

Política de saúde mental e cidadania: o caso da atenção à saúde em Campinas-SP

Maycon Leandro da Conceição¹

Resumo

Este artigo visa analisar os desafios atuais da garantia dos direitos fundamentais assegurados pelo campo das políticas públicas de saúde mental. O objetivo do estudo de caso é compreender a relação do cuidado em saúde mental, mediante diálogos sobre as mudanças das instituições psiquiátricas, os desdobramentos da implementação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e o processo de saúde e adoecimento. Como metodologia empregou-se métodos qualitativos, por meio de observação participante e realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Campinas-SP. Os dados indicam que apesar de significativos avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil, persistem conflitos na distribuição desigual de direitos, subfinanciamento dos serviços públicos, os movimentos de reprodução da lógica manicomial, poder e estigmatização do sofrimento psíquico. Por fim, ao considerarmos o atual contexto sociopolítico brasileiro, identificamos as novas diretrizes do Estado ao retorno das instituições privativas de liberdade, violações dos direitos sociais, sucateamento e desmonte do Sistema Único de Saúde e, especialmente, a questão da prática ao cuidado em saúde sob hegemonia neoliberal e de controle social.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Mental; Cidadania; Reforma Psiquiátrica; Políticas Públicas.

Abstract

This article intends to study the current challenges faced by the guarantee of the fundamental rights ensured by the field of public policies on mental health. The study's objective is to comprehend the relation between the mental health care, through discussions on the psychiatric

¹ Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política (PPGPol). E-mail: mayconleandro819@gmail.com

institutions changes, the developments of the implementation of the National Mental Health Policy (PNSM) and the illness and health process. As a methodology it was used qualitative methods, through the participant observation and semi structured interviews with health care professionals in a Psychosocial Care Center (CAPS) in the city of Campinas – SP. The data suggests that despite considerable advances of the Psychiatric Reform in Brazil, there still are conflicts on the unequal distribution of rights, underfinancing of public services, the movements for the reproduction of the lunatic asylum logic, power and stigma of the psychological distress. Therefore, when considering the current Brazilian sociopolitical context, we identify the new State guidelines on the return of the liberty deprivation institutions, social rights violations, scraping and dismantling of the Brazilian National Health System and, specially, the issue of the practice of health care under neoliberal hegemony and social control.

Key-Words: National Mental Health Policy; citizenship; Psychiatric Reform; Public Policies.

Introdução

Este artigo apresenta os desafios contemporâneos da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), visando analisar a mudança institucional e seus impactos nas garantias de direitos. Para fazê-lo, realizamos um estudo de caso em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Campinas-SP. Primeiramente propomos reflexões sobre a trajetória da institucionalização do campo das políticas públicas. Em seguida, ressaltamos que embora os marcos legislativos sejam cruciais para um cuidado mais humanizado, tais ações do Estado visam também em práticas de desinstitucionalização por meio de transformações das instituições totais (Goffman, 2015) para a construção de serviços na base comunitária que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011).

Durante muitas décadas, o Brasil adotou a assistência do cuidado à saúde mental nas práticas manicomiais, do paradigma do proibicionismo e domínio do saber psiquiatrizante, designando-se em ações estigmatizantes no viés de “doentes mentais” e ocasionando o regime de segregação social. Ao longo do percurso de redemocratização da sociedade brasileira e influenciados pela mobilização do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), nos anos de 1980. Articulações também pela experiência do Movimento Sanitarista, sob égide dos ideários do direito à saúde,

da atenção integral e da universalidade, ocasionando a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, dando início a operacionalização do Sistema Único de Saúde. (Brasil,1990).

Entre as décadas de 1990 até 2016, houve significativos avanços das políticas públicas, demonstrando-se as ações do Estado na garantia da instituição de marcos legislativos como Leis, Portarias e Notas Técnicas referentes ao cuidado à saúde mental. Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica no Brasil é reconhecida no plano nacional e internacional por transformações nas dimensões: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (Amarante, 1996). Porém, o campo da saúde mental por si só é considerado complexo, pluridisciplinar e sobretudo com a participação social de usuários(as), familiares, trabalhadores de saúde, gestores públicos, militantes e parlamentares (Lüchmann; Rodrigues, 2007; Pitta, 2011; Amarante; Torre, 2010, 2018).

No Brasil, o protagonismo do movimento antimanicomial implicam em deslocamentos e questionamentos da biomedicalização, ressignificação da loucura e incorporação de novos mecanismo de cuidado e promoção da saúde mental, por exemplo, a inclusão pelo trabalho, educação, movimentos artístico-culturais e o direito à cidade e sobretudo, enfatizando nas experiências e vivências dos atores que compõem as instituições psiquiátricas e suas desconstruções diárias relacionados aos estigmas, controle social e relações opressivas de poder (Rotelli, 2014; Kinker, 2016; Andrade; Maluf, 2017).

Um marco importante da reforma psiquiátrica ocorreu com a aprovação da Lei n ° 10.216 em 2001, dando início às iniciativas de desospitalização por meio do fechamento dos leitos em manicômios e construção de serviços na base comunitária. A Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001) é responsável pelas ações do Estado no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes de Álcool e Drogas. Tal processo ocorre por meio da RAPS, como os Centros de Atenção Psicossocial; leitos em Hospitais Gerais; nos Serviços Residenciais Terapêuticos, destinados ao desenvolvimento de desinstitucionalização (dois anos ininterruptos ou mais); os programas sociais voltados para integração de pessoas institucionalizadas aos territórios, como o programa ‘De volta para casa’ (Brasil, 2003).

De acordo com Onocko-Campos (2019), o percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira garantiu uma ampla rede assistencial em todo país e diversidade de serviços. Embora obtivemos avanços nas ações do Estado em promover um cuidado à saúde junto à sociedade e de um modelo biopsicossocial mais humanizado. Entretanto, permanecem os conflitos, disputas de poder a partir das relações socioculturais e na concepção discricionária de direitos. Ou seja, os atores sociais tornam-se cidadãos na medida em que se sentem integrados junto à sociedade e

interlocução com os sentidos sobre a loucura em determinado tempo e vivências singulares e coletivas.

Contudo, tais avanços da reforma psiquiátrica se veem ameaçados no atual contexto político-social, devido a deterioração das novas mudanças na política nacional de saúde mental desencadeadas a partir de 2016. Destaque-se a Portaria 2434 (Brasil, 2018), relativa ao financiamento dos leitos em hospitais psiquiátricos, reintroduzindo pela primeira vez na Raps a figura do Hospital Dia (hospital monovalente), flexibilização das moradias dos serviços residenciais em zonas rurais, desobrigação dos municípios no financiamento da atenção comunitária como equipes de Núcleo de Apoio da Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde por meio da Portaria 3588 (Brasil, 2017). Por fim, ocorreu a aprovação da Portaria 596 em 2022, através da extinção e recursos públicos do Programa de Desinstitucionalização para reinserção social das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos há mais de dois anos. (Brasil, 2022).

Nesse contexto, distintos intelectuais do campo da saúde mental apontam para um movimento de retrocessos, desmonte e um movimento de “contrareforma” das políticas públicas e sociais. Dito de outro modo, muitas bibliografias mostram que o Movimento Nacional Antimanicomial impulsionou somente o campo das transformações das políticas e não como um projeto amplo de reivindicação e participação social da sociedade civil (Onocko-Campos, 2019; Delgado, 2019).

Dessa forma, temos acompanhado o retorno da política manicomial no Brasil. Frente ao retorno dos hospitais psiquiátricos e interligados aos interesses mercantis neoliberais de setores conservadores. E de forma ampla destaca-se o enfraquecimento dos dispositivos da atenção psicossocial que ocorrem na Atenção Primária e possibilidades de desinstitucionalização, substituindo pela consolidação e financiamento de equipamentos privados e religiosos, que (re)produzem as características asilares como uma instituição privativa de liberdade.

Nesse sentido, tal retrocesso vem acompanhado de uma crise sanitária, de um governo negacionista no enfrentamento de amenizar os efeitos pandêmicos. Ao longo dos dois últimos anos, a pandemia da Covid-19, decorrido por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), ceifou a vida de 6,32 milhões de pessoas, incluindo 669 mil mortes de brasileiros² (Our World in Data, 2022). Diante disso, vivenciamos também um agravamento da instabilidade das instituições democráticas, promovendo violações de individuais e coletivos assegurados pela Constituição

² Dados obtidos em: < <https://ourworldindata.org/coronavirus-data>>. Acesso em 18/06/2022.

Federal de 1988, incluindo a exacerbação das desigualdades sociais e desdobramento da Emenda Constitucional 95/2016, responsável pelo congelamento dos gastos públicos em saúde e educação, ocasionando o desmonte e sucateamento do SUS.

O artigo está organizado da seguinte forma. Além da Introdução e da subseção destinada à abordagem teórico-metodológica. Na segunda seção, apresentaremos o desenvolvimento da mudança institucional e o cuidado da Atenção Básica de Campinas-SP. Na terceira seção, enfatizamos um olhar sobre a ampliação da cidadania e os mecanismos de resistência relacionados à loucura contemporâneas, como as garantias dos direitos fundamentais. Na quarta seção, abordaremos as continuidades, rupturas e desafios das políticas públicas de saúde mental. Na última seção, destina-se às considerações finais, uma síntese do que foi apresentado ao longo do texto, pontuando-se algumas questões relevantes a que se pode chegar a partir da análise desenvolvida.

Por fim, o objetivo deste trabalho é analisar as políticas públicas de saúde mental através do diálogo em torno do conceito da cidadania e mudança institucional sob a perspectiva da corrente do neo-institucionalismo histórico. Assim, trazemos as questões centrais da bibliografia sobre a desinstitucionalização da reforma psiquiátrica brasileira e discursos dos trabalhadores relativos às formas do cuidado à saúde e os dispositivos acionados para as lutas e resistências antimanicomiais em interseccionalidade com a violência, opressão, poder e controle. Nessa seara, pretende contribuir com o debate tão necessário da saúde mental na área das Ciências Humanas e das Ciências Sociais Aplicadas.

Metodologia

A abordagem teórico-metodológica utilizada nesta pesquisa foi a aplicação de um estudo de caso, baseado em diálogo entre a literatura da Ciência Política e da área temática da saúde mental. Para tanto, utiliza-se diferentes recursos de coleta de dados: i) etnografia desenvolvida entre 2020 e 2021, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em Campinas-SP, município do interior paulista; ii) análises documentais através de Leis, Portarias, Notas Técnicas e Decretos relacionados ao campo das políticas públicas de saúde mental e iii) aplicação de entrevistas semiestruturadas realizadas com os trabalhadores.

A abordagem da observação participante foi aplicada tendo em vista de se tratar de uma técnica, onde o pesquisador vai construindo e testando as hipóteses conjuntamente com os interlocutores e numa compreensão de como os sujeitos interpretam as dinâmicas socioculturais

e políticas, através de um olhar micropolítico sobre as relações interpessoais e questões identitárias. Para melhorar o argumento, a observação participante é “método qualitativo de pesquisa que visa à descrição e o entendimento abrangente dos fenômenos culturais presentes em grupos, sociedade, comunidades ou instituições específicas de acordo com os próprios termos e atitudes daqueles que os vivenciam em seu cotidiano” (Souza, 2014, p. 308).

Partimos também do entendimento que as políticas públicas de saúde mental e cidadania são marcadas por uma pluralidade de saberes teóricos e práticos. Assim, a ideia de um campo interdisciplinar é definida por Cynthia Sarti (2010) como “trânsitos de saberes”, que envolvem uma possibilidade em manter definidas as diferenças disciplinares, mostrando o lugar de onde se fala e as fronteiras que separam ou aproximam as diversas abordagens relativos ao processo de saúde-adoecimento e corporalidade e, conseqüentemente as experiências tais experiências de sofrimento e dor são dinâmicas socioculturais e políticas. Para realização de uma pesquisa interdisciplinar, o primeiro caminho em direção ao diálogo é o da separação, para que o passo seguinte leve uma direção possível, se o for, entre um e outro (Sarti, 2003, p.78).

A cartografia escolhida para o estudo de caso foi realizada em um CAPS do tipo III, contando com a presença de uma equipe multidisciplinar com atendimento 24 horas e com leitos para eventuais crises agudas com o tempo máximo de 15 (quinze) dias de internação. Isto posto, a coleta de dados ocorreu mediante convites destinados aos trabalhadores de saúde mental para a concessão de entrevistas semiestruturadas e somente mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao todo, foram realizados 20 (vinte) entrevistas semiestruturada com a equipe multiprofissional, dos quais: três entrevistas com os enfermeiros de nível superior; um terapeuta ocupacional; um monitor com nível superior; nove técnicos de enfermagem com nível técnico; um gestor do Caps; um médico psiquiatra; três psicólogos e um auxiliar de serviços gerais.

Os critérios para a inclusão dos profissionais ao estudo ocorreram sobretudo convites trabalhadores atuantes no CAPS e nas moradias residenciais terapêuticas, tendo em vista que o enfoque de perguntas relativos às percepções da garantia dos usuários egressos das instituições privativas de liberdade e que moram em tais casas em todo território do município. Ressalta-se que todas as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho e no turno no qual as pessoas estavam trabalhando. O perfil dos trabalhadores é composto por sete homens e treze mulheres, com faixas de idade entre 21 anos até 65 anos. Ressalta-se que foram excluídos da pesquisa os usuários devido ao entendimento do gestor que aplicação de entrevistas poderia agravar a propagação do vírus da COVID-19 dentro dos serviços.

A análise dos resultados do trabalho se deu através de um processo de desinstitucionalização no campo da saúde mental, foi sistematizado a partir da técnica de pesquisa de Análise do Discurso (Foucault, 2005; Souza; Paixão, 2015), sendo mecanismos linguísticos relativos ao poder na contemporaneidade por meio de saberes e práticas de biopoder, corpo e subjetivação. Para isso, buscamos reflexões dos discursos relacionados à biopolítica, que submetem os sujeitos com medidas punitivas, discursos de reinserção social, silenciamentos e, especialmente, ancorados em normas, patologização, medicalização da vida e exclusão social.

Ressalta-se também a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)- nº 28096820.3.0000.5504, via Plataforma Brasil, seguindo as vigências do Conselho Nacional de Saúde Resolução nº 510/2016 e nº 580 de 2018.

Trajatória das políticas públicas de saúde mental e Atenção Primária em Campinas-SP

A institucionalização do primeiro manicômio sob responsabilidade do Estado, ocorreu com a fundação do Hospício de Pedro II em 1841, na cidade do Rio de Janeiro-RJ. Nesse contexto, a assistência psiquiátrica brasileira teve o isolamento social como modelo, destinando os indivíduos em longas e intermináveis internações hospitalares compulsórias. Um exemplo das violências cometidas dentro das instituições privativas de liberdade sucedeu no antigo Colônia de Barbacena-MG, considerado o maior hospital psiquiátrico brasileiro, durante um período funcionamento entre 1930 até 1980, estima-se 60 mil mortes de pacientes e dos quais 1.823 corpos foram vendidos para as universidades de medicina em todo Brasil. (Arbex, 2013, p.57).

Tal lógica manicomial pode ser entendida nos acontecimentos das violações da condição humana na visão da Hannah Arendt “Não há paralelos à vida nos campos de concentração, o seu horror não pode ser inteiramente alcançado pela imaginação, justamente por situar-se fora da vida e morte” (Arendt, 2012, p.589). Para melhorar o argumento, o objetivo do campo de concentração não serve somente para exterminar ou degradar, mas promovendo a destruição de todos os círculos da convivência, da vida cotidiana, da sobrevivência, sendo mecanismo cruciais da solidariedade humana. Servem para eliminar a espontaneidade das identidades, transformando a personalidade humana em simples coisa. Assim, homens, mulheres e crianças são reduzidos a menos que animais (Arendt, 2012, 2010).

Em outras palavras, o argumento sobre a segregação social imposta pelas instituições totais foi proposta pelo sociólogo Erving Goffman (2015), através de estudos sobre os hospícios, campos de concentração, entidades religiosas e organizações militares. Tais instituições são responsáveis pela reprodução de opressões por meio de uma rígida hierarquização e normatização dos corpos. Ou seja, são capazes de produzir a carreira institucionalizada do “doente mental”, levando à estigmatização ou “mortificação do eu” (Goffman, 2021; Amarante, 2007, p.54).

O contexto da reforma psiquiátrica no município de Campinas-SP, no interior paulista, com uma população estimada de 1.204.073 habitantes e sendo um importante polo industrial, educacional e de serviços que compõem as vinte cidades da Região Metropolitana de Campinas (IBGE, 2021). Tal assistência psiquiátrica ocorre através dos Serviços de Saúde Mental “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF), inicialmente como um hospital psiquiátrico, inaugurado em 1924. Somente a partir de 1990, em parceria com a Prefeitura Municipal de Campinas, foi adotado uma assistência mais humanizada sob a égide da reforma psiquiátrica e pioneira no país nos cuidados através da reabilitação psicossocial, a inclusão social e reinserção em todo território municipal (Surjus, 2007, p.59).

A Rede de Atenção Psicossocial em Campinas-SP é composto por seis CAPS III (Atendimento 24 horas destinado para adultos); três CAPS Álcool e Drogas (Atendimento diário à população que fazem uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas) e por dois CAPS Infanto-juvenil (Atendimento 24 horas para crianças e adolescentes), vinte Serviços Residenciais Terapêuticos, com o papel de desinstitucionalização e subdivididos no tipo I (indivíduos com históricos de longas e que não possuem mais autonomia para o processo de transição à comunidade) e tipo II (moradia destinadas às pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos permanente de uma equipe profissional). Disponibiliza também duas equipes multidisciplinares no Consultório na Rua, cinco Centros de Convivência e dois Projetos de Inclusão Social pelo Trabalho (Núcleo de Oficinas de Trabalho e Casa das Oficinas).

Ademais, as transformações da instituição psiquiátrica no Brasil, ocorreu com a implementação da Portaria SNAS/ nº 224 de 1992, responsável pela implementação dos primeiros serviços substitutivos do modelo asilares e redefinindo as normas para o atendimento ambulatorial do SUS. (Brasil, 1992). O primeiro Centro de Atenção Psicossocial foi inaugurado em 1987, o CAPS- “Prof. Luís da Rocha Cerqueira”, na cidade de São Paulo, dando início às mudanças institucionais. Posteriormente, ocorreram modificações da Casa de Saúde Anchieta

sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em 1989, em propor novas alternativas de cuidado em liberdade.

Ao analisarmos o campo das políticas públicas a partir da perspectiva teórica do novo institucionalismo, apresentam-se debates e reflexões sobre os papéis das instituições, regras formais e informais e dos conflitos de interesses dos agentes em tomada de decisão do Estado de bem-estar social brasileiro. Os três modelos do neo-institucionalismo, constituiu-se nos modelos da escolha racional, histórica e sociológica. Nesse quadro, o comportamento dos indivíduos e da máquina estatal, podem ser compreendidas como interações de um sistema político e em relação com outros mecanismos que compõem as relações sociais, inseridos também nos ciclos de políticas públicas e permitindo uma “alocação autárquica de valores da sociedade”. (Easton, 1953).

As transformações das instituições psiquiátricas através da perspectiva do novo institucionalismo histórico, reconhecido também como estruturalista, articula-se na ideia de que a categoria tempo e trajetória histórica para compreensão das mudanças que garantem a estabilidade e instabilidades das instituições sob regimes democráticos (Pierson, 2000, 2004; Thelen, 2004). A contribuição dos estudos do novo institucionalismo histórico é referente que as mudanças das instituições associados ao contexto político e econômico raramente são ocasionados por acidentes do acaso ou por rupturas drásticas nas instituições. Pelo contrário, toda mudança institucional está inserida na ótica de somatório de modificações ao longo de décadas e por meio da “reprodução de rearranjos” e “autorreforços” (feedback positivo), responsáveis pela mediação de conflitos dos distintos interesses dos atores sociais que compõem todas as instituições (Mahoney, 2006).

Em outras palavras, o novo institucionalismo histórico revela-se uma ótima ferramenta para explicação da reprodução e manutenção das instituições. Segundo Pierson, a dependência da trajetória constitui-se em quatro formas distintas: imprevisibilidade, inflexibilidade, não-ergodicidade e ineficiência da trajetória (Pierson, 2000, 2004). Desse ponto de vista, observa-se uma vez que um governo tenha escolhido uma trajetória específica para manter um Estado Democrático de Direito, seria necessário um grande esforço ou até mesmo um choque externo para alterar a direção e o curso das instituições em momentos futuros. Nessa perspectiva, Hall e Taylor (1996), utilizam a categoria de Dependência da Trajetória (Path Dependence).

Tal conceituação refere-se aos fatores históricos, quando inseridos em um determinado contexto histórico. Isto significa que as instituições ao iniciarem sua trajetória, se veem cada vez mais compreendidas com as escolhas iniciais e mudanças drásticas impactam em riscos de

rupturas de um ordenamento político e social. Assim dizendo, romper com um contrato social pode implicar em conflitos de efeitos de forças herdadas do passado (Hall; Taylor, 1996, p.941).

Embora a categoria do tempo possa influenciar mudanças graduais no âmbito dos ciclos das políticas públicas e por transformações socioculturais de uma determinada sociedade, permanecem instrumentos jurídicos que não seguem o mesmo ritmo histórico das mudanças socioculturais, por exemplo, o uso de vetos do Poder Executivo de uma demanda social e os interesses de uma elite dirigente e/ou uma ordem econômica vigente. Enfim, quando uma “política específica é iniciada, terão uma contínua influência amplamente determinante na estabilidade das instituições” (Peters, 1998, p.63).

As instituições são consideradas mecanismos de constrangimento/restricção, pois limitaram seus cursos de ação e estabelecem uma escala de racionalidade e de mudanças ao longo de um contexto político e histórico específico (Peres, 2008). Em particular, as políticas públicas de saúde mental promoveram rupturas nos saberes e práticas psiquiátricas e consolidando em aprovações legislativas. Entretanto, as instituições precisam promover transformações socioculturais em conjunto com a sociedade civil. Ou seja, tais instituições democráticas precisam considerar as desigualdades sociais, envolvendo as clivagens de gênero, classe, raça, proteção e reconhecimentos dos direitos das pessoas mais vulnerabilizadas da sociedade brasileira na hora de elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas.

Para finalizarmos, é crucial ressaltar que o processo de desinstitucionalização na visão de diversos intelectuais da área do novo institucionalismo histórico, a categoria tempo foi fundamental para implementação de mudanças institucionais no âmbito dos ciclos das políticas públicas. Porém, salientamos que o processo de desinstitucionalização não propõem rompimento com a institucionalização dos serviços públicos de saúde e tão pouco com os marcos legislativos, compõem somente críticas de superação dos modelos das instituições asilares e especialmente, de desconstrução diária da loucura. Assim, a luta antimanicomial é uma resistência diária que não se encerra com o fechamento dos leitos em manicômios, estão inseridas em práticas de desconstrução de violências, poder e controle inseridos na sociedade.

Na próxima seção retomaremos o debate acerca da importância do social para a garantia dos direitos e seguridade ao cuidado à saúde, e este, como condição crucial para expansão das liberdades reais dos cidadãos, assim como instrumentos de acesso aos serviços públicos, promoção dos direitos humanos, da mobilização das lutas sociais e contestatórias contra a precarização e vulnerabilidade social.

Direitos e cuidado à saúde mental

Durante a realização do estudo de caso, tornou-se necessário para compreensão análise do papel do CAPS dentro do território e em conjunto com a sociedade civil. Almejei realizar uma observação participante fisicamente próxima quando necessário, respeitosa, presente, coadjuvante, acessível quando necessária e uma observação respeitosamente distante quando necessário. E por fim, tendo como ponto de vista de um cientista político fazendo pesquisa numa cartografia exclusivamente dominada pelos saberes biomédicos.

Durante a imersão de campo fui compreendendo os sentidos reais do processo de desinstitucionalização. Descarte, considero a importância da visibilidade do resgate da memória das pessoas que passaram por experiências em privação de liberdade, sendo crucial como forma de resistência antimanicomial. Nesse contexto, o reconhecimento das práticas degradantes passadas nos manicômios possam ser uma condição para a sua superação, possibilitando que produzam uma vida política e influenciadas pelas políticas públicas.

Em relação a esse aspecto, foi durante uma conversa com um interlocutor chave no campo que pude analisar as sequelas da violência dos manicômios ainda perpetuam até nos dias atuais. Ou seja, um informante me disse: *“eles (moradores) trazem uma mania dos hospitais, uma é o pavor de branco (...) outro exemplo, quando eles compram sapatos novos, todos tem armário deles e alguns colocam embaixo do colchão, eles têm medo de que alguém os pegue”* (V.).

Embora os sujeitos estejam em cuidado em liberdade, ainda perpetuam conflitos na garantia dos direitos fundamentais para a concretização de uma cidadania plena. No Brasil, as desigualdades sociais não foram superadas, percebe-se uma precariedade de acesso aos bens públicos, como a inclusão pelo trabalho, garantias reais de lazer e movimentos artísticos culturais e sobretudo, o direito à cidade. Assim, as pessoas usuárias em intenso sofrimento psíquico estão inseridas na estigmatização de “doente mental” e conseqüentemente vivem em condições de vulnerabilidade social e tal sofrimento social pode agravar o seu sofrimento psíquico.

Diante de tais conflitos de garantias e expansão dos direitos, a cidadania dos indivíduos denominados com transtornos graves e persistentes, por sua vez, necessitam considerar o contexto político e social enfrentado pelo Brasil atual, devido ao sucateamento do SUS e precarização dos trabalhadores. Ao fazer isso, consideramos que até mesmo um entendimento real da luta antimanicomial e ampliam os horizontes. No decorrer de uma entrevista, um trabalhador pontuou de forma clara os desafios da compreensão do processo da reforma

psiquiátrica no Brasil, como proposto: *“acho que as pessoas ainda estão naquela visão da época de desinstitucionalização dos pacientes, naquele momento era outro contexto político, de orçamento, de vontade política e dos próprios movimentos de base”* (C.).

As experiências da desinstitucionalização ao longo dos anos, podem ser consideradas que o ideário proposto pela reforma psiquiátrica concretizou em construções de serviços na base comunitária moradias para a inclusão social dentro dos territórios. A importância do Serviço Residencial Terapêutico mostram-se que o sonho de cuidado em liberdade é possível e nos direcionam para novos olhares, como refletidos por um interlocutor: *[...] o direito de morar já está garantido, vai morar tantas pessoas, vai ter tal incentivo do município, responsabilidade da família, vai ter benefício, mas as políticas públicas são pouco traduzidas no cotidiano [...] por exemplo, como mediar sete pessoas que não decidiram morar juntas, cada uma com seu desejo, gostos, questões e transtorno.* (M.)

O discurso transcrito acima apresenta questionamento sobre o direito de ter uma moradia, proposto pela atenção psicossocial que visa garantir novos modelos de serviços e relacionado com a possibilidade de convívio em sociedade. Porém, não pode ser considerada como um processo acabado e sem negociações de conflitos. Embora as casas estejam sob a responsabilidade de algum CAPS, estas residências devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia e auxiliar na reintegração na comunidade. Assim, podem ser compreendidas como moradias vinculadas às formas de acolhimento, autonomia, permitindo múltiplas possibilidades de experiências em transitar por distintos espaços de convívio político e social (Surjus, 2007; Moreira; Onocko-Campos, 2017).

Por outro lado, as moradias também são consideradas como um serviço de saúde, sendo constituído por uma instituição de biopolítica e biopoder, pois está presente um conjunto de regras pré-estabelecidas para manter-se um equilíbrio de funcionalidade, cujo cumprimento é supervisionado de perto pela equipe profissional. Assim, é possível relacionar que as moradias não podem ser consideradas a única possibilidade de transição entre hospitais psiquiátricos e serviços comunitários. Isto significa dizer que tais casas precisam ser uma ferramenta de transição onde os usuários(as) necessitam ter a possibilidade também de sair delas, isto é, ter autonomia de decidir o seu destino e trajetória da sua vida (Andrade, 2020, p.128). A seguir, trazemos discursos relacionados aos paradoxos do sentido de tais moradias:

[...] as moradias nunca será uma casa como a nossa, porque é uma instituição de biopolítica e biopoder, têm regras, pessoas trabalhando. Mas podem ser uma casa a partir disso, atravessada a respeito disso, escolher acordar às 4 da manhã e fazer uma comida [...] a vida se dá nas coisas imbecis, nas coisas pequenas, nos detalhes, a vida não se dá nas grandes coisas, a gente vira o que é nos pequenos gostos e detalhes. (J.)

A construção dessa outra dimensão sociocultural para a loucura implica-se necessariamente por transformações nas ressignificações do processo de saúde e adoecimento, seja pela garantia das subjetividades do cuidado, onde o sofrimento psíquico não é um somatório de códigos e categorias definidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais DSM-5. Ao instituir a loucura como uma dimensão de singularidade, abre-se espaços discursivos e práticas dos usuários relacionados aos laudos psiquiátricos, porque foram diagnosticados desta ou daquela maneira e não aceitam passivamente as violências manicomiais. Ou melhor, “a loucura, a seu tempo, pode ser ressignificada na ordem discursiva que impera durante a mesma, de modo que enunciar-se como louco/a é parte das estratégias de subversão do estabelecido hegemonicamente.” (Andrade, 2020, p.134).

Ademais, a representatividade e os sentidos dados à loucura na contemporaneidade não são uma conceituação linear e homogênea. A ideia do sofrimento psíquico está idealizada dentro de um determinado contexto político, tempo e cultura, só assim entenderemos os distintos signos de uma sociedade, delimitando uma subjetividade de cada indivíduo e valores numa coletividade. O breve discurso a seguir: “*o perfil dos usuários tem mudado bastante, tem chegado jovens com crises agudas, não temos mais aquele esquizofrênico clássico que aprendemos nos livros de biomedicina, hoje é comum ter um jovem psicótico, querendo pedir comida pelo iFood (...) não querem mais ficar sentado pintando quadro*” (Z.).

A articulação com outros setores como educação, trabalho, cultura, justiça, seguridade social, dentre outros, também são realizados, não sem tensões. Porém o que mais apresenta dificuldade de acesso é com a garantia de acesso aos serviços de saúde e não somente os serviços destinados ao tratamento psiquiátrico. Como muitos moradores das residências já se encontram em processo de envelhecimento, apresentando diversas doenças crônicas, sofrem estigmatização ao acessar à Atenção Básica, sempre vinculados como “pacientes psiquiátricos”. Como apresentado: “*quando um paciente está com dificuldade de engolir ou qualquer febre não é devido ao transtorno dele, encaminhamos para as UBSs e prontos socorros, eles olham e falam que é caso para a psiquiatria e não fazem um atendimento e dificuldades de conseguir um agendamento e consultas médicas*” (B.).

Em relação ao direito à educação, as bases legais definem o direito à educação está baseada em diferentes ofertas, como na rede regular de ensino através das redes públicas e privadas; por meio da educação especial e inclusivas; a partir de ensino-aprendizagem de classe hospitalar e assistência pedagógica domiciliar ou através de oficinas terapêuticas de alfabetização. Na medida em que a educação se constitui como um dos direitos mais

importantes no processo da emancipação social, permitindo o engajamento cívico e meios para uma cidadania crítica. (Norris, 1999). Contudo, devido às condições psíquicas e motoras, acirradas por longas internações acabam por gerar uma série de dificuldades na formação e consequentemente os conflitos da inclusão social pelo mercado de trabalho formal.

Ademais, a baixa escolaridade ou ausência dela, também está interligada com os outros direitos sociais, atrelados na conscientização dos direitos à seguridade social, como o direito à saúde e não necessariamente só ligadas aos serviços de saúde mental, à previdência e à assistência social. No caso específico dos moradores em processo de desinstitucionalização, ocorrem por meio do Benefício da Prestação Continuada (BPC) e do Programa de Volta para Casa (PVC), previsto na Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS (Brasil, 1993), sendo um benefício social destinado para idosos e pessoas com algum grau de deficiência. Em relação aos moradores dos serviços residenciais, todos conseguem tais benefícios sociais e até mesmo alguns casos internalização do Estado por ter passado décadas em cárceres.

Embora a perspectiva da inclusão social pelo trabalho, educação e direito de moradia são fundamentais para redução das desigualdades sociais (Torre; Amarante, 2018). Nesse contexto, a dimensão da garantia de benefícios precisa considerar as desigualdades reais numa determinada região. Assim, corrobora-se ao que afirma Amartya Sen (2010), somente a variável econômica não é suficiente para a compreensão das liberdades reais que os indivíduos desfrutam. Em outras palavras, os sujeitos tornam-se cidadãos ativos e plenos, na medida que vão acessando serviços, oportunidades econômicas, sociais e políticas. Nesse contexto, as políticas públicas podem incorporar de “desenvolver e sustentar uma pluralidade de instituições, como sistemas democráticos, mecanismos legais, estruturas de mercado, provisão de serviços de educação e saúde” (Sen, 2010, p.77).

No Brasil ainda perpetuam desigualdade de infraestrutura entre os estados e municípios, uma expansão discricionária dos direitos das populações subalternizadas e marginalizadas, como mulheres, indígenas, pretos, quilombolas, população em situação de rua, lgbtqia+ e povo cigano (Andrade; Maluf, 2017). Ou seja, a inclusão dos atores só será efetiva no enfrentamento do racismo estrutural, trabalhos precarizados e nos mecanismos de violência enraizados na sociedade desigual como a brasileira e esses fatores podem favorecer o sofrimento psíquico e o sofrimento social. (Zanello, 2018, p.31).

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

Nas últimas décadas temos acompanhado significativos avanços das políticas públicas desencadeadas de governos progressistas e estruturados à terceira onda democratizante na América Latina, onde grande parte dos países adotaram a democracia como regime político. (Huntington, 1994). Considerando as estratégias dos anos da luta antimanicomial e interligados com os pressupostos de reivindicação do ideário “por uma sociedade sem manicômios”. Em suma, a reforma psiquiátrica brasileira seguiu as experiências inspirados pelas experiências da Reforma Psiquiatria Democrática Italiana, aprovada em 1978 (Basaglia, 1995), preconizado pelo psiquiatra Franco Basaglia, propondo uma desinstitucionalização da desconstrução dos saberes da psiquiatria em torno da loucura e fechamento por total dos manicômios até então vigentes no país.

No Brasil, ocorreu uma efetiva inversão do gasto em saúde mental, com os serviços comunitários recebendo mais recursos do que os hospitais psiquiátricos desde 2006 (Onocko-Campos, 2019). Os serviços comunitários brasileiros são, quase em sua maioria, Centros de Atenção Psicossocial em todo o território nacional. Também houve o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, por exemplo, em 1978, os leitos em hospitais psiquiátricos eram de 78.273 e já no ano de 2021 restam apenas 24.884 leitos hospitalares. (Amarante, Torre, 2010; Brasil, 2021).

Atualmente, os serviços que compõem a RAPS estão organizados da seguinte forma: 2742 Centros de Atenção Psicossociais, nas modalidades de CAPS, CAPS Infanto-Juvenil e CAPS AD e subtipos de acordo com o seu porte e horários de funcionamento (I, II, III, IV). Os Serviços Residenciais Terapêuticos, consideradas como moradias destinadas ao processo de desinstitucionalização, representam 796 serviços. Os serviços de Unidades de Acolhimento (UA) a partir de 69 unidades. Contando também com 38 Equipes Multiprofissionais e 1884 leitos em Hospitais Gerais, responsável por cuidado hospitalar transitório para situações de crises agudas decorrentes consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas ou devido ou agravamento de um sofrimento psíquico. (Brasil, 2021).

Após trinta anos de Reforma Psiquiátrica, a produção de literatura no Brasil permite-nos hoje apontar alguns resultados consolidados na implementação de políticas públicas para a área e grande parte da sociedade civil e mídia reconhecem os hospitais psiquiátricos como violações de direitos humanos. Por sua vez, ocorreu uma efetiva inversão do gasto em saúde mental, com os serviços comunitários recebendo mais recursos do que os leitos manicomiais desde 2006. Os serviços comunitários brasileiros são, em sua maioria, Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades I, II ou III (com leitos-noite). Houve fechamento de leitos em

hospitais monovalentes, hoje reconhecidos como ineficazes pelos especialistas no cuidado e impedido as pessoas em partilhar um contrato social de socialização.

Contudo, nos últimos anos as políticas públicas e sociais estão sofrendo significativos retrocessos (Nunes, 2019; Onocko- Campos, 2019). Em particular com a após a aprovação da PEC 241 de 2016, com o congelamento dos recursos do SUS e a aprovação da Portaria nº 3.588, em 2017, sendo reintroduzida pela primeira vez na Rede de Assistência Psicossocial a figura do Hospital Dia (hospital monovalente de lógica manicomial), flexibilização das moradias dos serviços residenciais terapêuticos em zonas rurais, desobrigação dos municípios na efetivação da atenção comunitária estruturada com equipes de Núcleo de Apoio da Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Vale destacar também a divulgação da Nota Técnica Nº 11/2019, referente às novas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2019c) e da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL 2019a), com financiamento aos leitos públicos/privados em hospitais psiquiátricos, retirada da menção de redução de danos, banalização do uso de Eletroconvulsoterapia (eletrochoques), consolidação dos recursos financeiros e parcerias com clínicas privadas de reabilitação e expansão das Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2017, 2019b). Não há dados concisos sobre os números dessas instituições existentes no território nacional, tendo uma estimativa de cerca de 2 mil. Sendo dispositivos ligados às instituições filantrópicas e religiosas, apresentando um cuidado mental a base de fé, terapia pelo trabalho, abstinência e principalmente por internações compulsórias. Em outras palavras, novamente corremos o risco de que as pessoas sejam forçadas a entrar em instituições totais e serem esquecidas pela sociedade civil.

Também ocorreu a aprovação da Lei nº 13.840/2019, ocasionando a redução da participação do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e facilitação das interdições compulsórias por via da judicialização. Ademais, no ano de 2020, o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTS), instituiu um grupo de trabalho para revisão da rede psicossocial. A proposta está intitulada como “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”, elaborado em conjunto com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em parceria com outras instituições, como psiquiatras conversadores e contrários à reforma psiquiátrica e aos interesses das indústrias farmacêuticas. O intuito proposto pelo governo federal era a revogação de mais de 100 portarias referentes no âmbito das políticas públicas do período de 1992 a 2014.

Em 2022, a continuidade do desmonte das políticas sociais foi acompanhada da Portaria 596, em março de 2022, revogando o Programa de Reinserção Social, sendo um importante para elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que visa desenvolver as estratégias de matriciamento da Equipe de Saúde Família das Unidades Básicas de Saúde. Dessa forma, no mesmo ano, o Ministério da Saúde extinguiu o investimento e possibilidade de integração social dos sujeitos acometidos por um sofrimento psíquico internados em leitos de hospitais psiquiátricos há mais de um ano e ainda vigentes no país. Já o Ministério da Cidadania lançou um edital público para financiamento de 89 milhões de dinheiro público para projetos de 89 milhões de reais de dinheiro público, destinando para licitação ligados às Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2022).

Diante do exposto sobre os desafios atuais das políticas públicas de saúde mental e articulados os novos caminhos promovidos pelo Ministério da Saúde, reorienta-se os esforços no entendimento que a reforma psiquiátrica não pode ser entendida como um processo finalizado. Em síntese, a Lei 10.216 aprovada em 2001, está em consonância com o campo bibliográfico do novo institucionalismo histórico. Tem demonstrando-se as novas diretrizes do Estado para atender os interesses neoliberais das indústrias farmacêuticas, as instituições religiosas que atuam nas Comunidades Terapêuticas e especialmente, práticas do desmonte do SUS e tentativas de implementação dos avanços dos serviços terceirizados dentro dos serviços, implantando na precarização dos trabalhadores e dos bens públicos conquistados pela Constituição de 1988.

E, por fim, é notório observarmos a confirmação por parte do governo federal no retorno das práticas manicomiais, indo de contramão até mesmo de normativas e acordos firmados no contexto internacional, como os tratados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), intercalados com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o cuidado em liberdade. Contudo, a decisão atende às múltiplas racionalidades em um contexto institucional marcado por relações de poder desiguais ou mercantilização do sofrimento, ocasionando uma mudança institucional e não uma extinção de todas as políticas públicas.

Considerações finais

O objetivo deste artigo foi compreender a mudança institucional e seus impactos na implementação das políticas públicas de saúde mental, consolidando em garantias de direitos das pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, em seguida, analisar os desafios contemporâneos da Política Nacional de Saúde Mental no que cerne os pressupostos da

desinstitucionalização na estabilidade das instituições psiquiátricas e o campo das políticas públicas.

A partir da realização de um estudo de caso na Atenção Primária em Campinas-SP. Ao realizarmos o deslocamento de como os direitos são vivenciados, problematizados cotidianamente, assim, emergem novos olhares sobre a ressignificação da loucura na contemporaneidade e dos conflitos políticos e socioculturais em interface com as dimensões de poder, controle e direitos discricionários aos sujeitos em sofrimento psíquico e em relação ao sofrimento imposto pelas desigualdades sociais.

Os dados sistematizados a partir das entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial, permitem concluir como já discutido por Nunes e Onocko- Campos (2019) como evidências de um movimento de contrarreforma psiquiátrica, associadas aos novos caminhos das ações do Estado desde 2016 nas implementações e os agenciamentos no âmbito da política de saúde mental e de álcool e outras drogas. Sendo consideradas como o retorno das práticas manicomiais através da expansão e investimentos da hegemonia neoliberal por meio de reaberturas dos hospitais psiquiátricos e das Comunidades Terapêuticas, conforme exposto ao longo do paper.

Em suma, as instituições correspondem aos mecanismos e instrumentos construídos para atingir o funcionamento da vida política (Peres, 2008). Atingi-los concretamente, no entanto, precisamos considerar a variável tempo para as mudanças das instituições psiquiátricas e sobretudo, as definições de dependência da trajetória. Ou seja, as transformações da estabilidade das instituições democráticas para além de “choques externos” ou “forças exógenas”, estão relacionados aos rearranjos e mediação dos diversos atores sociais que compõem as instituições políticas e sociais na contemporaneidade (Pierson, 2000, 2004).

Na contemporaneidade, é necessário incorporar também as transformações socioculturais e especialmente, os mecanismos de lutas e resistências diárias contra violações de direitos. Ou seja, a política pública de saúde mental é uma política de Estado e de transformações socioculturais, pois à loucura não é uma questão biologicamente exclusivo do tratamento clínico, mas interligadas com a questão política e instrumentos contra hegemônicos, onde as experiências do processo de saúde e adoecimento psíquico é composto por múltiplas possibilidades de vivências nas subjetividades e coletividades.

Para finalizar, ao analisamos os desafios atuais das políticas públicas de saúde mental e interseccionalidade com os direitos fundamentais dos sujeitos em sofrimento psíquico, salientamos a importância das mobilizações de defesa dos direitos humanos contra as violações

degradantes da condição humanas, os ataques das instituições democráticas e desmonte do Sistema Único de Saúde e sobretudo perante na luta antimanicomial. Contudo, tais disputas e conflitos atuais, como por exemplo, o aumento das violências do Estado que exercem sobre as nossas subjetividades e coletividade quando desafiamos na construção de um mundo social mais digno, igualitário e com justiça social.

Referências

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

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

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

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

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

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

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

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

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

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

BASAGLIA, F. (Coord.). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905>. Acesso em 28 abr. 2022.

BRASIL. Portaria SNAS/ nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial do SUS, 1992. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em 20 abr. 2022.

BRASIL. Lei 8.666 de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm Acesso em 14 maio. 2022.

BRASIL. Lei.8.742 de 07 de setembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm

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

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 1º maio 2022.

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

BRASIL. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 1º maio. 2022.

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

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

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

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

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

BRASIL. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD/DAPES/SAPS/MS - julho/2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf. Acesso em 14 maio. 2022.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 596, de 22 de março de 2022. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-596-de-22-de-marco-de-2022-387974558>. Acesso em 16 maio. 2022.

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

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

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

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

GOFFMAN. E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 2015.

GOFFMAN. E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 2021.

HALL, P.; TAYLOR, R. *Political Science and the Three New Institutionalisms*. Political Studies, Nottinham, v.44, n.3, p.993-957, aug.1996.

KINKER, F. S. Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 413-420, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>. Acesso em 17 maio.2022.

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

MAHONEY, J. Analyzing path dependence: lessons from the social sciences. In: WIMMER, A.; KÖSSLER, R. (Eds.). Understanding change: models, methodologies, and metaphors. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, 2006.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462-474, 2017.

NORRIS, P. *Critical Citizens: global support for democratic government*. Cambridge: Oxford University Press, 1999.

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

PERES, P. “Comportamento ou Instituições? A Evolução Histórica do Neoinstitucionalismo da Ciência Política”. In *Revista Brasileira de Ciências Sociais (RBCS)*, vol. 32, n.º 68 (outubro). 2008.

PETERS, G. *Comparative Politics: Theory and Methods*. New York: New York University Press, 1998.

PIERSON, P. Increasing returns, path dependence and the study of politics. *American Political Science Review*, v.94, n.2, p.251-267, 2000.

PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2004.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

ROTELLI, F. *Vivir sin manicomios: la experiencia de Trieste*. 1.ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topía Editorial, 2014.

SARTI, C.A. O reconhecimento do outro: uma busca de diálogo entre Ciências Humanas e Ciências da Saúde. São Paulo, tese de livre docência, Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina, 2003.

SARTI, C.A. Corpo e Doença no trânsito de saberes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, VOL. 25 N° 74, 2010.

SEN, A. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SOUZA, M.R. Uma questão de método: origens, limites e possibilidades da etnografia para a psicologia social. *Psicologia USP*, 25(1): p. 307-316, 2014.

SOUZA, K. In: PAIXÃO, H. Org. *Dispositivos de poder/saber em Michel Foucault: biopolítica, corpo e subjetividade/ Organização de Kátia Menezes de Sousa e Humberto Pires da Paixão*. - São Paulo: Intermeio; Goiânia: UFG, 2015.

SURJUS, L. T. L. S. *Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre o caps (centro de atenção psicossocial) de Campinas*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

THELEN, K. *How Institutions Evolve: The Political Economy Of Skills In Germany, Britain, the United States, and Japan*. New York: Cambridge University Press, 2004.



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