novo no cenário da participação social no contexto da RP. Criada a partir do GT de Saúde Mental da Abrasco, a Abrasme teve como propósito constituir um novo ator que reunisse, a um só tempo, os vários sujeitos envolvidos, dos usuários e familiares e outros ativistas ligados às questões de etnia, gênero, sexualidade, diversidade cultural e direitos humanos, e todos que estivessem em serviços ou outros dispositivos, e também com os que atuassem na produção de conhecimento e políticas. A Abrasme passou a organizar, de dois em dois anos, congressos nacionais assim como os fóruns de direitos humanos e saúde mental. Tanto os congressos quanto os fóruns passaram a assumir de maneira mais central a crítica ao modelo biomédico em psiquiatria e aos interesses que os orientam (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2067).

Vale evidenciar que Reforma Psiquiátrica brasileira alcançaria, em 2006, a tão desejada e necessária inversão do financiamento em saúde mental. O valor repassado aos serviços comunitários superaria, neste ano, os gastos em leitos hospitalares, seguindo as orientações da OMS. Conforme podemos visualizar na tabela sobre gastos em saúde mental elaborada por Gonçalves, Vieira e Delgado (2012), a partir dos dados do Ministério da Saúde:

Tabela 1. Gastos em saúde mental do Ministério da Saúde. Brasil, 2001-2009.

Tipo de gasto ^a	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Extra-hospitalares	205,29	226,80	305,89	361,45	483,37	625,42	840,08	922,28	1.035,08
Hospitalares	798,01	689,35	613,04	585,56	539,96	493,09	485,95	477,81	482,83
Total	1.003,30	916,15	918,93	947,01	1.023,33	1.118,51	1.326,03	1.400,09	1.517,91

Fonte: Ministério da Saúde.

^a Valores em milhões de reais de 2009.

Fonte: GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012, p. 55.

Apesar da importante conquista, o baixo orçamento é considerado um dos principais desafios à ser enfrentado pela Política de Saúde Mental:

É preciso aumentar a representação do orçamento da saúde mental no orçamento da saúde, num contexto político/econômico em que o próprio orçamento da saúde enfrenta obstáculos para o seu crescimento. O crescimento do gasto em saúde mental, por outro lado, mostra-se pouco menor que o crescimento do gasto total do Ministério da Saúde – aqui, o desafio da sustentabilidade da Política de Saúde Mental coloca-se de forma crucial (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012, p. 56).

Outros desafios apresentavam-se ao processo da Reforma Psiquiátrica – na esfera clínica, no embate com os opositores da reforma, na formação dos trabalhadores, nos planos

jurídico e político, no plano sociocultural, nas formas organizacionais, e, na medida em que intensificava-se a implementação da reforma, intensificava-se também sua complexidade (BEZARRA JR., 2007).

Ao considerarmos a conjuntura política daquele momento, aberta com a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva, perceberemos que as contradições que marcaram este processo também atingiram a reforma. O Partido dos Trabalhadores optou, ainda nos anos 1990, por uma virada à centro-esquerda e por adotar políticas de alianças com outros setores, inclusive da centro-direita. Quando chega ao governo, a tônica de suas propostas é a de evitar o confronto. O primeiro presidente oriundo da classe trabalhadora buscou, em seus dois mandatos, conciliar os interesses dos ricos e dos pobres, da burguesia e da classe trabalhadora.

Em retrospectiva, vimos até aqui, o que Vasconcelos (2010) considera como as três grandes fases do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. A primeira fase (1978-1992), marcada por um grande movimento de denúncia e contestação, pelas sucessivas tentativas de controle e humanização da rede hospitalar, pela realização da I CNSM, pelo florescimento do movimento antimanicomial e pelas primeiras experiências de novas estratégias e serviços em saúde mental. A segunda fase (1992-2001), destaca-se pela realização da II CNSM, pela ampla mobilização e prevalência política do modelo da desinstitucionalização, pelo princípio de financiamento e pela implantação dos serviços substitutivos. Já a terceira fase (2001-2010) evidencia-se por ser o período de implantação da Lei 10.216, pela expansão e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, além da ampliação da agenda política para tratar de questões mais específicas, tendo como exemplo a área da infância e adolescência ou o aprofundamento das questões relativas ao uso de drogas. Adentramos, desde 2010, ano da realização da IV CNSM-I, a quarta e inconclusa fase.

7.1 IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial: Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios

A IV CNSM-I, convocada por decreto presidencial em abril de 2010, foi realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho e 1 de julho, e teve seu relatório final publicado em dezembro do mesmo ano. A capa do documento é notável tanto pela reprodução do detalhe da obra de Maria do Socorro Santos (pintora e militante do Movimento de Luta Antimanicomial do Rio de

Janeiro), quanto pelo logo da conferência ser inspirado no trabalho coletivo de usuários do CAPS Arthur Bispo do Rosário (RJ). O relatório final contém glossário de abreviaturas, apresentação e metodologia de Consolidação do Relatório Final, seguido de três eixos temáticos: “Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais”, “Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais”, “Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e Intersetorial”. Além das moções aprovadas, da composição da comissão organizadora¹⁸ e dos anexos.

As subcomissões da conferência são divididas em: Comitê Executivo; Comissão de Programação; Comissão de Programação Cultural; Comissão de Leitura dos Textos de Apoio; Comissão de Articulação e Mobilização; Comissão Logística e Infra-Estrutura; Comissão de Comunicação Social; Comissão de Acolhimento/Apoio aos Estados; Comissão de Relatoria; Comissão de Consolidação do Relatório Final; Coordenadores, Relatores e Facilitadores de Grupos de Trabalho; Comissão de Apoio aos Grupos de Trabalho do Eixo III; Relatores de Síntese dos Grupos de Trabalho e Colaboradores; Relatores e Facilitadores da Plenária Final.

A apresentação, elaborada por Pedro Gabriel Delgado¹⁹ (Coordenador Geral da IV CNSM-I), em consonância com a Comissão de Relatoria, começa destacando que apesar do pouco tempo para a organização da conferência, dada sua amplitude e o fato de ser a primeira intersetorial, garantiu-se uma ampla participação de usuários, trabalhadores e gestores da saúde e de outros setores. Foram realizadas 359 conferências municipais e 205 regionais, estimando que ao longo das três etapas 46.000 pessoas se envolveram no processo. Ou, como destaca o texto:

Esta ampla participação e representação democrática consolida as conferências nacionais como dispositivos fundamentais para a construção de políticas de Estado, independentes de governos específicos e com ampla participação popular (IV CNSM-I, 2010, p. 7).

18 Compõem a comissão organizadora: o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a Associação Brasileira de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude (ABMP), a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH – PR), o Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome (MDS), o Ministério da Educação, o Ministério da Justiça, o Ministério do Trabalho e Emprego/Secretaria Nacional de Economia Solidária, o Ministério da Cultura, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a Redução de Danos, a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Relatoria.

19 Pedro Gabriel Delgado foi Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas do Ministério da Saúde de agosto de 2000 a dezembro de 2010.

Segundo o documento, a intersectorialidade é considerada um avanço radical em relação às conferências anteriores, uma vez que responde às demandas concretas postas pelas transformações do modelo de atenção. Afirma que inúmeras alterações ocorreram desde a III CNSM, ocorrida em 2001, num cenário de complexificação cada vez maior do campo da saúde mental, o que desafia, de maneira permanente, as estratégias de ação a atualizarem-se e diversificarem-se. Considera que a conjuntura política e social também se tornou mais complexa, incidindo no processo de organização da conferência, em um momento de desestímulo à realização de conferências temáticas do campo da saúde e de menor coesão política no interior do campo da saúde mental. Neste cenário, a Marcha dos Usuários de Saúde Mental, que ocorreu em Brasília no ano de 2009, foi decisiva para a realização da IV CNSM-I, somada a intensos debates nos conselhos de saúde e a um contexto onde a organização da conferência se mostrava determinante para decidir os rumos da área.

Dentre os fatores que incidiram para a realização da IV CNSM-I, cita-se: a ampliação de novos serviços de bases territoriais; as novas tecnologias em saúde; o aumento do número de trabalhadores em um quadro de terceirização e precarização do trabalho; a falta de aproximação dos novos trabalhadores com as atividades profissionais e o ativismo político do campo; a diversificação do movimento de luta antimanicomial; a participação efetiva dos usuários, familiares, agências e atores políticos intersectoriais; a campanha contra a Reforma Psiquiátrica por parte, principalmente, da categoria profissional médica; o pânico social gerado pela campanha midiática em torno do uso do crack no país (difundindo a internação hospitalar como única resposta possível) e, por fim, o calendário político eleitoral que estreitou o cronograma da Conferência.

A dificuldade de realização da IV CNSM-I deu-se, em especial, pela falta de apoio político para a realização das etapas estaduais e municipais em diversos locais. Fato que, em certa medida, limitou a participação de representantes usuários e familiares. O documento toma como exemplo o estado de São Paulo, onde a Secretaria Estadual de Saúde vetou a decisão do Conselho Estadual de Saúde, impedindo a realização da etapa estadual da conferência – que acabou sendo substituída por uma Plenária Estadual, realizada sem o apoio do governo tucano de SP.

Apesar das tensões e conflitos, avalia-se que a Conferência alcançou inúmeras conquistas. Entre elas, destaca-se a ampla e efetiva atuação do controle social, a reafirmação do campo da saúde mental na compreensão ampliada de saúde e na luta pela consolidação do SUS,

a reiteração das conferências enquanto dispositivo de debate, crítica e formulação da política pública e a articulação intersetorial, que permeou todo o processo.

Sendo assim, o Relatório da IV CNSM-I reafirma os princípios da Reforma Psiquiátrica em curso no país, pautando “a superação do modelo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares” (IV CNSM-I, 2010, p. 10). Além disso, ressalta que a Conferência manifestou-se em defesa do caráter público e estatal da Política de Saúde Mental e contra todas propostas de privatizações e terceirizações.

Apresenta as aproximações possíveis a serem feitas em relação ao documento elaborado pela Comissão de Relatoria, salientando suas complexidades e particularidades e reforçando o lugar da intersetorialidade e suas expressões, que ficaram registradas em todo o relatório. Sobre isso, alerta que:

A intersetorialidade, no entanto, deve deixar marcas para além deste Relatório, devendo redirecionar completamente a prática do campo da saúde mental a partir de agora. Após a IV CNSM-I, o campo da saúde mental não pode mais deixar de ser apreendido como transversal a várias políticas sociais. Alianças intersetoriais devem ser cuidadas permanentemente para o estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação de várias outras políticas, com participação de seus gestores e lideranças; colegiados e eventos em todos os níveis de gestão não fazem mais sentido sem a participação dos parceiros intersetoriais; apoio matricial e sistema de referência e contra-referência não podem mais ser pensados fora da intersetorialidade (IV CNSM-I, 2010, p. 10).

O documento, após encaminhado ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde, deveria ser transmitido de forma oficial para diversos setores, promovendo novos eventos e debates em torno da temática e orientando a atuação do campo da saúde mental no SUS.

7.1.1 Metodologia de Consolidação do Relatório Final da IV CNSM-I

A Comissão de Relatoria, com apoio e aprovação da Comissão Organizadora, estabeleceu uma estrutura metodológica que buscou dar conta da complexidade do processo de organização, revisão e síntese do Relatório Final da IV CNSM-I, de forma que contemplasse genuinamente o amplo debate realizado na conferência e proporcionasse uma boa compreensão ao leitor. Para a realização deste trabalho desenvolveram-se recomendações, diretrizes e etapas que percorreram toda a IV CNSM-I.

A primeira etapa de trabalho consistiu na orientação dos relatórios das conferências em suas fases municipais, regionais e estaduais. A segunda etapa tratava da organização dos debates e dos consolidados (sínteses das discussões) dos Grupos de Trabalhos durante a fase nacional. A terceira etapa realizou uma revisão detalhada do quadro geral de propostas e moções aprovadas pela plenária na fase nacional da IV Conferência. Por fim, a quarta etapa de trabalho consistiu na reunião da comissão de relatoria para avaliação geral da conferência, com recomendações para a construção do relatório como um todo e para a metodologia de síntese das propostas.

O documento é organizado de forma que no primeiro momento é apresentando princípios e diretrizes gerais do eixo em forma de texto corrido, seguido das propostas de caráter operacional e normativo. Esta organização permite três tipos ou níveis de leitura:

Para uma primeira aproximação mais geral, pode ser interessante ler apenas as sessões iniciais de princípios e diretrizes gerais de cada sub-eixo, que resumem e dão a direção geral da temática e das propostas. Para aqueles que quiserem um maior nível de aprofundamento e detalhamento, este relatório final deve ser lido integralmente, com todas as propostas. Para aqueles interessados em uma temática específica, é possível buscar os eixos e sub-eixos correlacionados, nos quais ela emerge, fazendo uma leitura mais específica e focada (IV CNSM-I, 2010, p. 18).

Todo o percurso realizado para a elaboração do Relatório Final da IV CNSM-I foi incorporado ao documento, possibilitando a compreensão da efetivação do mesmo. A síntese que segue, abordando o conteúdo do relatório final, foi organizada a partir do exposto nas seções de princípios e diretrizes gerais de cada subeixo.

7.1.2 Eixo I – Políticas Sociais e Políticas de Estado: Pactuar caminhos intersetoriais

7.1.2.1 Organização e consolidação da rede

A IV CNSM-I defende o caráter público da Política de Saúde Mental, repudiando todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços, ao passo que responsabiliza os gestores dos três níveis de governo pelo desenvolvimento e pela sustentabilidade da política pública. Defende também a inserção da saúde mental, de forma integral e universal, nas esferas de saúde, oportunizando a participação dos usuários em todos os níveis de atenção. Propõe a consolidação da rede de serviços substitutivos, priorizando as regiões com vazios assistenciais e viabilizando acesso e atendimento de qualidade à população em todos os níveis de assistência; a implantação e implementação de serviços de saúde mental, municipais ou regionais, que abranjam todas as

faixas etárias; da mesma forma, defende a ampliação do número de Residências Terapêuticas e de CAPS, além da obrigatoriedade de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais destinados a crianças, adolescentes e adultos.

Propõe, ainda, a realização de ações intersetoriais nas áreas da educação, justiça e assistência, bem como o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva, respeitando critérios epidemiológicos e de regionalização. A intersetorialidade é também estratégica ao processo de desinstitucionalização, na medida em que se utiliza de instrumentos existentes nas diversas políticas sociais (habitação, assistência social, direitos humanos, etc.).

A atuação da rede de serviços de saúde mental deve preconizar a lógica territorial, sendo o matriciamento e a educação permanente basilares a esta atuação. O documento exige a implementação da Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, por parte do Ministério da Saúde, garantindo o atendimento de qualidade e evitando a criminalização do usuário. E defende a garantia de acompanhamento intersetorial integral à população em situação de rua, levando em conta suas especificidades. Em relação a participação e controle social, a IV CNSM-I recomenda a reativação dos conselhos gestores nas unidades de saúde, a ampliação da participação nos conselhos fiscalizadores e o incentivo da atuação da sociedade civil no processo de organização da rede de serviços de saúde.

Deliberou-se ainda sobre: Intersetorialidade; Saúde Mental e Atenção Básica; Centros de Atenção Psicossocial; Saúde Mental em município de pequeno porte; Programa de Volta Para Casa, Residências Terapêuticas, Centro de convivência; Álcool e outras drogas; Urgência e Emergência em Saúde Mental; Práticas Comunitárias, Integrativas e Complementares.

7.1.2.2 Financiamento

A IV CNSM-I reivindica o aumento do financiamento em Saúde Mental, que deve ser garantido pelas três esferas de governo. Propõe a regulamentação dos recursos através da “definição dos percentuais de cada esfera, atribuição de rubrica orçamentária específica, modificações na forma de pagamento, formulação de critérios claros e transparentes de destinação, aplicação, gestão e controle” (IV CNSM-I, 2010, p. 26). O documento aponta que diante do contexto de Pacto pela Saúde, cabe ao Ministério da saúde a garantia de prioridade à Política de Saúde Mental.

O aumento e regulamentação de recursos almeja a manutenção e ampliação das ações e da rede de serviços substitutivos em todos os níveis de atenção, indo ao encontro dos princípios

do SUS e da Reforma Psiquiátrica, bem como da possibilidade de abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ao passo que deve-se proibir o investimento em hospitais psiquiátricos por parte do Estado. Deve-se levar em conta também:

A heterogeneidade presente no território nacional, de forma a viabilizar o atendimento de situações tão diversas como as que dizem respeito a especificidades loco-regionais da Amazônia Legal e das populações indígenas, de acordo com suas diferentes etnias; as demandas dos municípios com população menor que 100.000 habitantes, incluindo o financiamento de CAPS, estratégia de redução de danos e programas de prevenção e tratamento dos usuários (crianças, jovens e adultos) de álcool e outras drogas; as demandas dos municípios com população inferior a 20.000 habitantes para o desenvolvimento da atenção à saúde mental e implantação de rede serviços de saúde mental de acordo com suas realidades e necessidades, incluindo equipes de saúde mental na atenção básica, CAPS, Residências Terapêuticas e outros (IV CNSM-I, 2010, p. 27)

Sustenta a prioridade de algumas políticas de saúde mental, como é o caso da política de capacitação e desenvolvimento de serviços, dos programas e projetos específicos à infância e adolescência e a usuários de álcool e outras drogas, além do direcionamento de ações relacionadas à produção científica, à projetos de inserção social, geração de emprego e renda e economia solidária, práticas integrativas e educação permanente a todos os atores da política de saúde mental.

Por fim, destaca o papel da intersetorialidade através da proposta de linhas de financiamento para as ações intersetoriais em saúde mental, assegurando a integralidade e a equidade da área, inserindo nesta perspectiva a “criação de dispositivos de financiamento, custeio e sustentabilidade de projetos sociais inclusivos (moradia, trabalho, renda, cultura, convivência, previdência, socialização, acessibilidade, locomoção, escolarização)” (IV CNSM-I, 2010, p. 27). De similar importância, considera-se a necessidade de financiamento de ações interdisciplinares no campo da saúde mental.

Sobre financiamento, também foram aprovadas propostas relativas a regulamentação e fiscalização; financiamento da rede; financiamento para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; financiamento para assistência farmacêutica; financiamento de ações de assistência social.

7.1.2.3 Gestão do trabalho em saúde mental

A IV CNSM-I reitera o concurso público como forma de contratação para todo e qualquer trabalhador da saúde mental e do SUS, posicionando-se de forma contrária a precarização do trabalho em saúde, defendendo a garantia de equipes completas e qualificadas em todo o setor. Propõe a ampliação do quadro de trabalhadores em saúde mental de forma que

possibilite a descentralização das ações e o matriciamento na Atenção Básica em conjunto com a implementação da Estratégia da Saúde da Família em todos os municípios.

Os processos seletivos, na forma de concurso público, devem estar de acordo com os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Humanização e da Redução de Danos, estabelecendo critérios que priorizem profissionais com formação na área da saúde mental e áreas afins, valorizando seus conhecimentos a partir da garantia de permanência dos mesmos no setor pertinente. O documento propõe, ainda, a implementação de projetos e programas específicos voltados aos trabalhadores, ou seja de “cuidado aos cuidadores que contemplem ações de formação, atenção e participação na gestão, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização” (IV CNSM-I, 2010, p. 31) visando a melhoria das condições de trabalho e a qualificação e educação permanente em todos os níveis de atenção do SUS e de outros setores que relacionem-se à saúde mental.

Foram deliberadas também propostas sobre carreiras, cargos, salários e saúde do trabalhador; processo de trabalho; regulação da rede.

7.1.2.4 Política de assistência farmacêutica

A IV CNSM-I defende a sustentação e a garantia do fornecimento de medicamentos via SUS. Neste sentido, a Política de Assistência Farmacêutica e a Política de Saúde Mental devem estar atentas à adequação, conforme o perfil epidemiológico regional, sem desrespeitar o princípio da desmedicalização do sofrimento psíquico. As propostas aprovadas na conferência visam assegurar os direitos dos usuários e propõem o aumento dos incentivos financeiros, de forma que viabilizem o acesso público e gratuito de medicamentos, ainda que o tratamento medicamentoso não deva ser a principal forma de intervenção.

Para isso, o documento também defende propostas que abordam os seguintes temas: gestão e financiamento; gestão da informação; ampliação e qualificação da oferta de medicamentos; formação e recursos humanos e assistência farmacêutica a população infanto-juvenil.

7.1.2.5 Participação Social, formulação de políticas e controle social.

A IV CNSM-I reafirma a importância do caráter público das políticas implicadas na saúde mental, objetivando que o processo de Reforma Psiquiátrica avance no país. Além disso,

prevê a ampliação do envolvimento de toda a sociedade para com a área, viabilizando a inclusão de pessoas em sofrimento psíquico no convívio social, no mercado de trabalho e na educação.

Preocupa-se em garantir a efetivação dos projetos legitimados pela população nas instâncias de controle social, inclusive na mudança de gestão, considerando fundamental para isso o compromisso tripartite, principalmente no que tange à esfera federal e estaduais junto aos conselhos de saúde no monitoramento, na fiscalização e na integração de recursos, além da criação de novos mecanismos de participação popular.

O documento assinala, por sua vez, que:

As exigências de fiscalização e garantia de total transparência sobre os recursos destinados à saúde mental, após instrumentalização e capacitação dos Conselhos Municipais de Saúde para este fim, são pontuadas em diversas teses. As propostas indicam a progressiva apropriação por parte da população acerca do que se passa com os recursos financeiros e com as práticas dos serviços substitutivos da rede de saúde mental e a IV CNSM-I reivindica cada vez mais espaços de participação cidadã (IV CNSM-I, 2010, p. 37)

As propostas vão ao encontro da lei 8.142/90 que dispõe sobre o controle social, no intuito de garantir a participação popular em todos os equipamentos de saúde que utilizam recursos do SUS, bem como garantir a autonomia dos conselhos na co-gestão de forma democrática e popular.

Neste sentido, apresentam propostas que compreendem os movimentos sociais de Luta Antimanicomial como protagonistas da Reforma Psiquiátrica e interlocutores da gestão política, uma vez que estabelecem importantes canais de diálogo com a gestão da Política de Saúde Mental em todos os níveis de governo. A IV CNSM-I propõe que os Planos de Saúde Mental sejam debatidos em diversos espaços do controle social e que apenas sejam aprovados planos que contemplem a multiprofissionalidade, o cuidado territorial, a promoção do trabalho em rede e as ações de inclusão social.

O documento salienta a importância do estímulo à participação social de variados atores políticos e do fortalecimento dos espaços de controle social através da capacitação e do envolvimento com outros setores, como as instituições de ensino e outros movimentos sociais. Ressalta também a necessidade de divulgar os Direitos dos Usuários e a existência de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental, conscientizando a população e o poder público sobre sua responsabilidade e contribuindo para a sociabilidade do usuário de saúde mental.

Quanto a atuação do governo, propõe:

Exigir, nas três esferas de governo, que as Políticas de Saúde **Mental respeitem as deliberações das respectivas Conferências, realizando-as de quatro em quatro anos**, para avaliação e efetivação das propostas anteriores, com publicação e divulgação periódica de seus resultados em diário oficial e outros veículos de comunicação, são outras das formas encontradas para formularem propostas de avanço e garantia de participação social na saúde mental (IV CNSM-I, 2010, p. 38, grifo nosso).

Por fim, sintetizam os princípios e diretrizes gerais do subeixo mencionando que as propostas reunidas expõem a necessidade de firmar as orientações da Declaração de Caracas, da Carta de Brasília e da Carta de Campinas. Outras deliberações tratam de debater gestão e institucionalidade da participação; reabilitação psicossocial e participação; intersetorialidade e interdisciplinaridade no controle social; processos educacionais e divulgação.

7.1.2.6 Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental

A IV CNSM-I considera que é necessária a implementação de novos recursos para a realização da sistematização, monitoramento e avaliação da rede de saúde mental – o que possibilitaria a realização de um planejamento adequado às ações da área e que contribuiria no processo de aprofundamento da desinstitucionalização da loucura. A reivindicação considerada central deste subeixo é:

A participação do controle social no processo de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas cotidianas de trabalho e do funcionamento dos serviços de saúde mental, dando visibilidade aos indicadores, de forma a democratizar as informações a todos os agentes sociais da saúde (IV CNSM-I, 2010, p.41).

Para isso, compreende como fundamental que a Saúde Mental seja prioritária na elaboração das ações de saúde previstas no Pacto pela Saúde. O documento reforça, de igual maneira, a necessidade de novos sistemas de informação, dinâmicos e que contemplem a transversalidade, a intersetorialidade e o geo-referenciamento. Para garantir um sistema de informação eficaz, que contribua na realização de estudos de perfil epidemiológico, que possibilite uma política de avaliação e monitoramento permanente dos serviços de saúde mental e que contribua na criação de estratégias de planejamento, vigilância, etc. é necessária a provisão adequada dos meios e a disponibilização de recursos midiáticos por parte do MS.

Deliberou-se também sobre a infra-estrutura e materiais de divulgação; sistemas de informação e indicadores epidemiológicos; auditorias e processos de avaliação.

7.1.2.7 Políticas Sociais e gestão Intersetorial

A IV CNSM-I inicia este subeixo expressando concordância com os princípios de equidade, inclusão, integralidade, solidariedade e participação. Reflete sobre o desafio de efetivar uma gestão intersetorial e evidencia a aproximação entre o SUS, o SUAS e a Política Nacional de Direitos Humanos.

Relata que o conjunto das propostas deste subeixo trata da necessidade de garantir a definição e implementação de políticas públicas intersetoriais e inclusivas nas três esferas de governo e Distrito Federal. Estas políticas, que devem promover atendimento à usuários de saúde mental, à população em situação de rua, à usuários de álcool e outras drogas e vítimas de violência, necessitam estar “articulando e integrando as ações dos Poderes Públicos e da Sociedade Civil Organizada nos âmbitos da saúde, educação, assistência social, cultura, habitação, trabalho, agricultura, desenvolvimento social, esporte, lazer e turismo” (IV CNSM I, 2010, p. 45). O documento indica ainda que:

Estas políticas devem garantir a prevenção, promoção e reabilitação psicossocial, pautadas nos princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Política Nacional de Direitos Humanos, Reforma Psiquiátrica e demais Políticas Intersetoriais. Devem ser políticas que estimulem a construção de redes intersetoriais e interdisciplinares para grupos vulneráveis, que respondam às necessidades e respeitem às singularidades das pessoas em sofrimento psíquico, assim como garantam a inserção social através da criação de mecanismos de autogestão (IV CNSM-I, 2010, p. 45).

Por fim, consideram a garantia de financiamento, a constituição de redes, fóruns e dispositivos de cooperação intersetorial como fundamentais para a efetivação das propostas apresentadas. Deliberam, em seguida, sobre; redes intersetoriais e sociais; financiamento; fóruns; programas e protocolos; trabalho e renda; saúde do trabalhador; educação; transporte; cultura; habitação; segurança pública; direitos; reconhecimento do conceito de deficiência; estratégias de saúde da família; gestão da saúde mental.

7.1.2.8 Formação, educação permanente e pesquisa em saúde mental

Este subeixo indica propostas de ações interministeriais, sobretudo entre as áreas da saúde e educação, abrangendo também a esfera da gestão, da atenção, do controle social e da educação, caracterizadas por ações coexistentes. As proposições, que incidem sobre todos níveis de educação, formal ou não formal, foram elaboradas considerando os princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da inclusão e da autoria. Neste sentido, “afirmam a

educação permanente, a necessidade de mudanças curriculares, a diversidade e pluralidade dos conhecimentos e das práticas, bem como a necessidade de compromisso das três esferas de governo e Distrito Federal para viabilização das deliberações” (IV CNSM-I, 2010, p. 50).

Debate-se em específico: articulação entre Políticas de Saúde Mental e Instituições de Ensino Superior; educação permanente; residências; especificidades; rede básica; produção e informação de pesquisa; diretrizes curriculares e normas; fóruns, parcerias, controle social.

7.1.2.9 Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS

A IV CNSM-I sustenta os princípios e as conquistas do SUS e da Reforma Psiquiátrica, caracterizando-as como:

[...] um Sistema Único de Saúde público e universal com fortalecimento do controle social e com atenção integral de responsabilidade das três esferas de governo; uma Reforma Psiquiátrica que produz desinstitucionalização, inclusão social e uma rede assistencial de atenção psicossocial que supera e substitui os hospitais psiquiátricos; reformas centradas nos usuários entendidos como sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares, que protagonizam seus modos de fazer andar a vida (IV CNSM-I, 2010, p. 56).

O documento salienta que a reafirmação de ambos implica na recusa de determinadas práticas de gestão e atenção. É o caso dos processos de privatização e funcionamento de hospitais não credenciados ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.

Debate-se também: saúde mental como área estratégica da saúde; garantia dos avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica; hospitais psiquiátricos; privatização/ terceirização da atenção; critérios populacionais para a abertura e credenciamento de serviços; intersetorialidade; estratégias, ações e programas; centros de convivência.

7.1.3 Eixo II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais

7.1.3.1 Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado

Este subeixo elabora sobre a promoção do compartilhamento da produção de cuidado. O documento considera primordial a atuação do usuário e do familiar na construção e condução de seus projetos terapêuticos e compreende que a relação entre usuários, familiares e

trabalhadores é fundamental para a superação do modelo asilar, para a efetivação da Reforma Psiquiátrica e o fortalecimento da autonomia e da autodeterminação dos usuários da rede de saúde mental.

Para isso, o protagonismo social aparece como estratégico, uma vez que:

[...] essas diretrizes implicam garantir, por um lado, a democratização da gestão do processo de trabalho em saúde mental com a participação dos trabalhadores, usuários e familiares; e, por outro, a criação de espaços regulares de encontro entre esses atores, estimulando a realização de assembleias, buscando a participação contínua de todos nos espaços coletivos de discussão, com o objetivo de avaliar e planejar as ações dos serviços (IV CNSM-I, 2010, p. 63).

Preconiza, ainda, a consolidação da Política Nacional de Humanização do SUS, o cuidado e a atenção à saúde mental dos trabalhadores do SUS, o fortalecimento e promoção de integração entre os CAPS e demais serviços da rede de saúde e de outros setores. Por fim, reforça a importância da organização social, especialmente dos movimentos sociais e das associações de familiares e usuários, para a efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em específico, debate sobre: cotidiano dos serviços e fortalecimento do protagonismo dos atores; ações de atenção aos trabalhadores; incremento de ações intra e intersetoriais; suportes específicos às ações de cuidado.

7.1.3.2 Práticas clínicas no território

A IV CNSM-I considera que, para o aprofundamento da Reforma Psiquiátrica e sua construção em bases territoriais, é fundamental o comprometimento no que tange ao financiamento e a gestão por parte das três esferas de governo. Aponta para importância da construção de políticas públicas, ações e dispositivos intersetoriais. Tratando também de:

[...] promover e estimular o trabalho em rede com equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar; ampliar o apoio matricial; potencializar a missão dos CAPS no território; e de fortalecer as ações e o cuidado no território, através de espaços, estratégias, e dispositivos diversos, valorizando as potencialidades dos usuários e considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento dos usuários de forma itinerante (IV CNSM-I, 2010, p. 67)

Considera fundamental a implementação da Política Nacional de Humanização e a implantação do acolhimento como diretriz nos serviços de saúde. Para o documento, estas diretrizes implicam, dentre outras coisas, em uma aproximação entre o saber acadêmico e o saber popular. Debate-se especificamente sobre: trabalho em rede e no território; educação permanente e avaliação da rede.

7.1.3.3 Centros de atenção psicossocial como dispositivo estratégico da reforma psiquiátrica

O documento sustenta que os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos fundamentais ao modelo de atenção psicossocial substitutivo ao hospital psiquiátrico. Dessa maneira, reforça sua função estratégica enquanto articulador da rede de serviços e a necessidade de potencializar parcerias intra e intersetoriais.

Dada a relevância do CAPS ao processo de Reforma Psiquiátrica, exige-se agilidade na implantação dos serviços em todos os estados e a elevação de sua cobertura assistencial. Caracteriza os CAPS enquanto serviços comunitários que devem “operar com atenção integral, de forma interdisciplinar e intersetorial, realizar apoio matricial, atuar de modo articulado com as demais políticas públicas, e não reproduzir práticas manicomialis” (IV CNSM-I, 2010, p. 69). Além disso, os serviços devem garantir o acesso, o acolhimento e o cuidado em situações de crise, a ambiência, a dispensação de medicação e visitas domiciliares.

Desta forma, aponta para a necessidade de investimento na área – garantindo condições de trabalho e infra-estrutura adequada, além de processos de educação permanente e de avaliações dos serviços conforme os princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental.

Delibera-se sobre: CAPS e consolidação na rede; revisão de normativas; condições de trabalho; educação permanente; avaliação dos CAPS, da rede e fomento à pesquisa; financiamento.

7.1.3.4 Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços

Neste subeixo defende-se a atenção qualificada às pessoas em crise. Para isso, compreende-se que deve ser prioridade da gestão a implementação da rede substitutiva, possibilitando a extinção dos hospitais e leitos psiquiátricos privados ou públicos. Prevê a ampliação da rede e das ações articuladas em saúde mental:

[...] saúde mental na atenção básica, ambulatorios de saúde mental, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, CAPS I, II, III, CAPSi, CAPSad, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA)/Pronto Atendimento, e leitos em hospitais regionais e gerais -, destacando que essa rede deve atuar na lógica antimanicomial e interdisciplinar, integrada nas três esferas de governo (IV CNSM-I, 2010, p. 74).

Considera imprescindível, também, a ampliação para atenção 24h e o fortalecimento junto à rede de saúde e de outros setores, como a educação superior. Reforça a necessidade de financiamento e de processos de educação permanente que qualifique o cuidado.

Além disso aprofunda sobre: atenção à crise na rede; revisão de normativas; educação permanente e financiamento.

7.1.3.5 Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: Residências Terapêuticas, Programa de Volta pra Casa e articulação intersetorial no território.

Os programas de desinstitucionalização – Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta pra Casa – são considerados indispensáveis para a consolidação da política de saúde mental do SUS, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, onde defende-se o fim da perspectiva asilar de cuidado. Desta forma, exige-se o estímulo, a ampliação e a garantia destes programas e da rede substitutiva, objetivando favorecer a inclusão e a proteção das pessoas com sofrimento psíquico.

Para isso, destaca a necessidade de revisão das normativas e legislações existentes para expandir o acesso aos programas. A ampliação de estratégias para o fortalecimento de usuários e familiares nos serviços, bem como o repúdio a qualquer forma de discriminação, exclusão e incoerência com os princípios da Reforma Psiquiátrica nos serviços ou políticas públicas são temas abordados. Menciona também o fortalecimento da inclusão social dos usuários de saúde mental nos programas e políticas públicas, na inserção ao trabalho e nas estratégias de fortalecimento de vínculos. Ademais, reafirma a necessidade de ampliação do apoio matricial no INSS, emergências, hospitais gerais, justiça e outros setores.

Aprofunda-se nos debates sobre: desinstitucionalização e intersetorialidade; acessibilidade; revisão de normativas e de legislação; gestão e avaliação de serviços/programas; financiamento.

7.1.3.6 Saúde Mental, atenção primária e promoção da saúde

A IV CNSM-I defende a garantia de cuidado em saúde mental na Atenção Básica e sua inclusão como área estratégica da atenção primária. Para isso, propõe que sejam feitas parcerias intersetoriais, promovendo a integralidade das ações de saúde mental. Propõe ainda que a

atenção primária seja porta de entrada da rede e que atinja 100% de cobertura e que esta seja fortalecida com a implantação de apoio matricial, realizado pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos CAPS.

Debate-se especificamente sobre: efetivação da saúde mental na atenção básica; intersetorialidade; revisão de normativas; educação permanente; financiamento.

7.1.3.7 Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais

A IV CNSM-I argumenta em favor da implantação e desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais em todo o território nacional que, aliadas com as diretrizes do SUS, do SUAS, do PNDH e do Programa de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outra Drogas, garantam o direito a saúde e qualidade de vida. Isto implica também no estabelecimento efetivo da estratégia de redução de danos como política pública de saúde. Deste modo:

[...] assume particular relevância efetivar a política de redução de danos do SUS na rede de atenção psicossocial, nos diferentes níveis de atenção, fortalecendo as práticas territoriais e a construção de redes sociais de redução de danos, **em contraponto ao modelo predominante focado na abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas**. Nessa perspectiva, é necessário ampliar o debate e a divulgação da lógica, da política, e das ações de redução de danos, **fortalecendo o seu papel fundamental na atenção aos problemas decorrentes do uso de drogas, em consonância com os princípios antimanicômiais, e visando, também, reduzir o estigma** (IV CNSM-I, 2010, p. 85-86, grifo nosso).

Assegurar o financiamento nos três níveis de gestão, expandir a rede de cuidados em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas em todos os municípios, fortalecer a intersetorialidade, a redução de danos e o cuidado de bases territoriais são bandeiras levantadas nessa seção. Por fim, promover a conscientização da população quanto à temática é considerado imprescindível para o processo de atenção em saúde mental.

Além disso, debate-se sobre: revisão de normativas; intersetorialidade; educação permanente e pesquisa; projetos de cooperação; e criação de tributos como uma das formas de financiamento das políticas públicas aos usuários de álcool e outras drogas.

7.1.3.8 Saúde Mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para atenção integral e Intersetorial

A IV CNSM reafirma a necessidade de assegurar acesso e tratamento em saúde mental para crianças, adolescentes e jovens, em todo o território nacional. Para isso propõe a instituição de uma rede pública ampliada em saúde mental, que considere as determinações do Estatuto da Criança e os princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Política Pública de Saúde Mental. Para viabilizar a proposta, adquire especial importância o financiamento, a ampliação do acesso à informação e a educação permanente das equipes.

Em relação ao CAPSi:

[...] a IV CNSM-I reafirma sua função de dispositivo estratégico da política pública, indicando que o CAPSi potencialize seu mandato de ordenador da demanda em saúde mental infantil e juvenil, opere permanentemente sob fundamento intersetorial e seja capaz de agenciar, no seu território de referência, condições efetivas para que na construção da rede e nas ações de cuidado haja o envolvimento e a co-responsabilidade de todos os setores historicamente implicados na assistência a crianças e adolescentes: o da saúde geral/atenção básica, da educação, da assistência social, da justiça e direitos (IV CNSM-I, 2010, p. 92-93)

O subeixo apresenta, ainda, propostas sobre: a ampliação do acesso e da rede; consolidação dos CAPSi; Atenção aos usuários de álcool e outras drogas; ações de desinstitucionalização; Ações de promoção, proteção e prevenção; incremento das ações intra e intersetoriais específicas; hospitais gerais e materno-infantis; educação; assistência social; medidas sócio-educativas; direitos humanos; suportes específicos às ações de cuidado; efetivação de estratégias colegiadas.

7.1.3.9 Garantia do acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental

Neste subeixo, reafirma-se a importância de garantir princípios de respeito à identidade cultural, além da importância de assegurar a intersetorialidade, a acessibilidade, a integralidade e a universalidade. Considera-se imprescindível:

[...] criar, implementar e fiscalizar **políticas de promoção de igualdade e superação de preconceitos e estigmas** relacionados a: raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos etários, população em situação de rua, trabalhadores do sexo, pessoas em privação de liberdade (em regime aberto e semi-aberto, imputáveis e semi-imputáveis, egressos do sistema penal), indígenas, indígenas desaldeados,

pessoas com deficiência, mulheres e crianças em situação de violência doméstica e sexual, pessoas vivendo com o vírus HIV/AIDS e demais pessoas em situação de vulnerabilidade social (IV CNSM-I, 2010, p. 99, grifo nosso).

Pauta-se a criação de estratégias eficazes, que sejam incorporadas na rede de atenção em saúde mental, relacionadas “às questões específicas do racismo, do machismo, da LGBTfobia, da discriminação e de outros processos macroestruturais de ampla exclusão social, como aqueles que estão associados ao viver em situação de rua ou em privação de liberdade” (IV CNSM-I, 2010, p. 99).

Além da criação de novas estratégias, considera-se importante o processo contínuo de formação adequada às demandas da sociedade e o fortalecimento das estratégias já existentes, como é o caso da Política Nacional para População em Situação de Rua e da Lei n.10.639/2003, que promove a inclusão no currículo escolar brasileiro e nas políticas afirmativas em geral.

Ademais, debate-se sobre: ações intra e intersetoriais; educação permanente, sistemas de informação e fomento a pesquisa.

7.1.4 Eixo III – Direitos humanos e cidadania como desafio ético e Intersetorial

7.1.4.1 Direitos Humanos e Cidadania

O debate sobre direitos humanos é um dos temas fundamentais ao novo modelo de atenção em saúde mental. A IV CNSM-I reafirma a imprescindibilidade da garantia de atendimento adequado, além da identificação e estabelecimento de sanções às políticas e serviços públicos que violem os direitos humanos. Neste subeixo, destaca-se:

[...]a proposição de um marco legal para a abolição das práticas de tratamento cruel ou degradante, como lobotomia, psicocirurgia, eletroconvulsoterapia (ECT), contenções físicas e químicas permanentes, internações prolongadas e maus tratos físicos contra pessoas em sofrimento psíquico. É enfatizada também a necessidade de fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância acerca dos casos de violência, cárcere privado e morte de pessoas em sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento, e unidades prisionais e domicílios, garantindo a notificação compulsória (IV CNSM-I, 2010, p. 104).

Para isso, defende-se o fortalecimento do controle social, a criação de uma comissão permanente de direitos humanos que atue junto ao MP, a articulação, sensibilização e capacitação das Secretarias de Segurança Pública e de órgãos afins, bem como a efetivação da Política Nacional de Humanização em todos os níveis de atenção, a revisão de interdições

judiciais, a realização de ações educacionais e culturais que conscientizem acerca dos direitos humanos e da saúde mental, além de fortalecer o combate ao estigma, prezando pelo respeito a diversidade.

O documento argumenta que a promoção dos direitos humanos implica nas conquistas de direitos sociais mais amplos:

A IV Conferência ratifica a necessidade de criar políticas de incentivo e garantir, nas três esferas de governo, o exercício efetivo dos Direitos Universais aos usuários dos serviços de saúde mental e de álcool e drogas, inclusive daqueles em situação de rua, como o de moradia (inclusive nos casos de afastamento do convívio social), transporte, lazer, esporte, educação, cultura, inclusão digital e universalidade, acessibilidade e integralidade à saúde, nas três esferas de governo. Nesta mesma direção, aponta a necessidade da criação de espaços abertos de lazer e cultura nos bairros, e em especial os Centros de Convivência, mediante portaria ministerial, em parceria e com financiamento intersetorial, com as áreas de saúde, educação, assistência social, cultura, comunicação, esporte, lazer, movimentos sociais/associações de familiares e usuários (IV CNSM, 2010, p. 106).

Reforça a importância da inserção no mundo do trabalho para o processo de inclusão dos usuários da rede de saúde mental, bem como da necessidade de trabalho digno aos trabalhadores da rede. E, por fim, “reafirma a importância de se elaborar uma Declaração de Direitos Humanos para Pessoas em sofrimento psíquico e da realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental de quatro em quatro anos” (IV CNSM-I, 2010, p. 106).

Também foram aprovadas resoluções sobre: defesa contra a violação de direitos; educação e garantia de direitos; legislação e bases legislativas; direitos humanos, garantia dos direitos humanos, garantia dos direitos sociais acesso a bens e serviços; direitos trabalhistas de usuários, familiares e profissionais.

7.1.4.2 Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária

O documento propõe a criação de uma política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e projetos de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas e presidiários ou egressos do sistema prisional. Para isso, defende-se que os programas e as ações sejam capazes de assegurar o direito ao trabalho e renda, além da continuidade do tratamento, da promoção de qualidade de vida e do exercício de cidadania.

Muitas propostas enfatizam a importância da ampliação da Política de Economia Solidária e Inclusão Social e do Programa Nacional de Cooperativismo Social.

Nestes, é ressaltada a centralidade do protagonismo dos usuários e familiares, incentivando a formação de associações de usuários e familiares e ações que produzam a participação em eventos sócio-culturais baseados nestes princípios, a geração de trabalho e renda sustentáveis, a melhoria da qualidade de vida, o fortalecimento dos vínculos, a socialização e inserção social, e a promoção de autonomia e auto-estima de usuários e familiares, levando em conta as suas potencialidades e demandas particulares (IV CNSM-I, 2010, p. 111).

Para isso, considera-se importante a criação de linhas de financiamento intersetorial, a implementação de incentivos para as empresas, além da ampliação e do fortalecimento dos programas já existentes. Defende-se que é necessário, também, fomentar os espaços de educação e capacitação, ressaltando a importância das parcerias com o “Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), e com o Plano Nacional de Qualificação Profissional do Ministério do Trabalho” (IV CNSM-I, 2010, p. 112).

Aprova-se tópicos sobre: financiamento e incentivo para o trabalho; estratégias para geração de renda; inserção no mercado formal de trabalho; estímulo ao cooperativismo e economia solidária; direitos relacionados ao trabalho; educação e capacitação para o trabalho.

7.1.4.3 Cultura e diversidade cultural

Entende-se que, para a consolidação do processo de reforma psiquiátrica, é necessário promover ações de fomento e valorização da cultura. Para isso, propõe-se a criação e a implementação de políticas públicas intersetoriais que possuam interface entre a cultura e a saúde mental, proporcionando a participação de pessoas com sofrimento psíquico. Considera-se necessário que as “instâncias públicas de produção, divulgação e distribuição de produtos culturais realizem eventos e ações que possibilitem a efetiva concretização das ações culturais praticadas nos serviços substitutivos” (IV CNSM-I, 2010, p. 116). Para o alcance destes objetivos, além do financiamento e comprometimento por parte dos três níveis de governo, destaca-se a necessidade de construir parcerias (junto aos Centros de Convivência e Pontos de Cultura) e de disponibilizar espaço da rede social, bem como de garantir os recursos necessários.

Debate-se ainda sobre: financiamento e editais; política de pesquisa, extensão e profissionalização para a cultura; centros de convivência e cultura, pontos de cultura e outros

espaços; estímulo à produção, comercialização, divulgação, exposição e divulgação na mídia; diversidade cultural.

7.1.4.4 Justiça e Sistema de Garantia de Direitos

O documento considera a efetivação das Leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001 fundamentais ao processo de reforma psiquiátrica e construção da política de saúde mental do SUS. É necessário também exigir que, nos casos de violação dos direitos humanos e dos direitos civis, a legislação de saúde mental e de outros dispositivos legais seja cumprida, garantindo através da efetivação das políticas públicas, a cidadania dos que sofrem de transtornos mentais.

Prevê também a alteração do Código Penal Brasileiro:

[...] no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” da pessoa com transtorno mental em situação de privação de liberdade e em presídios, sendo-lhe garantido o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Ainda no plano legal, é também de vital importância a reformulação da Lei de Execuções Penais, o Código Penal e o Código de Processo Penal, de acordo com os princípios da Lei 10.216/2001, mediante a construção de soluções jurídicas, clínicas e sociais para as pessoas em sofrimento psíquico, durante o tempo que mantiverem relações com a justiça penal (IV CNSM-I, 2010, p. 121-122).

Reforça a importância da efetivação da lei 10.216/2001, destacando a importância da mesma com relação aos processos de internações involuntárias – que devem ser imediatamente comunicadas ao MP – e as avaliações permanentes dos casos de tutela. Defende a articulação entre a Saúde Mental, a Justiça e o Ministério Público, fortalecendo processos de formação e conscientização a todos, além de garantias de direitos aos usuários de saúde mental.

Foi debatido, também, sobre: legislação, normatização e ações para sua implementação; saúde mental, medidas de segurança e sistema prisional; garantia de direitos humanos e direitos civis; garantia de direitos e benefícios sociais; garantia de direitos trabalhistas; direitos e assistência a usuários de álcool e outras drogas; recursos humanos e capacitação para garantia de direitos.

7.1.4.5 Educação, inclusão e cidadania

A IV CNSM-I defende a construção de ações intersetoriais entre o campo da saúde mental e da educação, preconizando a inclusão de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico na rede de ensino (pública e privada) em todos os níveis de educação. Prevê a criação de estratégias para evitar a evasão, bem como para viabilizar a atenção psíquica aos alunos que

necessitem. Além disso, defendem o progressivo debate sobre a temática em todas as instituições de ensino.

Foram aprovadas propostas sobre: formação e educação permanente para profissionais de saúde e saúde mental; educação e capacitação de usuários e familiares; inclusão e fortalecimento de temas e práticas de promoção e prevenção em saúde mental e direitos humanos na rede de educação; outras estratégias em educação, inclusão e cidadania.

7.1.4.6 Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde

A IV CNSM-I compreende que, para o avanço do processo da reforma psiquiátrica, é necessária a articulação entre as áreas da Saúde, Desenvolvimento e Assistência Social e Previdência Social. Neste sentido, enfatiza a importância da criação de fóruns intersetoriais permanentes de discussão, além da criação e ampliação de políticas públicas para as pessoas em situação de vulnerabilidade social com transtorno mental ou eminente risco psicossocial.

Propõe ainda a mudança no marco regulatório e nos procedimentos operacionais de concessão de benefícios em especial ao Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS):

[...] com vistas a viabilizar a implementação de um novo paradigma que tenha como referência a funcionalidade dos beneficiários, entendida como interação entre as características biológicas, psicológicas, sócio-culturais e econômicas dos indivíduos e seu meio. Nesta direção, é indicada a necessidade de laudo psicossocial, e não apenas médico, nas decisões da perícia, levando também em conta aspectos psíquicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, e não apenas a visão clínica restrita. Ainda sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), se requer cumprir as normas já existentes, que determinam a inexigibilidade do termo de interdição civil para concessão do benefício a pessoas com transtorno mental, o que é aplicável a outros benefícios, como a Auxílio Doença e Aposentadoria por Invalidez, para os quais também é aprovada a revisão de critérios e do tipo de parecer (IV CNSM-I, 2010, p. 133-134)

Referente aos benefícios previdenciários, pauta ainda por melhorias na qualidade, no acesso, na desburocratização, na transparência, no acompanhamento e na fiscalização dos processos, inibindo quaisquer abusos das autoridades. Defende também a ampliação do acesso aos programas sociais e a inclusão das pessoas com sofrimento psíquico como público alvo das políticas de assistência social, bem como o fortalecimento do controle social nestes espaços.

Foram aprovadas, também, propostas sobre: Previdência: legislação, normas, perícias e benefícios; Assistência Social: programas, benefícios e serviços; ações articuladas e em parceria no âmbito da seguridade social; assistência às populações específicas; ampliação e capacitação de recursos humanos; Saúde e Saúde Mental do trabalhador.

7.1.4.7 Organização e mobilização dos usuários e familiares em saúde mental

O documento apresenta como fundamental, ao processo da reforma psiquiátrica, a organização e a mobilização dos usuários e familiares na rede de saúde mental, nas políticas intersetoriais e na sociedade em geral. Para isso, considera necessário o estímulo à participação, o fortalecimento e a ampliação dos espaços de controle social, além do fortalecimento dos movimentos sociais, em especial o Movimento Antimanicomial e a Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde.

Pauta também pelo fortalecimento das associações de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, com vistas à reinserção social e enfrentamento ao desemprego. Sustenta a necessidade da criação de mecanismos de denúncia quanto a violação de direitos, constituindo uma maneira de defender estes mesmos direitos. Defende a criação de dispositivos de conscientização da população sobre os processos de tratamento, além da implementação de políticas públicas de suporte e assistência psicossocial à familiares e cuidadores, da efetivação de fóruns permanentes de discussão e da realização de campanhas sobre saúde mental “visando a desconstrução do estigma da loucura, bem como estimulando o acesso à informação, sensibilizando e mobilizando a comunidade a respeito dos direitos de cidadania e deveres das pessoas com transtorno mental e dos usuários de álcool e outras drogas” (IV CNSM-I, 2010, p. 143).

Foram aprovadas também propostas específicas sobre: empoderamento e fortalecimento da organização pela base; defesa de direitos e luta contra o estigma; controle social, capacitação e fortalecimento da participação das organizações de usuários e familiares; integração e ações intersetoriais; ações e comunicação com a sociedade; propostas para grupos e temas específicos.

7.1.4.8 Comunicação, Informação e Relação com a Mídia

A IV CNSM defende a ampliação da conscientização e da consolidação da reorientação em saúde mental no país. Sendo assim, propõe a criação de dispositivos e mecanismos de comunicação voltados para a ampla divulgação das diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira em escala nacional, estadual e municipal, devendo estar presente nos diversos canais e veículos da mídia. Para isso, é necessária a sensibilização e capacitação das entidades representativas da

mídia e de profissionais da área da comunicação para a não reprodução de estigmas e preconceitos e para a promoção da inclusão social e cidadania.

Defende a criação de campanhas nacionais visando a “desmistificação do lugar da loucura na sociedade e a abordagem de temas sobre prevenção, tratamento do uso de álcool e outras drogas, com ênfase na redução de riscos e danos” (IV CNSM-I, 2010, p. 148). Quanto à temática das drogas, propõe a discussão e criação de normas que coíbam propagandas de incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas e que sensibilizem sobre a venda de bebidas alcoólicas e cigarro para crianças e adolescentes.

Trata de outras temáticas a serem trabalhadas:

As ações e campanhas de comunicação devem dar ênfase particular à veiculação de denúncias e o combate aos diversos tipos de violência física e psicológica (preconceito, assédio moral, discriminação, violência verbal, entre outros), abuso, cárcere privado e exploração das pessoas com transtornos mentais e do usuário de álcool e outras drogas, especialmente as mulheres, e à sensibilização da sociedade para a valorização das diversidades, com ênfase na autonomia, empoderamento e não discriminação do usuário (IV CNSM-I, 2010, p. 148).

Pauta ainda pela criação de um *site* da Política Nacional de Saúde Mental, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, a criação de programas de inclusão digital, além da criação de um 0800 para orientações e denúncias.

Debate-se especificamente sobre: campanhas públicas e informações sobre direitos e ações em saúde mental; campanhas e denúncias de discriminação, abusos e violências contra os usuários; sensibilização e ocupação dos espaços da mídia; normatização da mídia e campanhas sobre álcool e outras drogas; sistema e banco de dados e pesquisas sobre saúde mental; serviços de informação e orientação direta à população; inclusão digital; agenda e produção de eventos; elaboração de material de educação popular; divulgação da produção dos usuários.

7.1.4.9 Violência e Saúde Mental

A IV CNSM-I compreende que, para o aprofundamento da Reforma Psiquiátrica, é necessário estimular a identificação precoce e a notificação de casos de violência interpessoal nas ações que incidem sobre a violência e suas consequências. É necessário, também, promover a ampla divulgação dos mecanismos e das possibilidades de acolhimento e/ou denúncia de violência contra pessoas em sofrimento psíquico ou em vulnerabilidade social. Dentre os mecanismos abordados estão: o disque-denúncia, os programas de atenção à violência, o Registro Nacional de Acidentes e Violências, a Ouvidoria de Saúde, a Lei Maria da Penha,

Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçadas de Morte (PPCAAM) e o Programa de Prevenção ao Suicídio.

Segundo o documento:

As propostas aprovadas durante a conferência explicitam **uma concepção da violência como um fenômeno intrinsecamente multidimensional e intersetorial**, e daí a ênfase dada no fortalecimento das alianças e ações intersetoriais. Isso se dá através da criação de parcerias institucionais com um amplo espectro de atores sociais e políticos, como o Judiciário, os Conselhos de Direitos, Conselho Tutelar, Defensoria e Ministério Público, Secretaria de Segurança Pública, Conselhos Municipais de Saúde, Ordem dos Advogados do Brasil, Secretarias de Assistência Social, Cultura, Lazer e Esportes, etc. Esta frente deverá contemplar iniciativas de criação de redes locais de trabalho intersetorial, de prevenção e cuidado em situações de violência e de combate às diversas formas de estigma e preconceito (IV CNSM-I, 2010, p. 154, grifo nosso)

A IV CNSM entende como fundamental a educação permanente intersetorial para os trabalhadores da saúde mental e demais políticas públicas, bem como a sensibilização da população sobre os novos paradigmas em saúde mental e a cultura da paz, o combate à LGBTfobia, a defesa da diversidade sexual, a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico internos em manicômios judiciários ou em cumprimento de medida de segurança na rede de serviços substitutivos em saúde mental, o fortalecimento das ações de promoção de saúde e prevenção à violência na atenção primária e nas equipes de saúde da família e, por fim, a ampliação da rede de trabalhos preventivos em violência doméstica e as ações de educação infantil.

Debate-se ainda sobre: controle, denuncia e punição da violência; dispositivos de atenção integral a pessoas envolvidas em situações de violência; formação de recursos humanos; combate à discriminação e preconceito e promoção da cultura da paz; ações preventivas e intersetoriais com outros setores de política social.

7.1.5 Moções aprovadas na IV CNSM-I

1. Moção de apoio ao SUS e às Políticas de Saúde Mental; **2.** Moção pela revogação da Lei N°9634/98 que institui as Organizações Sociais (OS); **3.** Moção pelo cumprimento da decisão judicial contra a terceirização da saúde pública; **4.** Moção de repúdio ao Senado Federal e Câmara dos Deputados pela tramitação do Projeto de Lei do Ato Médico; **5.** Moção de repúdio ao Projeto de Lei do Ato Médico; **6.** Moção de repúdio à decisão do STF de permitir cobrança

financeira e pagamento de médicos e hospitais no SUS; **7.** Moção de apoio e reconhecimento pela realização da IV Conferência e expectativa de efetivação da V Conferência; **8.** Moção de apoio ao Ministério da Justiça pela destinação de recursos do Programa Nacional de Segurança com Cidadania ao campo da saúde mental; **9.** Moção de apoio ao Ministério Público Federal pelas ações de inclusão de minorias; **10.** Moção de apoio ao fomento de Residências Multiprofissionais em Saúde e à participação de Movimentos sociais em sua Comissão Nacional; **11.** Moção pela Intersetorialidade em Saúde Mental; **12.** Moção pela formulação de ações em saúde mental em colônias de hanseníase; **13.** Moção pela construção de estratégias para o fim dos manicômios judiciários no país; **14.** Moção pela inclusão de Agentes Comunitários em plano de cargos e salários; **15.** Moção pelo direito ao trabalho associado e uma economia solidária; **16.** Moção pela desburocratização do processo de regularização das associações de usuários e familiares em saúde mental; **17.** Moção de reivindicação de inclusão da atenção à saúde mental da pessoa idosa na Política Nacional de Saúde Mental; **18.** Moção de reivindicação de que recursos oriundos de fechamentos de leitos hospitalares sejam destinados a Residências Terapêuticas; **19.** Moção de reivindicação ao Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde de ampliação do acesso a meios contraceptivos; **20.** Moção de reivindicação pela descentralização de medicamentos de alto custo; **21.** Moção de recomendação ao Ministério da Saúde e Gestões Estaduais pela ampliação do limite de gastos com recursos humanos em saúde; **22.** Moção de repúdio ao descumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente; **23.** Moção de repúdio à manutenção da prática de internações hospitalares de longa permanência; **24.** Moção de repúdio à Rede Globo pelo incitamento ao preconceito em relação às pessoas com transtornos mentais; **25.** Moção de repúdio a empresas e entidades pelos descasos em relação à saúde mental; **26.** Moção de repúdio à atual campanha de combate às drogas do Ministério da Saúde e do Governo do Estado do Rio Grande do Sul; **27.** Moção de repúdio ao Governo de São Paulo, Secretária Estadual de Justiça e Cidadania e Fundação CASA-SP; **28.** Moção de repúdio ao governador do Estado do Espírito Santo e a seu Conselho Estadual de Saúde por não custearem participação de delegados na IV Conferência; **29.** Moção de repúdio à Política Estadual de Álcool e Outras Drogas do Governo do Estado de Alagoas; **30.** Moção de repúdio ao Governo do Estado do Ceará pelo não financiamento da hospedagem aos delegados estaduais na IV conferência; **31.** Moção de repúdio ao Governo do Estado de São Paulo pela não realização da Etapa Estadual da IV Conferência; **32.** Moção de repúdio ao Governo do Distrito Federal pela não implantação da Política Nacional de Saúde Mental; **33.** Moção de repúdio às Secretarias Estaduais que não garantiram hospedagem a seus delegados; **34.** Moção de Apoio à Prefeitura de São Bernardo do Campo e demais entidades pela realização

da Plenária Estadual de Saúde Mental – Intersetorial de São Paulo; **35.** Moção em defesa da redução progressiva do número de pacientes e moradores dos hospitais psiquiátricos e da construção de um modelo democrático de saúde mental em Sorocaba – SP; **36.** Moção de repúdio à Secretaria Municipal de Saúde de Serra (ES) pela exoneração sumária da Coordenadora de Saúde Mental do município; **37.** Moção de repúdio ao descompromisso dos gestores municipais de saúde de Dourados (MS) com os serviços de Saúde Mental; Moção de repúdio à atual política de precarização e privatização dos serviços de saúde mental em Natal (RN).

7.1.6 Anexos da IV CNSM-I

Os anexos que finalizam o documento são compostos por: Conjuntos de Propostas não Avaliadas pela Plenária Final; Observações escritas de participantes da Plenária Final encaminhadas à relatoria; IV CNSM-I – Fontes Documentais; Regulamento da Etapa Nacional da IV CNSM-I; Programação da Conferência; Calendário das Conferências Estaduais.

Quadro 6. Análise da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial

Questão analisada	Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Desestímulo a realização das conferências • Mobilização social de usuários e familiares • Ampliação e difusão territorial de novos serviços • Modelo neoliberal • Terceirização • Precarização do emprego • Inserção de novos trabalhadores e militantes • Diversificação do movimento antimanicomial • Participação ativa de usuários e familiares • Construção interssetorial • Novas características do trabalho e tecnologia em saúde mental • Campanha contra a reforma psiquiátrica por parte da categoria médica 	<p>Mobilização social de usuários e familiares</p> <p>Inserção de novos trabalhadores e militantes</p> <p>Construção interssetorial</p> <p>Menor coesão política no interior do campo da saúde mental</p>	Construção interssetorial

	<ul style="list-style-type: none"> • Campanha midiática estimulando o pânico social em relação ao crack • Menor coesão política no interior do campo da saúde mental • Pressão por serviços de internação hospitalar • Falta de apoio político de governos estaduais e municipais • Pacto pela Saúde • Calendário político eleitoral • Luta para o fortalecimento do controle social • Luta pela consolidação do SUS • Aprofundamento e amadurecimento da articulação política entre o campo da saúde mental e as instituições de controle social 	<p>Falta de apoio político de governos estaduais e municipais</p>	
Atores	<ul style="list-style-type: none"> • 1200 delegados • 102 observadores • 200 convidados • Ministério da Saúde • Secretaria Especial dos Direitos Humanos • Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome • Conselho Nacional de Saúde • ABRASCO • Conselho Federal de Psicologia • Associação Brasileira de Psiquiatria • Ministério da Justiça • Ministério da Educação • Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde • MNLA • RENILA • Associação Brasileira de Medicina Psicossomática • Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais • Fórum Nacional de Secretários/as de Estado da Assistência Social • Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social • Ministério da Cultura • Conselho Nacional de Secretários de Saúde • Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde • Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena • Federação Nacional dos Assistentes Sociais • Associação Brasileira de Autismo • Secretaria Nacional de Economia Solidária • SEDES 	<p>Ministérios</p> <p>Secretarias</p> <p>Conselhos de classe</p> <p>Associações</p> <p>Movimentos Sociais</p> <p>Fóruns</p> <p>Colegiados</p> <p>Federações</p>	<p>Estado e Sociedade Civil</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil • Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua • Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares • Federação Brasileira das Associações de Síndrome de DOWN • Associação Brasileira de Enfermagem • Federação Nacional dos Farmacêuticos 		
Bandeiras	<ul style="list-style-type: none"> • Intersetorialidade • Ampliação e transparência do financiamento • Fortalecimento do Controle Social • Participação Social • Formulação de políticas e projetos intersetoriais • Defesa do SUS • Atuação em Rede • Fortalecimento do apoio matricial • Reabilitação psicossocial • Redução de danos • Formação, educação permanente e pesquisa na área • Informatização • Territorialidade • Desinstitucionalização • Enfrentamento das desigualdades • Defesa das diversidades • Trabalho digno • Inclusão no trabalho, na educação, na cultura, na cidade • Ampliação da acessibilidade • Direitos Humanos • Cidadania • Fim dos manicômios judiciários • Fim da discriminação e do preconceito • Integralidade do cuidado • Fornecimento gratuito de medicamentos 	<p>Intersetorialidade</p> <p>Fim da discriminação e do preconceito</p> <p>Ampliação e transparência do financiamento</p> <p>Participação Social</p> <p>Atuação em Rede</p> <p>Inclusão</p> <p>Cidadania</p> <p>Direitos Humanos</p> <p>Intersetorialidade</p>	Intersetorialidade
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento • Políticas Sociais • Intersetorialidade • Periodicidade das CNSM • Terapia Comunitária • Redução de Danos • Estudos do perfil epidemiológico • Programas de prevenção • Educação Permanente • Formação e capacitação profissional • Tele-saúde • Consultório na rua • Fortalecimento do controle social • Comunicação • Economia Solidária 	<p>Financiamento</p> <p>Políticas Sociais</p> <p>Intersetorialidade</p> <p>Formação e capacitação profissional</p> <p>Fortalecimento do controle social</p> <p>Estratégia Saúde da Família</p>	Políticas Sociais Intersetoriais

	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperativas sociais • Promoção e cuidado em saúde mental na Atenção Básica • Atenção primária como porta de entrada • Atenção integral à saúde dos trabalhadores da rede de saúde mental • Criar políticas de incentivo ao trabalhador • Consolidação e ampliação dos CAPS • Criar Plano Emergencial Intersetorial • Incluir a saúde mental como área estratégica da atenção primária • Programa Saúde na Escola • Estratégia Saúde da Família • Sensibilização e conscientização da sociedade • Educação Popular 	<p>Sensibilização e conscientização da sociedade</p> <p>Redução de Danos</p>	
--	---	--	--

Fonte: IV CNSM-I.

Elaboração: síntese da autora.

7.3 Análise da IV CNSM-I

A primeira conferência desenrolou-se em um momento marcado pela transição à democracia e pela luta pela Constituinte, ainda sob o governo Sarney; enquanto a segunda já ocorreu sob a Nova República e suas contradições, justamente no período de transição entre o governo Collor e o governo Itamar. A terceira, por outro lado, ocorreu durante o segundo governo FHC, impactada pelos efeitos de mais de uma década de neoliberalismo no país. A IV CNSM-I, todavia, ocorreu em um momento muito distinto em relação às conferências anteriores.

O ano de 2010 é o momento de encerramento do segundo governo Lula, onde o mesmo iria atingir índices altíssimos de aprovação e conseguir emplacar sua sucessora, Dilma Rousseff. O segundo mandato foi marcado, também, por uma inflexão na política econômica, quando da substituição de Antonio Palocci por Guido Mantega na chefia do Ministério da Fazenda, o que significou uma aproximação mais nítida do governo com uma perspectiva desenvolvimentista, afastando preceitos neoliberais tão defendidos por Palocci.

Em 2003, apesar de ter sido derrotado nas urnas, o receituário neoliberal seguia com força e possuía forte influência – contaminado, inclusive, o programa do PT (SICSÚ, 2013). A situação em 2010 era perceptivelmente muito distinta:

No início dos anos 2000, pesquisas apontavam que o desemprego era um grande problema nacional. Em 2003, a taxa de desemprego era superior a 12%. Em 2012, foi de 5,5%. Em 2002, somente 33,9% dos domicílios possuíam máquina de lavar. Em 2011, este número aumentou para 51%. Em 2002, 86,6% dos domicílios possuíam geladeira, em 2011, saltou para 95,8%. E, certamente, milhões de brasileiros trocaram eletrodomésticos velhos por novos. O emprego e o consumo levaram os indivíduos das classes de baixa renda às localidades onde vivem ou trabalham os ricos e aqueles que recebem altas rendas. Aquela massa de trabalhadores percebeu que não basta ter emprego e poder consumir. Ter um emprego é básico, é o direito essencial à renda. Mas eles passaram a desejar mais, muito mais. Tomaram a consciência que não basta sobreviver, é preciso viver. Sob estas condições, indivíduos que já realizam o consumo (uma atividade privada) passaram a desejar/exigir o investimento (público) nos serviços de saúde, na segurança pública, no saneamento... etc. (SICSÚ, 2013, p. 57-58).

Apesar de, sob o olhar atual, parecer um tanto otimista a percepção de que a massa dos trabalhadores brasileiros tomou consciência e luta por investimento público, não preocupados apenas com o seu consumo privado, era justamente esta a visão que possuíam diferentes atores sociais daquele momento. Sem dúvidas, era um momento de euforia que manifestava-se de distintas maneiras e intensidades em diferentes setores, embora não em todos, marcando uma perspectiva esperançosa para com o futuro.

Isso não significa, contudo, que as lutas sociais deixaram de existir ou que passou-se a viver o melhor dos mundos, onde o conflito inexistia. O própria IV CNSM-I, além de ser permeada por conflitos e tensões (a exemplo dos diferentes tipos de boicote realizados por estados e municípios), só foi convocada em razão da pressão popular, que teve seu auge na Marcha dos Usuários a Brasília pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, em setembro de 2009, uma manifestação articulada pela RENILA. Ou seja, o que estamos afirmando é que este período (2003-2010) foi marcado por uma série de avanços, onde o horizonte de possibilidades das lutas (que seguiram) parecia se expandir significativamente.

Em retrospectiva, fica ainda mais evidente, também, que é neste período que os movimentos sociais em geral passam por um longo processo de burocratização e acomodação – em parte pelos avanços concretos obtidos, que reforçavam o discurso do governo de que era possível construir um país para todos, pobres e ricos; em parte pelo fato de importantes dirigentes destes movimentos passarem a ocupar cargos no Estado, em parte pelo fato do principal partido de esquerda, o PT, e a organização com maior influência nos movimentos sociais passou a empreender, ao menos no governo, um cálculo geral com base no seguinte raciocínio: “conquistar pouco, mas com segurança, em vez de sonhar com muito e nada conseguir (MIGUEL, 2019, p. 73).

Neste sentido, é um importante marco – não apenas para a saúde mental, mas para os movimentos sociais brasileiros – a realização da IV CNSM-I, visto que a mesma conseguiu pautar importantes questões e mobilizar milhares de pessoas na defesa dos princípios da reforma psiquiátrica, da política de saúde mental e do SUS. Apesar de ter um tempo reduzido, visto que deveria ser concluída antes da abertura da disputa eleitoral daquele ano (onde Dilma Rousseff e José Serra protagonizariam a disputa), a conferência foi exitosa em seus objetivos.

O relatório final já é, em realidade, uma expressão do êxito do processo, visto que o mesmo levou em consideração não só o que foi discutido na etapa nacional, mas articulou os relatórios estaduais, de maneira a incluir as discussões de cada estado e as prioridades que os mesmos elencaram para o nível nacional – configurando um importante exercício democrático. Ademais, além de estipular uma periodicidade para as conferências (a serem realizadas de quatro em quatro anos), o próprio formato do relatório, escolhido pela IV CNSM-I, buscou instrumentalizar e facilitar a leitura e o uso do documento, que foi dividido em eixos e subeixos, que iniciam com princípios e diretrizes gerais de cada temática, seguidos das propostas específicas. Estes são dois exemplos do permanente (re)pensar da reforma psiquiátrica para com o seu próprio processo.

Ainda com relação ao cenário mais geral, interessante destacar que o relatório da IV CNSM-I defina as conferências como um dispositivo para a construção de políticas de Estado – que devem vigorar com ampla participação popular, independentemente de governos. Em especial visto de hoje, quando fica evidente que esta era mais um “desejo” dos seus atores do que uma descrição da realidade vivida: seja porque as conferências nunca tiveram “força de lei”, seja porque em diversos momentos as mesmas foram ignoradas, postergadas, desestimuladas. Em realidade, observando-se a própria história das conferências, percebe-se, também, as diferenças que nascem das opções e posicionamentos do governo, que estimulam ou combatem os movimentos sociais, permitem maior ou menor participação popular nas decisões e influem na concretização da reforma.

Neste sentido, como afirmamos anteriormente, e como referenda Delgado na apresentação da conferência, o processo de reforma psiquiátrica passou por uma complexificação constante que acompanha os rumos do país. A IV CNSM-I, aprofunda o debate sobre questões persistentes desde as primeiras formulações, inovando ao elencar a intersectorialidade como estratégia imprescindível, que deveria ser intrínseca à consolidação da reforma. Considerando que este era um período onde a garantia de direitos estava fortemente

relacionada com a promoção de políticas públicas, parece acertada a compreensão da conferência, uma vez que as políticas, quando pensadas intersetorialmente, poderiam atingir as diversas dimensões da vida. Em outras palavras, a inserção da intersetorialidade como elemento central aparece como um acerto, também, se partirmos da percepção de que as questões relativas à saúde mental não estão exclusivamente relacionadas com o que aborda a política de saúde mental. Evidencia-se, assim, a necessidade de pensar a relação de diferentes áreas, visto que as mesmas também são chave para efetivar a desinstitucionalização da loucura.

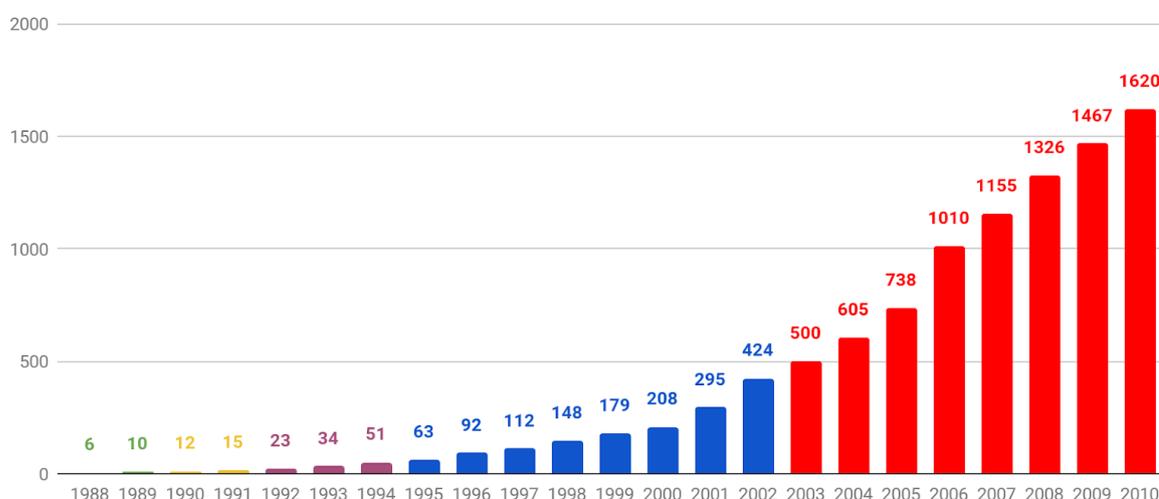
A incorporação da intersetorialidade, vale frisar, não foi apenas retórica, mas expressou-se na diversidade dos setores envolvidos, com um número significativo de distintas organizações da sociedade civil e de diferentes órgãos do governo. Este processo, somado a forma de organização da conferência, qualificou o conjunto dos debates, mesmo em um momento de menor coesão política – destaca-se, além das contradições vividas pelos movimentos sociais do período, a cisão ocorrida no seio do movimento antimanicomial, entre a III CNSM e a IV CNSM-I.

Ademais, o relatório final convoca, a todo momento, a sociedade civil à participação nas questões relativas à área. Elabora, neste sentido, propostas que visam a ampliação do controle social, a reativação de mecanismos e conselhos que deixaram de existir ou de funcionar; o fortalecimento dos movimentos de familiares e usuários, reforçando a necessidade do conjunto da sociedade tomar consciência e responsabilizar-se pelas ações que desenvolve (ou deixa de desenvolver). Relaciona-se com esta questão a defesa reiterada da necessidade de mudanças socioculturais, abarcando desde a necessidade de divulgar os direitos dos usuários até, por exemplo, a sensibilização de profissionais da mídia para com os princípios éticos da reforma, buscando a não reprodução de preconceitos e estigmas.

O outro debate que aparece de maneira transversal em diversos eixos é o relacionado ao tema da inclusão ou da inserção social de grupos considerados vulneráveis. A IV CNSM-I aborda a inclusão em diferentes esferas, para além dos programas de desinstitucionalização (De Volta Para Casa e Residências Terapêuticas), elenca a importância da inclusão na produção (com geração de trabalho e renda, cooperativas e trabalho protegido), na educação (como meio e objeto de inclusão, garantindo qualidade, acesso e permanência), na cultura (disponibilizando espaços, garantindo recursos e respeitando as diversidades) e na cidade (com políticas de moradia e mobilidade).

Neste cenário, aborda-se o CAPS como o dispositivo estratégico e fundamental para a efetivação da reforma, visto que atua como articulador da rede intra e intersetorial. A partir desta posição, podemos refletir que a expansão do número de CAPS e de suas modalidades é um bom indicador do avançar (ou não) da reforma psiquiátrica. Quando observamos a totalidade dos CAPS existentes em território nacional e sua evolução, conforme a tabela a seguir, percebemos que entre a III CNSM e a IV CNSM-I, tivemos um crescimento expressivo – especialmente nos anos finais do segundo de governo FHC e, depois, durante os dois governos Lula quando, em 8 anos, triplicou-se a quantidade de CAPS.

Gráfico 1. Número de CAPS existentes em cada ano.



Governo Sarney | Governo Collor | Governo Itamar | Governos FHC | Governos Lula

Fonte: Ministério da Saúde (2007, 2015).

Elaboração própria.

Esse crescimento, todavia, não tinha sido capaz de suprir as necessidades postas. Em realidade, apenas a região sul e o nordeste, quando da realização da IV CNSM-I, possuíam indicadores de cobertura tidos como muito bons, quando considerado o número de CAPS para cada 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Apesar de alguns vazios assistenciais terem sido superados – na III CNSM identificou-se a inexistência de CAPS no Amazonas, situação que mudou em 2010 – ainda existem regiões, estados e municípios que demandam por agilidade na implementação dos serviços e maior financiamento.

Além destes vazios e da falta de financiamento, pautas apresentadas em conferências anteriores persistem: formação e capacitação profissional, defesa das práticas territoriais, fechamento dos hospitais psiquiátricos, descriminalização do usuário de álcool e

outras drogas, o fortalecimento do controle social, a horizontalidade nas decisões e ações em saúde mental, a importância da articulação com outras áreas, o papel da mídia nas mudanças socioculturais, a revisão legal dos mecanismos de tutela e das interações, o fim dos manicômios judiciários, a defesa dos direitos humanos, questões relacionadas a inclusão no trabalho e ao trabalho digno, entre outras.

Estas permanências, ao lado dos avanços (vide crescimento da rede substitutiva, conforme gráfico 01 e tabela 01), evidenciam que a reforma não é um processo que evolui de maneira linear, mas sim transpassada por conflitos e interesses variados. Por isso, não podemos analisar a reforma sem considerarmos a totalidade social na qual a mesma está inserida: uma maneira de visualizar as disputas postas é, para além das pautas, a observação das moções de repúdio e/ou apoio aprovadas pela IV CNSM-I, onde diferentes atores aparecem (Rede Globo, governos estaduais e municipais, a categoria médica, STF, Congresso Nacional, Governo Federal e seus ministérios, empresas e entidades).

A complexificação também acarretou no aparecimento de novas demandas, incorporadas com bastante vigor nesta quarta conferência, a exemplo da necessidade da informatização e da implementação de novos recursos para possibilitar a sistematização, o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde; a criação de mecanismos de conscientização, denúncia e sanção sobre as violações de direitos, bem como de um 0800 para orientação sobre transtornos mentais, redes de serviço e uso racional de medicamentos.

Neste sentido a IV CNSM-I apresenta, também, novas reflexões acerca da violência, sobre populações específicas e grupos tidos como vulneráveis. Esta é a primeira conferência a elaborar pautas relacionadas à questão étnico-racial, de gênero e de sexualidade, bem como, estratégias de combate ao racismo, a LGBTfobia, ao machismo e outras formas de discriminação e exclusão social consideradas macroestruturais²⁰.

Inclui-se, ainda, o debate sobre o avanço da terceirização e das Organizações Sociais na gestão de serviços. Enquanto na III CNSM este é um tema lateral, aqui já aparece como uma realidade que merece ser contestada. É paradoxal, neste sentido, o apoio dado ao Sistema S²¹,

²⁰ Ainda que pautas relacionadas ao debate de gênero, raça e sexualidade, bem como de combate à discriminação e às opressões apareçam nesta conferência como uma novidade, percebemos -- em comparativo ao primeiro documento analisado, o Manifesto de Bauru (1987) -- o quanto as conferências estão "atrasadas" em relação às elaborações do movimento antimanicomial que, além destas discussões, elaborava ainda sobre as divisões de classe, buscando compreender qual a raiz comum destes processos.

²¹ Segundo a Agência de Notícias do Senado, Sistema S é o "termo que define o conjunto de organizações das entidades corporativas voltadas para o treinamento profissional, assistência social, consultoria, pesquisa e assistência técnica, que além de terem seu nome iniciado com a letra S, têm raízes comuns e características

tido enquanto um importante parceiro, visto que, em nível macro, também é uma expressão deste desvio do dinheiro público para o setor privado. Isto é, no entanto, uma consequência direta da mudança de posicionamento operada ao longo das conferências: enquanto a primeira buscava abolir o setor privado em saúde, inclusive com a estatização e a monopolização da indústria farmacêutica, a partir da II CNSM passou-se a trabalhar com a ideia de convivência com o privado – ainda que o mesmo seguisse operando na mesma lógica anterior (a do lucro), as críticas realizadas pelas conferências diminuíram de tom, evidenciando um horizonte de possibilidades muito mais reduzido.

Em realidade, o que identificamos, em comparação com as outras conferências, é um processo duplo: enquanto há uma progressiva instrumentalização das propostas, no sentido de que passam a ser cada vez mais concretas e a tornam-se cada vez mais viáveis em sua implementação; por outro lado, o debate sobre a formação econômico-social brasileira vai mingando e as propostas de cunho anticapitalista, como as reformas estruturais, saem de cena. É um exemplo concreto da ideia de que “garantir o bom é melhor do que lutar pelo melhor”, que atingiu distintos movimentos sociais que passaram a ter como horizonte máximo a implementação de algumas políticas públicas, sem nunca questionar a própria lógica do Estado brasileiro ou do sistema capitalista.

Isso não significa, contudo, que exista um abismo entre a primeira e a quarta conferência ou, ainda, que as mesmas são antíteses uma da outra. Mas sim que as mesmas refletem, em seus processos, as transformações mais gerais ocorridas no Brasil e no mundo, ora sendo vanguarda de uma concepção revolucionária de saúde e pautando a luta contra o capitalismo, ora formulando e implementando reformas tão necessárias à população brasileira. O desafio para a saúde mental talvez seja, hoje, a reunião entre reforma e revolução.

organizacionais similares. Fazem parte do sistema S: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai); Serviço Social do Comércio (Sesc); Serviço Social da Indústria (Sesi); e Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (Senac). Existem ainda os seguintes: Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (Senar); Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (Sescoop); e Serviço Social de Transporte (Sest). Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/sistema-s>

8 UMA CRISE, UM GOLPE E OS REBATIMENTOS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Entre o fim da IV CNSM-I e os dias atuais, o Brasil vivenciou conjunturas políticas totalmente distintas. Naquele ano, o Partido dos Trabalhadores viria a emplacar mais uma reeleição, agora com uma nova candidata à Presidência, Dilma Rousseff. A primeira mulher eleita presidenta, apesar de todos os ataques da direita e da grande mídia²², derrotaria o tucano José Serra, ex-ministro da Saúde de FHC e, até licenciar-se para concorrer naquele ano, governador de São Paulo.

Rousseff, que fora Ministra da Casa Civil do governo Lula, foi uma candidata “surpresa”. Apesar da longa história de militância²³, que remonta à luta contra a ditadura militar, e do fato de ter ocupado diferentes cargos em governos de esquerda ou centro-esquerda, a mesma não estava na provável linha de sucessão presidencial. Em verdade, esta escolha só foi possível após o escândalo do Mensalão, responsável por desarticular todo o ‘primeiro escalão petista’ (MIGUEL, 2019).

A candidatura Dilma, contudo, trouxe outra novidade para o jogo político: a vice-presidência foi concedida ao PMDB, que indicou Michel Temer para o cargo. Nas eleições anteriores, o PMDB havia integrado as chapas de oposição e, só então, migrado para dentro do governo. De certa maneira, ocorreu uma manutenção radicalizada da tática escolhida pelo PT desde 2002: selecionar algum quadro que não tinha origem na luta popular, buscando expandir a base de apoio e ganhar as eleições. No caso da indicação de Temer, foi uma maneira de tentar garantir, além de mais tempo para a campanha de TV, governabilidade no Congresso.

De toda forma, mesmo após a vitória, os desafios para Dilma Rousseff e o Partido dos Trabalhadores seguiram. Na ausência de um projeto sólido de país, a oposição buscou aglutinar-

²² Em 2009, a Folha de São Paulo publicou, na primeira página de sua versão impressa, a informação de que a organização de Dilma Rousseff teria planejado o sequestro de Delfim Netto, ao lado de uma ficha policial *fake*, supostamente do arquivo do DOPS. O jornal, contudo, admitiu depois não ter encontrado a ficha no Arquivo Público de São Paulo, mas sim recebido a mesma por e-mail. A Casa Civil identificou, na época, que se tratava de um montagem recente, feita por um site que defendia a ditadura militar. Este é um dos exemplos de manipulação cometida pela grande imprensa brasileira contra Rousseff. Outro caso, desta vez para favorecer José Serra, diz respeito a “bolinha de papel que pesava dois quilos”: Serra, 11 dias antes das eleições de 2010, interrompeu uma caminhada no Rio de Janeiro alegando ter sido atingido por um objeto na cabeça: as imagens, depois, mostraram que se tratava de uma bolinha de papel, embora seu candidato à vice, Índio da Costa, insistisse em afirmar que o objeto pesava 2 kg. A grande imprensa noticiou o caso da bolinha com preocupação, a exemplo da seguinte reportagem do SBT: <https://www.youtube.com/watch?v=6aKt886xIPc>

²³ Após a ditadura, quando a mesma militou na Vanguarda Armada Revolucionária Palmares (VAR-Palmares), Rousseff participou da fundação do Partido Democrático Trabalhista, onde militou até 2001.

se a partir do objetivo de expandir o descontentamento e a rejeição para com o governo, em um jogo onde a prática era o vale-tudo, inclusive o apagar da história:

A aglutinação oposicionista busca juntar um enorme entulho de rejeição ao governo federal, ao presidente Lula, ao PT e a seus aliados. O objetivo é afoga-los nesse lixo. O lixo pode ser rotulado de corrupção, alianças espúrias (com velhos corruptos), incompetência, voluntarismo, autoritarismo, ingerência política em empresas estatais, enriquecimento ilícito, indicações políticas (e não técnicas) para cargos públicos, obras paralisadas, filas no SUS, desperdício de recursos públicos e possibilidade de racionamento de energia elétrica. É neste ziguezague que a aglutinação oposicionista busca espalhar rejeição para através de um candidato qualquer (Marina Silva ou Aécio Neves, por exemplo) tentar vencer as eleições presidenciais de 2014. Não importa o candidato, suas ideias, projetos etc. O que importa é interromper a história. Afinal, ela tem incomodado e muito. A aglutinação oposicionista está contrariada porque perdeu ganhos financeiros, perdeu o monopólio de decidir grandes questões nacionais, não têm livre acesso aos corredores do Palácio do Planalto... e perdeu controle sobre o futuro. Não aceitam civilizadamente o resultado das urnas: afinal, estudaram nas melhores escolas, em universidades americanas e falam duas ou três línguas. Seu destino não poderia ser a oposição. Eles não aceitam não ocupar posições de comando. Escolheram o caminho do vale-tudo (SICSÚ, 2013, p. 59-60).

Por outro lado, foi também durante os anos de governo Dilma que a crise internacional se fez sentir com mais força. As políticas anticíclicas adotadas pelo governo Lula passaram a se mostrar insuficientes e, quando Rousseff tentou medidas tidas como mais radicais, como a redução forçada da taxa de juros, a resposta da grande burguesia nacional não foi, como poderia ser, o aumento do investimento na produção, mas sim uma crítica em bloco a esta medida, visto que reduzia os lucros dos bancos. Ainda neste sentido, a queda do preço das *commodities* teve um impacto gritante na economia brasileira, que havia surfado durante quase uma década na alta das mesmas.

Soma-se, aos efeitos da crise e à atuação da oposição, outros dois elementos primordiais para compreendemos as disputas abertas após 2010. Por um lado, as decisões do governo. Por outro, a reação das classes sociais aos acontecimentos. Neste cenário, 2013 é sem dúvida um ponto de inflexão da situação política vivida, visto que demonstrou um grande afastamento do governo comandado pelo Partido dos Trabalhadores e sua própria base social e, de igual maneira, a existência de uma larga rede de *think tanks* de direita que, a partir deste ano e de seus acontecimentos, viria a influir diretamente na vida política nacional.

Das massivas manifestações contra o aumento da passagem e em defesa de um transporte público, gratuito e de qualidade; passou-se a uma verdadeira “geleia geral”, com uma variedade quase infinita de pautas, do “gigante que acordou” e que se pôs a queimar bandeiras de partidos de esquerda a expulsar militantes de movimentos sociais das manifestações. Esta mudança qualitativa ocorreu, por um lado, pela ação da grande mídia e da oposição de direita, que viu nas manifestações iniciais uma chance de desgastar o governo e insuflar a classe média.

Por outro lado, isto ocorreu devido a incapacidade do governo em responder às manifestações. Ao invés de abraçar suas pautas e buscar fazer avançar reformas que o mesmo historicamente defendeu, a exemplo da luta pela reforma urbana, o governo optou por ignorar as demandas por um longo período. Em realidade, a postura do governo federal e de outros governos petistas, principalmente antes do giro à direita das manifestações, foi a de sancionar a repressão, diversas vezes em coro com a oposição de direita²⁴. Como aponta Luis Felipe Miguel (2019):

[...] o governo Dilma Rousseff foi incapaz de encontrar sua posição neste novo cenário. Sua resposta às manifestações foi sempre ziguezagueante; quando a presidente se manifestou em rede nacional de televisão, em 17 de junho de 2013, propôs ‘cinco pactos’, uma mixórdia que incluía uma reforma política potencialmente democratizante, mas também aderiu ao receituário conservador da ‘responsabilidade fiscal’. Fora isso, promessas genéricas em favor da educação, saúde e mobilidade urbana. A preocupação da presidente e de seu círculo era reduzir os danos até as eleições presidenciais do ano seguinte – quando, se esperava, tudo voltaria à ‘normalidade’. A oposição de direita também viveu 2013 com os olhos postos em 2014. O desgaste da presidente, cujo os índices de ‘popularidade’ medidos por pesquisas de opinião caíram vertiginosamente, justificava a esperança de uma vitória nas eleições presidenciais. Em suma: toda a elite política tradicional, independentemente da coloração partidária, leu as manifestações pela chave do cálculo eleitoral (MIGUEL, 2019, p. 157-158).

Este ziguezaguear do governo, em realidade, era uma característica que já manifestava-se nos governos Lula, oriunda da tentativa de conciliar interesses contraditórios. Com relação às políticas de saúde mental, por exemplo, o governo Dilma será o responsável pela publicação da portaria 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma importante vitória para a reforma psiquiátrica. Por outro lado, este governo também abrigou defensores das Comunidades Terapêuticas (CTs), mecanismos de internação fortemente vinculados com as igrejas (especialmente as evangélicas), influentes ao ponto de incluí-las na RAPS. Um exemplo dessa influência das CTs e do setor fundamentalista que as alimenta, é a defesa promovida por Gleisi Hoffmann, à época ministra da Casa Civil, do financiamento público para as CTs.

Sobre isso, sintomática é a nota da Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos: pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política sobre Drogas (FNDDH), da qual fazem parte, entre outras entidades, o Conselho Federal de Psicologia, a Associação Brasileira de

²⁴ Fernando Haddad defendeu, reiteradas vezes, a manutenção do preço das passagens e só veio a aceitar reduzi-lo frente a permanência das manifestações. Fez o anúncio ao lado do governador tucano, Geraldo Alckmin, onde ambos afirmaram que desfazer o aumento iria implicar em diminuir a capacidade de investimento do governo. Outro exemplo é do governador do Rio Grande do Sul, Tarso Genro, que elogiou a ação da Brigada Militar, que “honrou a farda” ao reprimir as manifestações. Conforme pode ser visto em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2013/06/tarso-genro-elogia-atuacao-de-pms-em-novo-protesto-em-porto-alegre.html> e <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/06/19/sao-paulo-reduz-tarifa-apos-pessao-popular.htm>

Saúde Mental, Movimento Nacional de População de Rua e Conselho Federal de Serviço Social, justificando a exigência de renúncia da ministra:

Gleisi Hoffmann é aliada política do Pastor Marcos Feliciano, da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados, que se orgulha em afirmar a amizade entre ambos. A ministra é patrocinadora da perspectiva do “recolhimento social” dos miseráveis pela via das internações compulsórias. Gleisi Hoffmann é a madrinha do financiamento com dinheiro público das Comunidades Terapêuticas, em detrimento do SUS e do SUAS. Gleisi Hoffmann se posiciona como uma verdadeira inimiga da Reforma Psiquiátrica, do movimento antimanicomial e das suas conquistas! (FNDDH, 2013, online)

Estes fatos reforçam a justeza do diagnóstico apresentado por Vasconcelos (2010), anos antes, quando o mesmo afirma que

O lócus de enfrentamento que as forças políticas mais conservadoras no campo das políticas sociais estão mobilizando não está propriamente nas instâncias formais de controle social, onde certamente temos hegemonia, mas sim na mídia, no Congresso, no Ministério Público, e particularmente nas esferas do executivo municipal, estadual e, sem dúvida alguma, no governo federal. A grande aposta do conservadorismo hoje, em 2010, está nas eleições presidenciais, na possibilidade de vitória do candidato José Serra (VASCONCELOS, 2010, p. 18).

Táticas e procedimentos que seguiram os mesmos, de maneira ainda mais radical, nos anos seguintes e frente às eleições de 2014. A acirrada disputa entre Aécio Neves (PSDB) e Dilma Rousseff (PT), em um cenário de desgaste do governo petista, demonstrava que a opção tomada por Aécio, de mobilizar um discurso privatista e conservador de maneira mais intensa, poderia resultar na eleição da oposição. Diversos foram os instrumentos utilizados, inclusive com a publicação, dois dias antes do segundo turno, de uma “pauta-bomba” pela Revista Veja, que afirmava que Lula e Dilma sabiam das “tenebrosas transações” do chamado “Petrolão” – a capa da revista chegou a ser impressa em milhões de panfletos da campanha de Aécio.

Mesmo diante disto, contudo, Dilma foi reeleita. Aprofundar as mudanças e garantir os direitos dos trabalhadores venceu a ideia da autonomia do Banco Central e das privatizações, defendidas por Aécio. Depois de vencidas as eleições, porém, a tônica do discurso e a prática alteraram-se significativamente: antes mesmo da virada do ano, Dilma comprometeu-se com as políticas de ajuste fiscal – que tanto combateu nas eleições – e, através das Medidas Provisórias 664 (atingindo direitos previdenciários de pensionistas) e 665 (alterando, entre outras questões, o tempo mínimo de trabalho comprovado para ter acesso ao seguro desemprego, passando de 6 meses para 18).

Esta mudança de postura ocorreu em um cenário de avanço da direita, que já se rearticulava em nosso continente, e que via no Brasil um país chave para a retomada das

políticas conservadoras e neoliberais no continente. Em realidade, a postura adotada pela oposição foi de deslegitimar o resultado das urnas – como já previra Sicsú (2013) –, solicitando recontagem dos votos e atuando para impedir que Dilma governasse. O governo, frente esta situação, opta por recuar em suas pautas e por adotar o programa derrotado nas urnas.

Desta forma, nomeia Joaquim Levy, um verdadeiro *chicago boy*, para chefiar o Ministério da Fazenda. Essa inflexão, no entanto, não contenta a direita, que segue pressionando e chantageando um governo que se mostra fragilizado. É neste cenário que a figura de Eduardo Cunha ganhou destaque, especialmente quando o mesmo tornou-se Presidente da Câmara dos Deputados e assumiu o papel de articulador das pautas-bombas no Congresso. Como aponta Lowy (2016):

Podemos fazer muitas críticas a Dilma: ela não cumpriu as promessas de campanha e faz enormes concessões a banqueiros, industriais e latifundiários. Há um ano a esquerda política e social cobra uma mudança de política econômica e social. Mas a oligarquia de direito divino do Brasil – a elite capitalista financeira, industrial e agrícola – não se contenta mais com concessões: ela quer o poder todo. Não quer mais negociar, mas sim governar diretamente, com seus homens de confiança, e anular as poucas conquistas sociais dos últimos anos (LOWY, 2016, p. 64).

Assim, as concessões progressivamente aumentam a sede de poder da *oligarquia de direito divino*, bem como de seus homens de confiança; ao mesmo tempo em que desmobilizam a base social do governo, que se vê atacada pela presidenta que ajudaram a eleger. Tão sintomático é este conflito que a própria Central Única dos Trabalhadores (CUT) posicionou-se de maneira contrária às MPs e às políticas de ajuste fiscal e, inclusive, encampou o Fora Levy. Outro exemplo é da posição da Frente Brasil Popular, que reúne movimentos sociais e partidos de esquerda e que foi criada neste contexto, sendo responsável por articular a luta contra o golpe que se desenhava e, ao mesmo tempo, exigir mudanças na política econômica do governo.

A Política de Saúde Mental também foi alvo de retrocessos e concessões, na tentativa por parte do governo de deter o golpe (AMARANTE; NUNES, 2018). Em dezembro de 2015, o governo federal nomeou como coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, o psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, conhecido inimigo da reforma. Para além dos efeitos práticos da nomeação de alguém que não preza pelos princípios da reforma, este também é um símbolo marcante do avanço do conservadorismo e do zigzaguear do governo: Valencius foi diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, conhecida por ser o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina; o mesmo hospício dirigido pelo Ministro da Saúde do ditador Costa e Silva (1967-1969), o também psiquiatra Leonel Tavares Miranda de Albuquerque.

Em decorrência desta nomeação, o movimento antimanicomial ocupou as dependências da coordenação durante quatro meses, até decisão da justiça pela desocupação (AMARANTE; NUNES, 2018). Valencius só viria a ser destituído alguns dias antes do afastamento de Dilma Rousseff da Presidência da República, quando da abertura do processo de *impeachment* pela Câmara dos Deputados.

As manifestações verde-amarelas, a pressão dos banqueiros e grandes empresários, a instrumentalização do judiciário e do Ministério Público, a manipulação da mídia e o boicote por parte do Congresso foram os elementos que acabaram por possibilitar que o golpe acontecesse: o impeachment foi, assim, apenas o mecanismo escolhido para a efetivação do mesmo. Os objetivos do golpe, no entanto, só podem ser compreendidos se observarmos a história do capitalismo brasileiro. O que estava em jogo não era a legalidade (ou não) das pedaladas fiscais (suposto argumento utilizado para embasar o processo) – inclusive porque este mecanismo, além de ser largamente utilizado no Brasil, foi regulamentado no dia seguinte ao impeachment. O que ocorreu foi uma manifestação radical dos pilares de nosso capitalismo, sustentado na dependência externa, na democracia restrita e na desigualdade social.

O programa político que o golpe impõem é uma radicalização daquele proposto por Aécio em 2014, parcialmente adotado por Dilma (em uma tentativa de apaziguamento com a oposição) e sintetizado em dois documentos de antes do afastamento: a Agenda Brasil, sustentada pelo Presidente do Senado Renan Calheiros (PMDB), e o documento Uma Ponte Para o Futuro, da Fundação Ulysses Guimarães e do PMDB, veementemente defendido por Temer.

Este golpe, que utilizou-se das mais variadas ferramentas e mobilizou a população pelos mais distintos mecanismos, recorrendo inclusive à misoginia contra a Presidenta, provocou uma verdadeira avalanche neoliberal. Desmontando as políticas sociais e as limitadas conquistas da classe trabalhadora, enaltecendo o passado de ditadura militar e acirrando a divisão da sociedade brasileira. Foi neste cenário, que resultou no governo Temer, que ocorreu a formação de uma Articulação Nacional Pró-Encontro de Bauru, que contou com mais de 30 organizações e entidades em seu Coletivo Organizador, além de diversos apoiadores e promotores do evento. O evento produziu, além de um relatório final, uma carta intitulada *Encontro de Bauru: 30 anos de luta 'por uma sociedade sem manicômios'*, que conforma o sexto e último documento que analisaremos.

8.1 30 anos de Divulgação da Carta de Bauru

A carta produzida no *Encontro de Bauru: 30 anos de luta "por uma sociedade sem manicômios"*, foi publicada em dezembro de 2017 e inicia recordando que há 30 anos, naquele mesmo município, o movimento reunia-se e denunciava o papel de agentes da exclusão atribuído aos trabalhadores de saúde mental, ao passo que afirmava a defesa implacável dos direitos humanos e da cidadania dos chamados loucos. Relembra, ainda, que o movimento compreendia naquele momento que a luta por uma sociedade sem manicômios fazia parte de uma luta maior – por uma transformação social ampla e verdadeira. Neste sentido, afirmava que o manicômio era mais uma forma de opressão da sociedade. Na carta atual, considera-se que desde aquele momento uma escolha e uma direção foi tomada rumo a uma sociedade sem manicômios.

O cenário no qual se forjou a luta antimanicomial, bem como sua trajetória, é apresentado da seguinte maneira:

Movidos pela alegre energia de um tempo tão fecundo, quando a democracia brasileira se afirmava nos movimentos e nas ruas, seguimos fielmente o rumo desejado. Tomando a palavra, as pessoas em sofrimento psíquico defenderam seu direito de viver, trabalhar, conviver e criar nos espaços das cidades; organizados em movimento social, trabalhadores, estudantes, usuários e familiares sustentam unidos, desde então, a Luta Antimanicomial (CARTA DE BAURU, 2017, online).

Consideram-se incansáveis na luta que se apresentava. Como exemplo disso, a carta traz a construção do projeto de lei antimanicomial e o trabalho por sua aprovação no Congresso Nacional, a construção das quatro conferências nacionais e a elaboração da Política Nacional de Saúde Mental, feitos em meio ao processo de implementação do SUS. Além disso, destacam a garantia da ampla mobilização social: “realizamos marchas, manifestações, passeatas, ofertando à sociedade brasileira o alegre sabor da liberdade ainda que tam tam” (CARTA DE BAURU, 2017, online).

Destacam-se outras características e acontecimentos marcantes da luta antimanicomial, tais como a desconstrução do modelo asilar – que resultou na redução de leitos em hospitais psiquiátricos e na reorientação para um cuidado em liberdade nos territórios o que, por sua vez, inaugurou uma série de “novos serviços e redes, arranjos e experiências, que gritam com voz forte a potência deste cuidado” (CARTA DE BAURU, 2017, online). O combate cotidiano ao manicômio em suas diversas formas, a luta pelo direito a vida, a transformação da atenção pública em saúde mental e no cuidado às pessoas em uso de álcool e outras drogas, na

perspectiva da redução de danos – estas são marcadas da luta antimanicomial. Além disso, o enfrentamento à medicalização das crianças e à criminalização dos jovens, na perspectiva do cuidado sem controle, é uma pauta apresentada. Destaca-se, com relação a isso, a presença neste encontro, de crianças e jovens, junto de seus familiares, demonstrando a importância da continuidade de políticas públicas intersetoriais específicas.

O documento expõe que, apesar dos avanços duramente conquistados nos últimos 30 anos, a sociedade vem se tornando cada vez mais desigual:

[...] o mundo viveu a globalização e a hegemonia da ideologia neoliberal, produzindo uma gritante desigualdade: 1% da população mundial tem mais riquezas que os outros 99%. Isto conduziu a uma ruptura do pacto civilizatório contido na Declaração Universal dos Direitos Humanos: quando os interesses do capital tudo dominam, não há direito que se respeite nem vida que tenha valor (CARTA DE BAURU, 2017, online).

Quanto a situação do país e da saúde nacionalmente, apresenta:

No Brasil, um processo de redução das desigualdades sociais, iniciado nos anos 2000, foi brutalmente interrompido pelo golpe de 2016; golpe que resultou, dentre tantos outros efeitos deletérios, na ampliação do processo vigente de privatização e na redução de recursos para as políticas públicas sociais, como moradia, transporte, previdência, educação, trabalho e renda e saúde. Vivemos um violento ataque ao SUS, com a diminuição do financiamento e a desfiguração de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. Nossa democracia, ferida, vive hoje sob constante e forte ameaça. Precisamos fortalecer a luta por um processo de educação permanente, por nenhum serviço a menos, nenhum trabalhador a menos e nenhum direito a menos (CARTA DE BAURU, 2017, online).

Frente a esta situação (marcada pelo avanço do conservadorismo, das políticas neoliberais e da fragilização de nossa democracia), é preciso articular a luta antimanicomial com os movimentos sociais – onde destacam-se os movimentos feministas, o movimento negro, LGBTTQI, movimento da população de rua, por trabalho, moradia, indígena – com o objetivo de construir lutas conjuntas. Para “lutar contra tudo aquilo que é intolerável para a dignidade das pessoas e nefasto para o seu convívio enquanto iguais: a exploração e a ganância, o manicômio e a tortura, o autoritarismo e o Estado de exceção” (CARTA DE BAURU, 2017, online), será preciso reafirmar e radicalizar o horizonte das lutas, lutando por uma sociedade sem manicômios que é, para o documento, necessariamente democrática, socialista e anticapitalista!

Quadro 7. Análise da Carta de Bauru – 30 anos

Questão analisada	Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
-------------------	---------------------	---------------------------	-------------------

<p>Contexto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Golpe de 2016 • Fragilização da democracia • Avanço do conservadorismo • Avanço da globalização e da ideologia neoliberal • Conquistas ameaçadas • Aumento da desigualdade no mundo • Genocídio e criminalização da juventude negra • Ruptura do pacto civilizatório • Criminalização dos movimentos sociais • Possibilidades organizativas • 30 Anos da Carta de Bauru 	<p>Golpe de 2016</p> <p>Fragilidade da democracia</p> <p>Conquista ameaçadas</p> <p>Possibilidades organizativas</p>	<p>Golpe de 2016</p>
<p>Atores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2.000 participantes • Associação ANIMA – Saúde Mental, SP • Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Psicologia – ABEP • Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME • Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional - ABRAPEE • Associação Mente Ativa de Familiares e Usuários de São Bernardo do Campo, SP – AMAT • Associação de Terapia Ocupacional do 	<ul style="list-style-type: none"> • Associações • Centrais • Coletivos • Conselhos de categoria • Federações • Fóruns • Frentes • Instituições de Ensino e Pesquisa • Sindicatos • ONG's • Movimentos Sociais • Gestão Municipal 	<p>Sociedade Civil</p>

	<p>Estado de São Paulo - ATOESP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários – UNISOL • Coletivo Craco Resiste - SP • Coletivo Pró Frente Rio – RJ • Coletivo Saci - São Paulo, SP • Conselho Federal de Psicologia • Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais • Conselho Regional de Psicologia de São Paulo • Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia - CFP • Coral Cênico Cidadãos Cantantes - São Paulo, SP • Federação Nacional dos Psicólogos • Fórum Gaúcho de Saúde Mental – FGSM • Fórum Goiano de Saúde Mental – FGSM • Fórum Mineiro de Saúde Mental – FMSM • Fórum Paulista da Luta Antimanicomial – FPLAM • Fórum Permanente Intersetorial de Saúde Mental de Bauru- Bauru, SP – FPISMB • Fórum Popular de Saúde Mental do ABCDMRR - FPSM ABCDMRR 		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo - FEASP • Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz • Instituto Silvia Lane - SP • Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social - São Paulo, SP - LAPSO – USP • Movimento Nacional da Luta Antimanicomial - MNLA • Movimento Nacional de Direitos Humanos - MNDH • Núcleo Libertando Subjetividades - Pernambuco • ONG Sã Consciência - SP • Rede Nacional Internucleos da luta Antimanicomial - RENILA • Rede de Saúde Mental de Economia Solidária – ECOSOL • Sindicato dos Psicólogos de São Paulo – SP • Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME • Conselho Regional de Psicologia de Paraíba • Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz • Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI 		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Sindicato dos Psicólogos de São Paulo • Prefeitura Municipal de Bauru/Secretaria Municipal de Saúde • Universidade Sagrado Coração de Bauru - USC 		
Bandeiras	<ul style="list-style-type: none"> • Sociedade sem manicômios • Defesa dos Direitos Humanos e da Cidadania • Consolidação dos avanços conquistados nos últimos anos • Cuidado da adolescência e da infância em liberdade • Luta contra o Estado de exceção • Combate ao autoritarismo, à exploração e à ganância • Combate a todas as formas de manicômio • Defesa da diversidade sexual e de gênero • Defesa das pautas feministas e da igualdade racial • Contra o genocídio e a criminalização da juventude negra • Contra a redução da maioria penal • Contra a intolerância religiosa • Vida como valor fundamental • Democracia • Socialismo • Anticapitalismo 	<p>Sociedade sem manicômios</p> <p>Luta contra Estado de Exceção</p> <p>Combate ao autoritarismo, à exploração e à ganância</p> <p>Consolidação dos avanços conquistados nos últimos anos</p> <p>Democracia</p> <p>Socialismo</p>	Sociedade sem manicômios
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Expansão e radicalização do horizonte das lutas • Solidariedade 	<p>Expansão e radicalização do horizonte das lutas</p>	Socialismo

	<ul style="list-style-type: none"> • Luta conjunta com outros movimentos sociais • Luta pela democracia e pelo socialismo 	e luta pelo socialismo	
--	---	------------------------	--

Fonte: Carta de Bauru – 30 anos.

Elaboração: síntese da autora.

8.2 Análise - 30 anos de Divulgação da Carta de Bauru

Este encontro aconteceu em um momento conturbado da política nacional. O avanço das políticas neoliberais, o impeachment de Dilma Rousseff e a consumação do golpe com o governo Temer são os acontecimentos que deram a tônica do encontro. Em realidade, foi este conjunto de fatos que impulsionou este encontro que reuniu cerca de duas mil pessoas, de diversas regiões do país, e articulou os mais variados coletivos, movimentos sociais e organizações da luta antimanicomial.

Pela quantidade de atores mobilizados, fica nítida a importância do evento, que acabou cumprindo, de certa forma, com um dos papéis atribuídos às conferências nacionais de saúde mental, a saber: de reunir os militantes para pensar a política de saúde e a conjuntura do momento. Se o estipulado pela IV CNSM-I fosse respeitado, em 2014 deveria ter ocorrido a quinta conferência. Os acontecimentos da conjuntura e as decisões do governo parecem ter sido, neste sentido, os fatores que inviabilizaram-na.

Esse evento, contudo, demonstra a força que a luta antimanicomial possui. Frente a um cenário de golpe, de esvaziamento dos espaços democráticos, de desmonte das políticas sociais e de avanço do conservadorismo, a realização deste encontro coloca o movimento da reforma psiquiátrica na vanguarda das lutas populares – visto que reunir, refletir e deliberar sobre estes temas exige grande empenho, ainda mais em cenários regressivos, onde mesmo movimentos sociais com maior unidade interna tiveram dificuldades para reunir-se.

O governo Temer (PMDB) – apesar de ter estado, ao menos aparentemente, perto de cair – demonstrou possuir força suficiente para aprovar medidas regressivas, reprimir as manifestações pelo *Fora Temer* e consolidar a implementação da agenda neoliberal. Nem a prisão de Eduardo Cunha, seu companheiro de partido e principal articulador do impeachment;

nem as gravações de Romero Jucá (PMDB), onde o mesmo afirma que o golpe foi para estancar a sangria gerada pela Lava Jato; nem as gravações de Joesley Batista, onde Temer aparecia incentivando a compra do silêncio de Cunha; nem as malas com mais de 50 milhões de reais, sem origem declarada, encontradas no apartamento de Geddel (PMDB) e muito menos o fato do governo Temer ter sido o com a menor taxa de aprovação de toda a história da Nova República foi suficiente para derrubá-lo.

Durante seus quase dois anos de governo, Temer emplacou medidas que merecem atenção. A primeira delas diz respeito à Emenda Constitucional 95, oriunda da chamada PEC do Teto dos Gastos Públicos – ou, como os movimentos sociais a caracterizaram, a PEC da Morte. Estabelecendo um novo regime fiscal que congela as despesas primárias até 2036, esta emenda acabou por constitucionalizar uma perspectiva neoliberal que significa, na prática, o enxugamento do Estado na área social, a expansão das políticas privatistas, fazendo crescer a precarização social do trabalho e a miséria. Neste sentido, tende a agravar problemas já existentes (como o subfinanciamento da saúde em geral e da saúde mental em específico), além de proceder com o desmonte de políticas públicas importantíssimas, gerando novas dificuldades.

Ainda em 2017, Temer aprovou a reforma trabalhista e a lei das terceirizações, que regulamentou a possibilidade de terceirizar atividades-fim. Prometendo geração de empregos, entregou apenas um aprofundamento de diversas dimensões da precarização social do trabalho, que podem ser definidas a partir de seis pontos, como aponta Druck (2016, p. 16-17):

1) as formas de mercantilização da força de trabalho (o mercado de trabalho); 2) os padrões de gestão e organização do trabalho; 3) as condições de (in)segurança e saúde no trabalho; 4) o isolamento e a perda de enraizamento e de vínculos resultantes da descartabilidade, da desvalorização e da discriminação, afetando decisivamente a solidariedade de classe; 5) o enfraquecimento da organização sindical e das formas de luta e representação dos trabalhadores; e, por fim, 6) a ‘crise’ do direito do trabalho motivada pela ofensiva patronal, que questiona a sua tradição e existência, expressa hoje nos ataques à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

E, mais especificamente com relação a terceirização, como a autora observa:

A terceirização é um fenômeno que incorpora e sintetiza essas seis dimensões da precarização social do trabalho no país, pois invariavelmente ela coincide com posições mais precárias de inserção no mercado de trabalho; apresenta as piores condições de trabalho e salariais, e os mais altos índices de acidentes de trabalho; contribui decisivamente para aumentar a heterogeneidade e a fragmentação da classe trabalhadora e para a pulverização dos sindicatos; e está no centro da disputa do patronato com o Estado regulador, que busca anular a ação das instituições do direito do trabalho e do seu papel protetivo dos trabalhadores na relação capital-trabalho (DRUCK, 2016, p. 17).

Outra medida que merece destaque diz respeito às modificações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), realizada em setembro de 2017, sendo responsável por reduzir o número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, caindo de quatro para apenas um, além de modificar suas atribuições e de extinguir a necessidade da garantia de 100% de cobertura, focalizando o atendimento nas áreas mais vulneráveis. Reforça, neste sentido, o que Pinto (2017) chama de modelo tradicional, centrado na doença, na uniprofissionalidade e no hospitalocentrismo – oposto ao que fora superado pela Estratégia de Saúde da Família.

Desta forma, como afirmamos em trabalho anterior:

Reduzindo equipes, carga horária e recursos da atenção básica, estes governos neoliberais, não só fomentam uma lógica conservadora de atenção à saúde, como também ampliam a dificuldade já existente de um cuidado em saúde mental de bases territoriais. As mudanças da PNAB demonstram claramente um desinvestimento nas ações em território, o que constitui, em última instância, uma alteração do modelo até então preconizado no Brasil (AGUIAR, 2018, p. 12-13).

A Rede de Atenção Psicossocial também sofre ataques. Além de promover alterações sem partir das deliberações das instâncias de controle social, o governo Temer, através da portaria 3588/2017, incluiu os hospitais psiquiátricos como parte da RAPS, acabando na prática com a extinção progressiva dos mesmos e passando a destinar ainda mais dinheiro público para o parque manicomial, inclusive com aumento no valor das diárias pagas à internação. Fortalecendo também, neste movimento, o financiamento das comunidades terapêuticas – ao mesmo tempo em que reduziu o cadastramento de novos CAPS

Outra medida diz respeito a alteração das regras de financiamento do SUS. Sob o discurso de garantir maior autonomia para as gestões municipais, em 2017, passaram a existir apenas dois blocos de financiamento, um para investimento e outro para custeio (MELO et al, 2018). Essa medida permite que a verba destinada à saúde seja utilizada, em certas situações, a partir de cálculos puramente eleitorais, onde a gestão pode optar por depositar todo o financiamento na compra de ambulâncias ou no pagamento de leitos hospitalares, reforçando a lógica tradicional e possibilitando um desfinanciamento de setores estratégicos à efetivação da reforma.

O governo ainda procedeu com o desmonte da Programa Farmácia Popular, fechando mais de 400 farmácias públicas e desabastecendo farmácias privadas conveniadas, deixando de

atender a 7 milhões de brasileiros em dois anos²⁵. Articulou, também, a proposta de criação do chamado “Plano de Saúde Popular”, paralelo ao SUS, sob pronunciamentos do ministro da saúde que declarava, na época, ser ministro da saúde e não do SUS²⁶.

Além destas questões, o governo Temer colocou em prática uma verdadeira aproximação entre o Ministério da Saúde e o setor privado, a iniciar pela nomeação de Ricardo Barros. Barros, além de não ter relação nenhuma com a área da Saúde (a excetuar o fato de ter tido campanhas políticas financiadas pelo Grupo Aliança, administrador de planos de saúde), passou a reunir-se constantemente com o setor privado, inclusive organizando um grupo de Whatsapp com médicos do Hospital Sírio Libanês e do Hospital Albert Einstein para pensar medidas futuras (SOARES, 2018).

Neste cenário, parece-nos de grande importância a realização deste encontro, bem como corretas as análises e propostas sustentadas. Se é verdade que são “as lutas de resistência dos trabalhadores, que colocaram limites à acumulação, redefinindo e implementando direitos sociais e trabalhistas, assim como aceitação e legitimação, pela sociedade e pelo Estado, da proteção social como um direito a ser garantido” (DRUCK, 2011, p. 41); também é verdade que essa mesma classe é capaz de ir além, transformando a ordem vigente e superando este sistema que orienta-se apenas pelo lucro. Assim, estamos de acordo com a compreensão de que: a defesa de uma sociedade sem manicômios e de suas reproduções, passa necessariamente pela defesa da democracia, da organização da classe trabalhadora, da superação do capitalismo e da luta pelo socialismo.

8.3 Faces de um projeto de barbárie

A vitória de Jair Bolsonaro, nesta conjuntura, significou a continuidade e o aprofundamento do golpe. Não só porque foram, apesar das divergências e disputas internas, as mesmas forças políticas e sociais que patrocinaram o golpe e elegeram Bolsonaro; mas sim porque o governo Bolsonaro significa uma radicalização do programa ultraliberal,

²⁵ Repórter Brasil: “Com menos recursos e sem coordenador, Farmácia Popular deixa de atender 7 milhões em 2 anos”, disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2019/04/com-menos-recursos-e-sem-coordenador-farmacia-popular-deixa-de-atender-7-milhoes-em-2-anos/>

²⁶ Jornal NEXO, “Como é a proposta do plano de saúde popular e quais as críticas a ela”. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2016/12/21/Como-%C3%A9-a-proposta-do-plano-de-sa%C3%BAde-popular-e-quais-as-cr%C3%ADticas-a-ela>

extremamente propagado desde 2014, quando da campanha eleitoral de Aécio Neves, passando pela adoção envergonhada das políticas de ajuste fiscal pelo governo Dilma e caminhando, com o governo Temer, pela *ponte para o futuro*. Em outras palavras, se o impeachment foi o instrumento escolhido pela burguesia para destituir Dilma e governar diretamente, através de seus homens de confiança (LOWY, 2016), a escolha por Bolsonaro foi uma consequência do próprio processo de ruptura do pacto democrático.

Apesar de Bolsonaro não ser exatamente um grande operador da política burguesa, o mesmo converteu-se na alternativa mais segura para impedir a volta do Partido dos Trabalhadores à Presidência. Para isso, ocorreram duas movimentações que são dignas de nota: 1. A adoção, por parte de Bolsonaro, de um discurso cada vez mais neoliberal e conservador, buscando apoio na grande burguesia e mobilização do antipetismo existente; 2. A megaoperação realizada, por diversos setores do Estado e da sociedade brasileira, para impedir que Luiz Inácio Lula da Silva fosse candidato, utilizando-se das mais diversas artimanhas e golpes.

Com relação ao primeiro ponto, cabe destacar a importância da aliança de Bolsonaro com a chamada bancada da Bíblia e com diversas igrejas fundamentalistas, levando o mesmo a ser, inclusive, batizado no Rio Jordão, em Israel, pelo ex-candidato à Presidência em 2014, o Pastor Everaldo. Ademais, a aproximação de Bolsonaro com o discurso liberal e o anúncio de Paulo Guedes como seu futuro ministro também desempenhou importante papel, visto que Guedes, além de ser um *chicago boy*, havia feito carreira trabalhando no Chile de Pinochet, outra figura que articulou anticomunismo, conservadorismo e neoliberalismo. Por fim, cabe destacar a articulação internacional que auxiliou Bolsonaro a vencer as eleições, inclusive com apoio de figuras como Steve Bannon, coordenador da campanha de Trump e apontado por muitos como o pai das *fake news*.

A prisão e o impedimento de Lula concorrer, por outro lado, também foram indispensáveis para a vitória de Bolsonaro. Desde o início do processo de impeachment de Dilma, havia ficado nítido que a direita brasileira faria de tudo para impedir que Lula ou qualquer candidato de esquerda ou centro-esquerda triunfasse. Em realidade, como aponta Miguel (2019):

Em vários momentos, a atuação do juiz Sérgio Moro se mostrou claramente casada com o cronograma da derrubada da presidente, culminando na divulgação do áudio de uma escuta telefônica ilegal, com uma conversa entre Dilma e Lula. Embora o juiz tenha sido obrigado a um pedido de desculpas e ao reconhecimento de que a divulgação da conversa fora 'equivocada', continuou chefiando a operação [Lava

Jato]. Após o golpe, ele continuou pautando sua ação pela necessidade de impedir uma nova vitória do PT. Lula foi condenado em prazo recorde, a fim de garantir sua inelegibilidade, com sentença fragilíssima que lhe atribui ‘atos indeterminados’. A divulgação de trechos da delação de Antonio Palocci, em plena campanha eleitoral de 2018, e o brutal esforço para impedir a liberação do ex-presidente são outros exemplos cristalinos. Convidado por Jair Bolsonaro ainda durante a campanha, tornou-se Ministro da Justiça do governo da extrema-direita, o que serve de comprovação final, se alguma comprovação ainda fosse necessária, da motivação política de suas ações. Em junho de 2019, a divulgação de conversas privadas mantidas ao longo de toda a investigação e julgamento entre Moro e integrantes do Ministério Público pelo site jornalístico The Intercept Brasil, demonstrou que o juiz agia em parceria com a acusação, ferindo o princípio mais elementar do processo penal, e que a decisão de condenar Lula antecedia o exame das provas. A Lava Jato foi – ou ao menos incluiu – uma conspiração contra a democracia no Brasil (MIGUEL, 2019, p. 172-173).

Dessa forma, a Lava Jato, em 2018, seguiu influenciando nos rumos da política nacional e interferindo nas eleições. Para além da operação, a campanha massiva de *fake news*, através de financiamento empresarial ilegal, e da militância conservadora, fortemente mobilizada pelo discurso de ódio propagado por Bolsonaro e naturalizado pela grande imprensa. A burguesia, quando viu naufragar a tentativa Tucana, com o fracasso da candidatura de Geraldo Alckmin, se viu obrigada a escolher entre a extrema-direita de Bolsonaro e a conciliação petista, encarnada fortemente por Fernando Haddad nas eleições, quando o mesmo buscou a todo momento sinalizar para o grande empresariado e mesmo para os ávidos defensores da Lava Jato, tecendo elogios à operação e ao juiz Sérgio Moro²⁷.

A burguesia, nesta situação, optou em bloco por apoiar a candidatura com nítidos contornos fascistas (MIGUEL, 2019). Uma vez eleito, Bolsonaro manteve a mesma linha. Encerrou sua campanha falando em *varrer os vermelhos do país* e iniciou seu mandato prometendo *libertar o Brasil do socialismo, do gigantismo estatal e do politicamente correto*. Dessa forma, o presidente contribuiu ativamente para a manutenção da polarização política e para a normalização de situações de violência, a exemplo dos assassinatos políticos que ocorreram no contexto da eleição – onde não poderíamos deixar de citar o assassinato do Mestre Moa do Katendê e da vereadora carioca Marielle Franco²⁸.

Este governo, eleito sob o signo do autoritarismo e do neoliberalismo, também tem incidido diretamente nas políticas de saúde, em geral, e nas políticas de saúde mental, em

²⁷ FOLHA DE SÃO PAULO. “Haddad diz que juiz Sergio Moro fez bom trabalho na Lava Jato”, disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/10/haddad-diz-que-juiz-sergio-moro-fez-bom-trabalho-na-lava-jato.shtml>

²⁸ Mestre Moa foi assassinado, no dia do primeiro turno das eleições de 2018, por um eleitor bolsonarista. Marielle Franco foi assassinada em março de 2018, à época, Bolsonaro foi o único candidato a não se pronunciar. Sua assessoria informou que sua opinião seria “polêmica demais”. Hoje, em 2020, sabe-se que o assassinato da vereadora tem relação com as milícias e que a família Bolsonaro era próxima dos assassinos, que frequentavam o mesmo condomínio onde o presidente mora.

específico. A partir do programa já apresentado por Temer para a área, Bolsonaro deu seguimento às tentativas de contrarreforma psiquiátrica. Logo nos primeiros meses, o governo Bolsonaro, a partir do Ministério da Saúde, lançou a Nota Técnica nº 11/2019 onde, além de estimular o uso da eletroconvulsoterapia (cujos os aparelhos passariam a ser alvo de compra por parte do Ministério), aposta na abstinência como estratégia (em contraposição à estratégia de redução de danos), afirma o hospitalocentrismo (inclusive com o estabelecimento de duas novas modalidades para a saúde mental), fortalece as comunidades terapêuticas enquanto dispositivo da rede e atua pela fragilização das ações territoriais.

O Decreto nº 9.761, publicado em abril, além de extinguir a Política Nacional de Redução de Danos, estabeleceu as comunidades terapêuticas como principal mecanismo da nova Política Nacional Sobre Drogas, defendendo que o governo deve estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o trabalho das comunidades terapêuticas, bem como a sua estruturação física. Neste sentido, cabe destacar que:

As comunidades terapêuticas são instituições privadas, sistematicamente denunciadas e fiscalizadas em razão de situações de maus tratos, práticas de violência e violações de direitos humanos. Reproduzem o modelo manicomial com estruturas muitas vezes ainda mais precárias e perversas, enraizadas em um pressuposto de que a pessoa em sofrimento psíquico carrega falhas morais e de caráter que precisam ser corrigidas através da espiritualidade e religião (CRP-SP, 2019, online).

Ainda em 2019, no mês de junho, Bolsonaro sancionou a Lei nº 13.840, autorizando a internação compulsória de pessoas em uso de álcool e outras drogas – o que, além de contrariar os princípios da reforma, acaba por expandir as “possibilidades de mercado” abertas para as comunidades terapêuticas.

Devemos ressaltar, ainda, que isso não significa apenas o início do financiamento de práticas combatidas pela reforma, mas também o deslocamento de recursos da atenção psicossocial para o parque manicomial – afinal, pelas imposições da EC 95, não haverá aumento do investimento para além da inflação.

Todas estas mudanças acabam por remontar ao período da ditadura militar, quando da chamada indústria da loucura. As medidas não passaram por discussão nas instâncias de controle social do SUS e não foram realizadas a partir de qualquer evidência científica ou mesmo de “racionalização dos gastos”, como frequentemente o governo afirma. Não só os manicômios e suas representações “modernas”, como as comunidades terapêuticas, são espaços de frequentes denúncias de violação dos direitos humanos, como os mesmos são mais caros e muito mais ineficazes. Realidade que desmascara o discurso da “boa gestão” neoliberal.

A *ponte para o futuro* tem se convertido, dia após dia, em uma ponte para a barbárie. Diante desta situação, a burguesia e seus *homens de confiança* já tomaram partido e dizem em alto e bom som que a luta terminou. Mas nós dizemos, como o poeta alemão Bertolt Brecht: ela apenas começou.

9 CONCLUSÕES

*Quem tem consciência para ter coragem
 Quem tem a força de saber que existe
 E no centro da própria engrenagem
 Inventa a contra-mola que resiste
 Quem não vacila mesmo derrotado
 Quem já perdido nunca desespera
 E envolto em tempestade decepado
 Entre os dentes segura a primavera
 Secos e Molhados*

Sem dúvidas, a Reforma Psiquiátrica brasileira é um dos processos mais importantes e mais bonitos da história recente do país. Não só pelas mudanças estruturais que a mesma produziu, contestando a lógica manicomial, reproduzida desde a colonização. Não apenas pelo conjunto de mudanças legais que a mesma engendrou. Mas, sobretudo, porque buscou construir um outro lugar social para a loucura, transformando radicalmente a vida das pessoas com sofrimento psíquico. Foi este processo, oriundo da luta dos movimentos sociais, que possibilitou que aqueles e aquelas, antes secundários, quando submetidos ao manicômio, passassem a ocupar o protagonismo e a centralidade da elaboração e efetivação do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país.

Ademais, foi este processo que abriu a possibilidade para que os trabalhadores da saúde mental deixassem de cumprir o papel de “classificação e exclusão dos ‘incapacitados’ para a produção e, portanto, para o convívio social em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista” (I CNSM, 1988 [1987], p. 12). Foi a partir da Reforma que a atenção psicossocial de bases territoriais passou a ser preconizada, inaugurando uma nova forma de cuidado com pressupostos éticos-políticos baseados na autonomia, na horizontalidade e na democracia.

No início de nossa pesquisa, possuíamos como um dos objetivos analisar não só a Reforma, mas também as organizações e os movimentos sociais antimanicomiais. Afinal, foram estes os atores que possibilitaram vislumbrar a articulação entre a ação política e a subjetividade, entre as interfaces da vida pública e da vida privada, entre as verticalidades e manicômios que se reproduziam dentro e fora das sólidas estruturas hospitalares. Estes movimentos, formados de maneira tão plural – reunindo usuários, familiares, trabalhadores, estudantes, gestores etc. – em um permanente exercício de crítica e autocrítica, todavia, se mostraram muito mais complexos e dinâmicos, sendo impossível abordar estes apenas a partir dos documentos que selecionamos. Por isso, optamos por focar nossa análise na Reforma e

estudar a luta antimanicomial apenas em seus aspectos mais diretamente relacionados com a mesma.

Todavia, devemos destacar que o movimento antimanicomial precisa ser cada vez mais estudado – não só pela sua importância no passado recente, mas pelas contribuições que o mesmo ainda constrói, dia a dia, na luta por uma sociedade sem manicômios. Os estudos sobre os movimentos sociais nascidos no processo de luta pela redemocratização, em geral, ignoram ou dão pouca importância à luta antimanicomial – fato que dificulta a análise do processo da reforma, visto que seu principal ator (o movimento antimanicomial) tende a ser minimizado na bibliografia sobre o tema. Nasce desta minimização, em nossa opinião, a ocultação da reforma psiquiátrica enquanto uma reforma estrutural que nasceu e efetivou-se, ainda que parcialmente, em decorrência de uma grande mobilização popular.

Neste sentido, ainda devemos destacar que, no decorrer da pesquisa, diversos foram os momentos em que buscamos documentos e não pudemos acessá-los, por estarem em sites que já não existem ou por nunca terem sido disponibilizados online. Parece-nos cada vez mais necessária a criação de um grande banco de dados, que disponibilize ao público as produções políticas e técnicas da Reforma Psiquiátrica e do movimento antimanicomial, reunindo resoluções, obras de arte, material audiovisual, relatos de experiência, documentos, cartas, manifestos etc. a fim de possibilitar pesquisas futuras e a preservação da memória da luta.

Pesquisar a luta antimanicomial e a Reforma, bem como democratizar o acesso às produções sobre o tema, é um dos passos necessários para que possamos enfrentar a contrarreforma em curso. Se é verdade que a Reforma nasceu e desenvolveu-se sob influência das condições gerais da luta da classe trabalhadora no Brasil, acompanhando seus fluxos e refluxos, é também verdade que a mesma foi, muitas vezes, *a contra-mola que resiste*. Se esta é uma Reforma ainda inconclusa, também é verdade que seus defensores não hesitam em *segurar a primavera com os dentes*.

Por isso, neste cenário, cabe lembrar uma reflexão de Atilio Boron, escrita ainda no início dos anos 2000, afirmando que

[...] mesmo aquilo que é possível requer a paixão da utopia para a sua concretização. O possível "não está aí", mas é uma construção social de homens e mulheres postos em tensão na busca de um ideal. Somente o reformismo mais radical pode ser 'realista' na América Latina (BORON, 2003, p. 205, tradução nossa).

Boron estava refletindo sobre as possibilidades da esquerda na América Latina, no início do milênio. Visto de hoje, quando vivemos um momento de esgotamento dos governos

comumente chamados de progressistas, parece-nos acertada sua compreensão de que somente uma esquerda radical poderia implementar reformas e garantir sua permanência. Ou seja, apenas aqueles que possuíssem como horizonte a revolução poderiam criar as condições políticas necessárias para, mesmo em um momento de defensiva estratégica, fazer avançar reformas que melhorassem as condições de vida da população. Por outro lado, aqueles que buscassem as reformas como fim, por partirem de um horizonte mais curto, dificilmente lograriam implementar e defender as mesmas.

No caso brasileiro, os movimentos sociais e a esquerda política e social passaram, inegavelmente, por um encurtamento do horizonte. Ao compararmos o deliberado pela I CNSM com os relatórios das conferências seguintes, este recuo aparece nitidamente: enquanto a primeira inseria a luta antimanicomial no bojo da luta de classes e primava pelo fim do capitalismo, as seguintes passam a considerar o capitalismo como um sistema intransponível, embora passível de reformas que pudessem melhorar a situação das pessoas em sofrimento psíquico e da população em geral.

Esta mudança na leitura, devemos ressaltar, não ocorreu por uma “traição” dos militantes para com os princípios da reforma ou para com a luta por um mundo melhor. É sintoma do refluxo das lutas sociais vivido no período dos anos 1990 e, depois, do processo de vitórias de uma esquerda que, optando pela conciliação, garantiu a expansão de direitos e a melhoria das condições de vida do povo brasileiro; ao passo que jamais enfrentou, diretamente, os grandes monopólios que controlam a economia brasileira e o aparato de Estado.

Ainda que diversas vezes os documentos da reforma sejam abordados de maneira desligada das estruturas políticas e sociais ou, ainda mais recorrentemente, desvinculados da produção e reprodução da vida, devemos destacar que para compreender o processo da Reforma é preciso considerar a totalidade social que a condiciona. Neste sentido, ao analisarmos as quatro conferências, fica notório que a conjuntura política e econômica importa: não só pelos impactos mais evidentes, através das ações e inações de determinado governo para com a política ou pelas posições dos movimentos sociais. Mas porque a história da Reforma Psiquiátrica é, em realidade, uma faceta da história da luta de classes no Brasil.

Neste sentido, um ótimo sinal é a retomada de uma concepção revolucionária de saúde expressa pela Carta de Bauru, publicada em 2017, onde ocorre uma síntese entre os avanços práticos que a Reforma conquistou nas últimas décadas e as perspectivas mais radicalizadas que marcaram o início da luta antimanicomial. As posições expostas no documento, ao lado de sua

defesa do socialismo, põem em movimento a antiga consigna dos revolucionários e revolucionárias socialistas, sintetizada por Rosa Luxemburgo: socialismo ou barbárie.

Não poderíamos deixar de dizer que esta pesquisa foi movida por grandes sentimentos de amor e de esperança de quem acredita que, mesmo em tempos sombrios, é possível triunfar. Se muito vale o já feito, mais vale o que será!

REFERÊNCIAS

Bibliografia

AGUIAR, Laurem Janine Pereira de. **Saúde mental no capitalismo: desafios da reforma psiquiátrica brasileira pós-golpe de 2016**. Trabalho de Conclusão de Especialização (Residência em Saúde Mental Coletiva). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

ALVES, Domingos Sávio. Entrevista com Benedetto Saraceno. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011, v. 16, n. 12, p. 4695-4700. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300018

ALVES, Giovanni. A Natureza do Capitalismo Global: as contradições do capital no século XXI. In: MOTA, Leonardo de Araújo e(org). **Capitalismo contemporâneo: olhares multidisciplinares**. Campina Grande: EDUEPB, 2014. p. 17-43.

ALVES, Giovanni. **A condição de proletariedade: a precariedade do trabalho no capitalismo global**. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2009.

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletivo**, 23 (6): 2067-2074, 2018.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. E-book. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, Guilherme Correa; COSTA, Tatiana Garcia da; MORENO, Vânia. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Vol, 4, nº8, 2012.

BARROCO, Maria Lúcia S. Não Passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 124, p. 623-636, out./dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.042> Acesso: 10/10/2019

BEAUD, Michel. **História do capitalismo: de 1500 aos nossos dias**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BELLINI, Maria Isabel Barros.; SCHERER, Patrícia Teresinha (Org.) ; FALER, Camília Susana (Org.) . **Intersetorialidade e políticas sociais: uma concertação possível**. 1. ed. Porto Alegre - RS: EDIPUCRS, 2017. v. 1. 376p

BEZARRA JR., Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**. 2007, vol.17, n.2. p.243-250.

BOLZAN, Liana Menezes; **Deméter, Ceres e Bacante: a homogeneização da mulher que faz uso de drogas**. 23. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

BORGES, Altamiro. Neoliberalismo, resistência e alternativas. In: POCHMANN, Marcio; BORGES, Altamiro. **“Era FHC”: a regressão do trabalho**. São Paulo: Anita Garibaldi, 2002. p. 95-115.

BORON, Atilio. **O socialismo no século 21: há vida após o neoliberalismo?** São Paulo: Expressão Popular, 2010.

BORON, Atilio. **Estado, capitalismo y democracia en América Latina**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5ª ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. s.d. s.i. Disponível em: www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf

CARDOSO, Ciro Flamarion; PÉREZ BRIGNOLI, Héctor. **História econômica da América Latina**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

CHAGAS, Eduardo F. O método dialético de Marx: investigação e exposição crítica do objeto. **Revista Síntese**, Belo Horizonte; v. 38, n. 120, 2011. Disponível em: <http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/1036/1460>

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo, Cortez, 1991.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – SÃO PAULO. **Nota de Repúdio à Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que dispõe “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. 2019. Disponível em: <https://www.crpsp.org/noticia/view/2314/nota-de-repudio-a-nota-tecnica-n-112019-cgmaddapessasms-que-dispoe-esclarecimentos-sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas>

CUEVA, Agustín. O desenvolvimento do capitalismo na América Latina. São Paulo: Global Ed., 1983.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. Tradução Mariana Echalar. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M. C. S(org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 31a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

DRUCK, Graça. A terceirização na Saúde Pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Cad. CRH**. 2011, vol.24, p. 37-57.

DUMÉNIL, Gérard; LÉVY, Dominique. **A crise do neoliberalismo**. Tradução Paulo Castanheira. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2014.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

ENGELS, Fiedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Lisboa: Presença, 1975

ENGELS, Federico. La guerra de campesinos en Alemania. La Habana: Edicion Revolucionaria, 1966.

FAGUNDES, Sandra Maria Salles. Política e Gestão como pensamento estratégico no campo da saúde mental. In: PAULON, Simone Manieri; OLIVEIRA, Carmen Silveira; FAGUNDES, Sandra Maria Salles. **25 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Tradução: Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017

FIOCRUZ. Crise da DINSAM. In: **LAPS - memória da reforma psiquiátrica no Brasil**. s.d. Disponível em: <http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/11>

FIOCRUZ. I Simpósio de Psicanálise, Grupos e Instituições In: **LAPS - memória da reforma psiquiátrica no Brasil**. S.D. Disponível em: laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/3

FNDDH – FRENTE NACIONAL DROGAS E DIREITOS HUMANOS. **Nota sobre o projeto de lei 7663/2010, de autoria do deputado Osmar Terra**. 2013. Disponível: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/957>

FONTE, Eliane Maria Monteiro. **Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil**. PPGS - Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE. v. 1, n. 18 (2012)

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVENARDI, Maíra; BELLINI, Maria Isabel Barros. Vivências desencadeadas pela reforma psiquiátrica. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; CLOSS, Thaísa Teixeira. **Serviço Social**,

residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social. 01ed. PORTO ALEGRE: EDIPUCRS, 2012, v. 01, p. 136-154.

GODOY, Cirlene Ornelas de. Loucos por você! In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GONCALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública.** Vol. 46, 2012.

HARVEY, David. Neoliberalismo como destruição criativa. InterfacEHS. **Rev. de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente,** São Paulo, v. 2, n. 4, Tradução, ago. 2007.

HARVEY, David. **O enigma do capital e as crises do capitalismo.** Tradução de João Alexandre Peschanski. São Paulo: Boitempo, 2011.

HEIDRICH, Andréa Valente. Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese (doutorado) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Porto Alegre. PUC-RS, 2007.

HOFF, Luíza Rutkoski. **Público e Privado na Política de Saúde Mental: inflexões de “um mundo à parte”.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

HOFF, Luíza Rutkoski; BOLZAN, Liana de Menezes. Política de Saúde e Contrarreforma do Estado: discutindo a saúde pública brasileira. In: BELLINI, Maria Isabel; SCHERER, Patrícia Teresinha; FALER, Camila Susana. (Org.). **Intersetorialidade e Políticas Sociais: uma concertação possível.** 1ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2017, v. , p. 65-80.

HOSPÍCIO DE PEDRO II. In: Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Online. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm>. Acesso em: 02 out. 2019.

HUBERMAN, Leo. **História da Riqueza do Homem.** 17. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

HUNT, Emery Kay; SHERMAN, Howard. **História do pensamento econômico.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IASI, Mauro. O sujeito oculto: ao vencedor as batatas. **Blog da Boitempo,** 2018. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2018/11/05/o-sujeito-oculto-ao-vencedor-as-batatas/> Acesso em: 17/08/2019

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. In: **Rev. Katál.** Florianópolis, v. 10, n. esp. 2007. p. 37-45.

LENIN, Vladimir. **Imperialismo: fase superior do capitalismo.** São Paulo: Global Editora, 1982

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOWY, Michael. Da tragédia à farsa: o golpe de 2016 no Brasil. In: JINKINGS, Ivana; DORIA, Kim; CLETO, Murilo. In: **Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2016. p. 61-68.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn. RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** 2007, vol.12, n., p. 399-407 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MACHIN, Rosana. MOTA, André. Entre o particular e o geral: a constituição de uma “loucura negra” no Hospício de Juquery em São Paulo – 1898-1920. **Interface** (Botucatu). 2019

MARAZINA, Isabel. Participação social em saúde no Brasil: o campo da saúde mental e suas instituições participativas. **Cad. Bras. Saúde Mental.** vol. 4 n° 8, 2012.

MARINI, Ruy Mauro. **Subdesenvolvimento e revolução.** Florianópolis: Insular, 2012.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital.** Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã.** Tradução Rubens Enderle, Nélcio Schneider, Luciano Cavini Martorano. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O Manifesto do Partido Comunista.** Tradução Sueli Tomazzini Barros Cassal. Porto Alegre: L&PM, 2002.

MIGUEL, Luis Felipe. **O colapso da democracia no Brasil: da Constituição ao golpe de 2016.** São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo, Expressão Popular, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental em dados – 12. Brasília, 2015. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental em dados – 4. Brasília: 2007. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. Estado, classe e movimento social. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** vol.14 no.4 São Paulo Dec. 2011 [1905]

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

ODA, Ana Maria Galdini Raimunda; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

OLIVEIRA, Francisco. Neoliberalismo à brasileira. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000 p. 24-28.

PESSOTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.16 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2011

POMAR, Valter. Não haverá tempo fácil nem moleza para o golpismo. **Blog da Revista Espaço Acadêmico**, 2016. Disponível em: <<https://espacoacademico.wordpress.com/2016/03/22/nao-havera-tempo-facil-nem-moleza-para-o-golpismo/>>

POMAR, Valter. Fator de transformação. **Territórios Transversais**, v. 2, São Paulo, 2015. p. 6-8.

POMAR, Wladimir. **Um mundo a ganhar: revolução democrática e socialista**. São Paulo: Viramundo, 2002.

PRATES, J. Planejamento da Pesquisa Social. Revista Temporalis, Porto Alegre, **Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS**, ano 4, n. 7, jan/jun. 2004.

RESENDE, Heitor. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In Resende; Tundis, Silvério Almeida e Costa, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil** (7ª ed.) p. 15-73. Rio de Janeiro: Vozes, 1987

RIBEIRO, Gessica Greschuk; SILVA, Guilherme Bertassoni da; HOLANDA, Adriano Furtado de. Legislação em Saúde Mental no Brasil (1966-2001): trajeto das campanhas de saúde às reformas na assistência. **Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 13-30, jun./jul. 2017

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual n. 9716 de 07 de agosto de 1992**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 1992.

SAKAGUCHI, Douglas Sherer; MARCOLAN, João Fernando. A história desvelada no Juquery: assistência psiquiátrica intramuros na ditadura cívico-militar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 476-481, Aug. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000400476&script=sci_arttext.

SCHERER-WARREN; Ilse. Movimentos sociais no Brasil contemporâneo. **História: Debates e Tendências** – v. 7, n. 1. jan./jun. 2007, p. 9-21. 2008

SICSÚ, João. **Dez anos que abalaram o Brasil: e o futuro?** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

SILVA, Rosemeire. Apresentação. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA, Laerge Tadeu Cerqueira da; RONSANI, Ana Paula Vargas; AGUIAR, Laurem Janine Pereira de. Proteção social e saúde: Contexto Pós-Golpe de 2016. In: **Anais do Seminário Internacional de Políticas Públicas Intersetorialidade e Família: inflexões (in)esperadas e resistências possíveis**, 2019, Porto Alegre. IV SIPINF, 2019.

SOALHEIRO, N. I. Política e empoderamento de usuários e familiares no contexto brasileiro do movimento pela reforma psiquiátrica. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 30-44, jan./jun. 2012.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n.1, p. 24-32, 2018.

SOUZA, Marta Elizabeth. Os novos movimentos sociais – organização política dos usuários em saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

THOMPSON, E. P. **A formação da classe operária inglesa**. Tradução: BOTTMAN, Denise. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 3 volumes.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, 51:19, 2017

TRIBUNA DA IMPRENSA. **Saúde mental volta à carga por melhorias**. Rio de Janeiro, 16 de janeiro de 1979. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/154083_03/33965

VALENTE, Mônica. A luta contra os manicômios e a exclusão social. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 17-19, 1988. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931988000200007&lng=en&nrm=iso

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **Hist. cienc. Saúde** - Manguinhos vol.10 no.3 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2003.

WALSH, Rodolfo. **Cordobazo**. [1968] Disponível em: memoriaabierta.org.ar/materiales/pdf/cordobazo.pdf

YAZBEK, Maria Carmelita. O desafio da defesa das Políticas Públicas para o Serviço Social. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 8, n.1, p. 6-13, jan./abr. 2016.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Documentos

I CNSM – I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **I CNSM: relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988 [1987].

II CNSM – II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994 [1992].

II CNTSM – II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. **Manifesto de Bauru**. 1987 - Disponível em: site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf

III CNSM – III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Caderno informativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

IV CNSM-I – IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL. **Relatório final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2010.

CARTA DE BAURU 30 ANOS. 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>

APÊNDICE A – DOCUMENTOS DE ANÁLISE

Ano	Promoção	Documento	Abrangência
1987	Ministério da Saúde Ministério da Previdência e Assistência Social Ministério da Educação	Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental	Nacional
1987	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental	Manifesto de Bauru	Nacional
1994	Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde	Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental	Nacional
2001	Conselho Nacional de Saúde Ministério da Saúde	Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental	Nacional
2010	Conselho Nacional de Saúde Comissão Intersetorial de Saúde Mental Ministério da Saúde	Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental	Nacional
2017	Articulação Nacional Pró-Encontro de Bauru	Carta de Bauru – 30 anos	Nacional



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br