

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

LORRANY RODRIGUES DO NASCIMENTO

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

GOIÂNIA

MAR/ 2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Lorrany Rodrigues do Nascimento

Título do trabalho: Reforma Psiquiátrica Brasileira

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Lorrany Rodrigues do Nascimento
Assinatura do(a) autor(a)

Ciente e de acordo:

Maurício
Assinatura do(a) orientador(a)

Data: 10 / 05 / 18

LORRANY RODRIGUES DO NASCIMENTO

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) da Faculdade de Ciências Sociais (FCS) da Universidade Federal de Goiás (UFG) como um dos requisitos para a obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Cultura, representações e práticas simbólicas

Orientadora: Prof. Dra. Marta Rovey de Souza

GOIÂNIA

MAR/2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Nascimento, Lorrany Rodrigues do
Reforma Psiquiátrica Brasileira [manuscrito] / Lorrany Rodrigues do Nascimento. - 2018.
ccxxii, 122 f.

Orientador: Prof. Dr. Dra. Marta Rovey de Souza.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais (FCS), Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Goiânia, 2018.

Bibliografia. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, lista de figuras.

1. Reforma Psiquiátrica em Goiânia. 2. Desinstitucionalização. 3. Modelo de atenção psicossocial. I. Souza, Dra. Marta Rovey de, orient. II. Título.

CDU 316



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ATA DA SESSÃO DE JULGAMENTO DO TRABALHO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

LORRANY RODRIGUES DO NASCIMENTO

Aos dezessete dias do mês de abril de 2018, às 10 horas, na Sala de Defesas da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás, realizou-se a sessão de julgamento do trabalho de dissertação da mestrandia LORRANY RODRIGUES DO NASCIMENTO, intitulado *Reforma Psiquiátrica Brasileira*. A Banca Examinadora foi composta pelas seguintes Professoras Doutoras: Marta Roverly de Souza (UFG-presidenta), Rosana Carneiro Tavares (PUC-GO) e Telma Ferreira do Nascimento Durães (PPGS/UFG). A candidata apresentou o trabalho, as examinadoras a arguíram e ela respondeu às arguições. Às 12⁰ horas, a Banca Examinadora passou a julgamento em sessão reservada, atribuindo à mestrandia os seguintes resultados:

Aprovada () Reprovada

Prof. Dra. Marta Roverly de Souza _____

Aprovada () Reprovada

Prof. Dra. Rosana Carneiro Tavares _____

Aprovada () Reprovada

Prof. Dra. Telma Ferreira do Nascimento Durães _____

Resultado Final _____

Reaberta a sessão pública, a Presidenta da Banca Examinadora proclamou os resultados e encerrou a sessão, da qual foi lavrada a presente ata que vai assinada por mim, Letícia Ferreira Angélica, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, e pelos membros da Banca Examinadora.

Letícia Ferreira Angélica _____

Letícia Ferreira Angélica
Assistente em Administração
Secretaria do Programa de Pós-Graduação
em Sociologia/PPGS
Faculdade de Ciências Sociais/UFG
Matrícula Siape n. 2071790

Dedico essa dissertação aos meus pais, pelo apoio emocional e suporte financeiro que me proporcionaram ao longo de toda vida. Agradeço pelo esforço empregado na minha educação e, principalmente, pela paciência e compreensão ao lidar com as minhas limitações. Devo tudo a vocês e lamento, profundamente, não estar à altura de toda essa dedicação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pelos motivos mencionados na dedicatória.

Ao meu irmão Igor por sua ajuda em todas as circunstâncias em que precisei de alguém que soubesse estatística. Em termos de trajetória acadêmica e profissional, você é minha principal referência.

À Professora Marta Rovey, pela orientação durante a elaboração desta dissertação. Além das contribuições com seus conhecimentos teóricos, agradeço pelo acolhimento nas situações mais desesperadoras e por não ter me deixado desistir quando pensei nessa possibilidade. Lamento pela falta de maturidade para lidar com algumas questões.

À Professora Eliane Gonçalves, por ter me permitido fazer o estágio docência em uma de suas disciplinas. Foi uma experiência riquíssima, que me levou ao entendimento de como lecionar é algo complexo, mas, ao mesmo tempo, satisfatório.

Ao Claudio H. Pedrosa pela indicação de bibliografia e de contatos.

Às Professoras Telma Ferreira e Camila Caixeta, que fizeram parte da minha banca de qualificação, pelas colocações e sugestões. À professora Camila Caixeta agradeço, ainda, pela indicação de nomes e por ter me passado contatos para a realização das entrevistas.

Agradeço a todos as (os) professoras (es) que me deram a oportunidade de assistir a suas aulas no decorrer desse Programa de Pós-Graduação.

Agradeço a todos as (os) entrevistadas (os), pela disponibilização de tempo, pela paciência e pela educação no decorrer das entrevistas. Agradeço, ainda, a Larissa R. Moreira, Larissa A. Carneiro, Elaine Mesquita, Lourival Belém e Patrícia Amorim pelo envio de materiais bibliográficos e documentos.

Agradeço a Gabrielle, Juliana e Lucas pela ajuda mútua e pelas frustrações compartilhadas.

[...] O poder concedido a um homem para castigar o outro é uma das feridas da sociedade, é um dos meios mais fortes para sufocar qualquer semente ou tentativa de civilização e a causa fundamental de sua destruição certa e irrecuperável.

(DOSTOIÉVSKI, 2015, p. 210)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes da RAPS.....	26
Figura 2 – Fluxograma da trajetória da Reforma Psiquiátrica em Goiânia (1º período)	87
Figura 3 - Fluxograma da trajetória da Reforma Psiquiátrica em Goiânia (2º período)	89
Figura 4 – Fluxograma da trajetória da Reforma Psiquiátrica em Goiânia (3º período)	91

LISTA DE QUADROS

Quadro - Perfil das (os) entrevistadas (os).....	65
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUSSM/GO - Associação dos Usuários de Saúde Mental do Estado de Goiás

ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria

Abramge – Associação Brasileira de Medicina de Grupo

Abrasme – Associação Brasileira de Saúde Mental

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AFDM – Associação de Familiares de Doentes Mentais

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CGMAD - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas

CJM – Colônia Juliano Moreira

COOJ – Centro de Observação e Orientação Juvenil

Conad – Conselho Nacional de Política sobre Drogas

CNES - Cadastro de Estabelecimentos de Saúde

CNSM - Congresso Nacional de Saúde Mental

CPP II – Centro Psiquiátrico Pedro II

CREDEQ – Centro de Referência em Dependência Química

CRM – Conselho Regional de Medicina

CT – Comunidade Terapêutica

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DRU – Desvinculação das Receitas da União

DSM – Divisão de Saúde Mental

ESF- Estratégia Saúde da Família

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

FGSM - Fórum Goiano de Saúde Mental

HC – Hospital das Clínicas

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MNLA- Movimento Nacional de Luta Antimanicomial

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MTSM - Movimento Trabalhadores em Saúde Mental

MS – Ministério da Saúde

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OSs – Organizações Sociais

OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PCdoB – Partido Comunista do Brasil

PDI - Psiquiatria Democrática Italiana

PET – Programa de Educação para o Trabalho

PHR – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS

PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

Pt – Portaria

PT - Partido dos Trabalhadores

PSPWC - Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de Danos

Renila – Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial

RESM/SMS/GO - Rede Especializada em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

Senad – Secretaria Nacional de Política sobre Drogas

Sinase – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

Sisnad- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

UA - Unidade de Acolhimento

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

RESUMO

Tendo em vista um contexto em que o processo de *Desinstitucionalização* mostra-se ameaçado pela adoção de medidas privatizantes no âmbito do SUS, foi desenvolvida uma dissertação de mestrado sobre a Reforma Psiquiátrica no município de Goiânia, onde a expansão e legitimação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) enfrenta desafios relacionados à persistência de dispositivos de caráter manicomial. O objetivo central foi o entendimento da fundamentação teórica e política sobre a qual se baseia a defesa do modelo de atenção psicossocial a partir das representações de agentes com um papel relevante nas políticas de saúde mental do município. Foi adotada a metodologia qualitativa, com o emprego da entrevista individual semi-estruturada como técnica de pesquisa. Foram entrevistados 10 agentes envolvidos no processo de *Desinstitucionalização* no município (militantes, gestores, acadêmicos e profissionais da rede), além de 2 agentes ligados à Reforma Sanitária. As entrevistas, depois de transcritas, passaram por um processo de análise de conteúdo, em que se adotou como critério de classificação os temas abordados nas falas. Na concepção dos entrevistados, o modelo de atenção psicossocial é visto como mais adequado ao cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico por estar pautado na horizontalidade, no respeito aos direitos humanos e na territorialização. Apesar disso, enfrentaria dificuldades para se legitimar devido aos interesses que subjazem a manutenção do modelo manicomial. Nesse sentido, é apontada a necessidade de uma maior articulação dos movimentos sociais, com a construção de novas lideranças. Conclui-se que o processo de *Desinstitucionalização* em Goiânia ainda é pouco desenvolvido, apresentando, além das dificuldades associadas a um contexto nacional anti-democrático e neoliberal, obstáculos relacionados a tomada de decisões técnicas com base em critérios políticos (como a escolha dos gestores), a atuação de setores contrários à reforma e ao fato da dimensão sociocultural da reforma no município ainda não ter sido bem desenvolvida.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica em Goiânia; *Desinstitucionalização*; Modelo de atenção psicossocial.

ABSTRACT

Bearing in mind a context where the *Deinstitutionalization* process is threatened by the adoption of privatization measures on the SUS context, a master's dissertation about the Psychiatric Reform in the city of Goiânia was developed, where the expansion and legitimization of the Psychosocial Care Network deals with challenges related to the persistence of the asylum type devices. The main objective was the understanding of the political and theoretical foundation where the defense of the psychosocial care from the representations of the agents with a relevant role into the city's mental health policies model is based upon. A qualitative methodology was adopted, employing semi-structured individual interviews as a research technique. Ten agents involved in the *Deinstitutionalization* process in the city (militants, managers, academicians and professionals of the network) were interviewed, in addition to two agents connected to the Sanitary Reform. The interviews, after being transcribed, went through a content analysis process, wherein the approached speech themes were used as classification criteria. In the idea of the respondents, the psychosocial care model is seen as the most adequate for the care of the psychic individual in pain because it is lined on the horizontal, on the respect of the human rights and territorialization. Despite this, it would face difficulties to become legitimized due to the interests that are behind the maintenance of the asylum model. In this regard, the necessity of a bigger articulation of the social movements is pointed out, with the construction of new leaderships. The conclusion was that the *Deinstitutionalization* process in Goiânia is still underdeveloped, presenting, beyond the difficulties associated to a national anti-democratic and neoliberal context, obstacles related to decision making techniques based on political criteria (as the managers selection), the operation of sectors which are contrary to the reform and because the sociocultural dimension of the reform in the city is still not yet well developed.

Keywords: Psychiatric Reform in Goiânia; *Deinstitutionalization*; Psychosocial Care Model.

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	13
2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	16
2.1. A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	16
2.3. REFORMA PSIQUIÁTRICA EM GOIÂNIA.....	29
3. O “PODER PSIQUIÁTRICO”.....	35
3.1. O “LOUCO” COMO “RESÍDUO”.....	35
3.2. O “PODER DISCIPLINAR” NO ASILO.....	40
3.3. A LEGITIMAÇÃO DO “PODER PSIQUIÁTRICO”.....	45
3.4. A CRÍTICA AO <i>PODER PSIQUIÁTRICO</i>	54
4. METODOLOGIA.....	59
4.1. REPRESENTAÇÕES.....	59
4.2. ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS E ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	62
4.3. OS AGENTES.....	63
4.3.1. Abrasco.....	67
4.3.2 Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.....	68
4.3.3 Fórum Goiano de Saúde Mental.....	70
4.3.4. Coletivo Liberdade.....	71
4.3.5. Coletivo Desencuca.....	72
5. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	74
5.1. CONCEITO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	74
5.2. MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	76
5.3. MODELO MANICOMIAL.....	78
5.4. NOVOS DISPOSITIVOS ADEQUADOS À LÓGICA MANICOMIAL.....	80
5.5. REFORMA SANITÁRIA.....	82
5.6. A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	84
5.7. REFORMA PSIQUIÁTRICA EM GOIÂNIA.....	87
5.8. A REDE DE SAÚDE MENTAL EM GOIÂNIA.....	96
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
APÊNDICES.....	114
APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	114

APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO	116
APÊNDICE C- TÓPICO-GUIA DAS ENTREVISTAS.....	120

1. INTRODUÇÃO

A dissertação a ser desenvolvida visa elucidar o seguinte problema de pesquisa: Em que se fundamenta o posicionamento de agentes com um papel relevante na formulação, implementação ou legitimação da política de saúde mental adotada no município de Goiânia? O objetivo central é entender a fundamentação teórica e política sobre a qual se baseia a defesa do modelo de atenção psicossocial. A escolha desse tema de pesquisa, mostra-se pertinente em um contexto em que o processo de *Desinstitucionalização*, assim como a garantia de um sistema de saúde público e de qualidade, mostra-se ameaçado pela expansão do neoliberalismo e pelas lutas corporativistas.

Mais especificamente, a dissertação será elaborada tendo-se em vista o entendimento dos seguintes aspectos: i) a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as suas especificidades no que diz respeito ao município de Goiânia e a identificação de agentes que exerceram um papel-chave nesse processo; ii) o processo por meio do qual a internação e o diagnóstico psiquiátrico passaram a ser legitimados enquanto procedimentos válidos para lidar com a loucura; iii) as teorias por meio das quais tais procedimentos foram questionados; iv) o reconhecimento das demandas que a reforma não é capaz de suprir; v) como o atual processo de desmonte das políticas sociais afeta o processo de *Desinstitucionalização*.

No capítulo introdutório ter-se-á em vista a compreensão do primeiro aspecto levantado no parágrafo anterior. Nele, a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) será elaborada a partir da sua divisão em três momentos distintos, tendo em vista que, em cada um deles, ela enfrentou desafios e problemas, obteve resultados e mobilizou agentes diferentes. Por enquanto, interessa mencionar que, por meio desse processo, em 2001, foi aprovada a lei 10.216, que garantiu que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) não seria mais pautada na internação, mas promoveria a redução progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços do modelo de atenção psicossocial.

Também será evidenciado como a implementação de um modelo de cuidado pautado na Reabilitação Psicossocial afeta os interesses políticos e econômicos das entidades médicas, dos donos das instituições que prestam serviços privados e da indústria farmacêutica. Além disso, ao ser realizado um paralelo com a luta da Reforma Sanitária, será exposto como o processo de privatização da saúde está associado à precarização do trabalho e dos serviços de saúde.

Além disso, será abordado como a Reforma Psiquiátrica se desenvolveu no município de Goiânia, onde serão desenvolvidas a pesquisa de campo. Nesse contexto, a

Desinstitucionalização só se efetivou a partir da década de 1990, contando, ainda hoje, com uma rede de atenção à saúde mental formada por estabelecimentos adeptos à lógica manicomial e enfrentando dificuldades no sentido de fornecer um cuidado integral no âmbito da RAPS.

O entendimento do segundo e do terceiro objetivos será desenvolvido no primeiro capítulo da dissertação, tendo-se como referência principal a genealogia foucaultiana. Nessa fase, Foucault empreende uma análise da loucura a partir dos diferenciais de poder que dão legitimidade à Psiquiatria para que esta seja reconhecida enquanto a mais apta a realizar o diagnóstico de doente mental e, a partir disso, prescrever um tratamento. A utilização desse autor possibilita que o cerne da categoria “*doente mental*” deixe de ser alguma característica do indivíduo a que ela é aplicada e passe a ser a relações de poder que determinam qual saber é o mais legítimo (FOUCAULT, 2006).

Ainda no primeiro capítulo, é abordada a Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) e as teorias que lhe deram fundamentação. Tendo por base a tradição basagliana e os conceitos de *Desinstitucionalização* e “*Revolucionamento Institucional*” por ela formulados, a PDI conseguiu atribuir uma nova significação à loucura e ao tratamento a ela conferido. O internamento passa a ser entendido como um mecanismo de exclusão e punição e é proposto um modelo de tratamento da doença mental em que os indivíduos não sejam despojados de seus direitos civis (BASAGLIA, 1985, 2005).

No segundo capítulo, serão dadas as justificativas para a metodologia e as técnicas de pesquisa escolhidas. O objeto de estudo consistirá nas representações formuladas por agentes favoráveis ao processo de *Desinstitucionalização* em Goiânia. Tais representações serão apreendidas a partir da realização de entrevistas em profundidade com agentes com um papel relevante no processo de formulação, implementação ou legitimação da política de saúde mental adotada no município.

A escolha de uma metodologia qualitativa se deveu ao fato da pesquisa não estar centrada na mensuração e na construção de relações estatísticas entre as variáveis de estudo, mas nas justificativas e explicações para a adoção de um determinado posicionamento, nas interpretações acerca da realidade social. A realização das entrevistas viabiliza que tais interpretações sejam compreendidas em um processo de interação com a pesquisadora. (GASKELL, 2012; HAGUETTE, 1987).

No quarto e último capítulo, será empreendida a categorização semântica da transcrição das entrevistas. O objeto de análise será organizado em categorias temáticas e, a partir da inferência, ou seja, de uma “[...] operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude

da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras”, proceder-se-á à interpretação e associação com os capítulos teóricos (BARDIN, 1977, p. 39).

Desse modo, fazendo um breve resumo do que será abordado na dissertação, pode-se dizer que o primeiro capítulo tem em vista demonstrar os propósitos de controle social da Psiquiatria e como a neutralidade que é conferida a essa ciência faz com que esses propósitos não se evidenciem. Além disso, também serão expostas as teorias, práticas e movimentos que se opõem à dominação exercida por essa ciência e pelos dispositivos de que faz uso (como o hospital psiquiátrico). Por fim, nos dois últimos capítulos, serão explicitadas a metodologia, as técnicas e os resultados da pesquisa empírica empreendida com os agentes mencionados, realizada com o objetivo de evidenciar, a partir de suas representações, as principais reivindicações, demandas, estratégias e desafios da luta pela *Desinstitucionalização*.

2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

2.1. A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Adotando como referência a PDI, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) iniciou-se no final da década de 70, no contexto da luta pela democratização política, e estende-se até o presente, em que pode ser associada à luta pelos direitos sociais em uma conjuntura neoliberal. Tendo em vista que, durante esses quase 40 anos, envolveu transformações significativas nas esferas política, econômica e social, assim como diferentes atores (movimentos sociais, associações, entidades), demandas e desafios, a trajetória da RPB será abordada, aqui, a partir de sua divisão em períodos. Antes de iniciar essa periodização, entretanto, mostra-se necessário delimitar o que se entende por esse processo.

A definição a ser utilizada aqui é a de Paulo Amarante, segundo a qual a RPB consiste em: “[...] um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p. 87). Apesar do termo reforma ser associado a mudanças parciais e acessórias, no contexto brasileiro ela se refere a transformações abrangentes, que envolvem a reconfiguração do cuidado em saúde mental, da concepção de loucura e das relações que dão embasamento à estigmatização e à segregação do “*louco*”.

O primeiro período a ser delimitado se estende de 1978 a 1987, sendo caracterizado pela mobilização em torno das denúncias de violação aos direitos humanos no modelo manicomial e pela aproximação com a luta mais ampla pela reforma sanitária¹. No período em questão, os serviços prestados se pautavam, majoritariamente, na internação. Aos segurados da previdência social, a assistência era prestada por meio da contratação de unidades de serviço do setor privado e, aos que não eram segurados, essa assistência era prestada pelos macro-hospitais (usados como abrigo para todos os casos sociais). Ambos os serviços eram de péssima qualidade e, no caso do primeiro, eram comuns as fraudes em que o Estado pagava por serviços não prestados (AMARANTE, 1995, 2015b).

¹ Reforma social iniciada durante a década de 70 no contexto da luta pela redemocratização e pelos direitos de cidadania. Tinha como reivindicação principal a garantia de um sistema único de saúde, ao qual todos tivessem acesso e direito à participação, e lutava contra a política de saúde de caráter privatista até então vigente. Congregou diferentes movimentos sociais, associações e entidades, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), e obteve, dentre suas principais conquistas, a aprovação do texto constitucional referente à saúde e da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica do SUS) (PAIM, 2008).

Nessa conjuntura, ocorre em abril de 1978 no Rio de Janeiro o que ficou conhecido como a “*Crise da DINSAM*” (Divisão Nacional de Saúde Mental). Essa crise irrompeu com a greve dos trabalhadores das instituições que compunham esse órgão: o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II), o Hospital Pinel, a Colônia Juliano Moreira (CJM) e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Eles reivindicavam melhores condições de trabalho e salários justos e denunciavam as violações aos direitos humanos que ocorriam nas instituições (AMARANTE, 1995).

Essa crise desencadeou uma maior articulação dos profissionais da área, que, com a ajuda de entidades já envolvidas com a luta pela democratização da saúde, organizaram assembleias, reuniões, comissões e congressos. Dentre estes, está o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que ocorreu de 19 a 22 de outubro de 1978 no Rio de Janeiro. Esse congresso contou com a presença de Castel, Goffman e Basaglia, além de outros autores pertencentes à PDI, Antipsiquiatria e Rede de Alternativas à Psiquiatria. A partir desse evento, constituiu-se a base teórica e ideológica sobre as quais se fundamentariam a RPB (AMARANTE, 1995; PACHECO, 2010).

Entretanto, outro evento é reconhecido como marco fundador da RPB: o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocorrido em Camboriú entre 27 outubro e 1º de novembro do mesmo ano (1978). Nesse evento foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o principal ator político da RPB no período em questão. O MTSM era caracterizado por não ser institucionalizado (já que a burocratização poderia levar à limitação política) e pela multiplicidade e pluralidade (abrange categorias profissionais diversas, entidades, associações e movimentos sociais). Suas reivindicações e propostas iam tanto no sentido da luta contra a política privatizante, o caráter utilitarista das universidades e o autoritarismo das instituições e do tratamento psiquiátrico, quanto na direção da luta por melhores salários e condições de trabalho de determinadas categorias profissionais (AMARANTE, 1995).

Na década de 80, acentua-se a oposição entre o MTSM; as entidades médicas, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP); e a iniciativa privada, na qual se inclui a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Abramge (Associação Brasileira de Medicina de Grupo). Esse antagonismo se torna mais evidente devido à instauração de planos de co-gestão entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS) pautadas em estratégias que, visando a uma crescente democratização da saúde, promoviam a instauração de serviços pautados na integração entre os níveis federal, estadual e municipal, na hierarquização e na descentralização (AMARANTE, 1995, 2015b; PAIM; 2008).

A oposição aos planos de co-gestão está embasada no fato desta se constituir num dos primeiros esforços no sentido de romper com a política privatizante dos serviços de saúde. Recursos da Previdência Social, antes alocados para a iniciativa privada com o objetivo de prestar assistência aos segurados, passam a financiar, também, os serviços de saúde públicos direcionados à toda população. Assim, os donos de clínicas e hospitais conveniados, vendo seus interesses e lucros ameaçados por essas políticas, mobilizam-se contra tais iniciativas (AMARANTE, 1995; PAIM, 2008).

No que diz respeito à assistência psiquiátrica, ocorre uma reestruturação do DINSAM, passando a haver uma maior delimitação das funções de cada uma das suas unidades. Esse órgão passa a servir como referência e como supervisor técnico de instituições privadas e públicas que oferecem o cuidado em saúde mental. Além disso, destaca-se o esforço em priorizar a atenção ambulatorial, reduzir o número e o tempo de internações e definir de forma mais clara as portas de entrada (AMARANTE, 1995).

Assim, nesse período inicial, a Reforma Psiquiátrica tinha propósitos muito semelhantes aos da Reforma Sanitária, apresentando, dentre suas principais reivindicações, a defesa da estatização dos serviços. Essa defesa era pautada não somente no princípio da saúde como um direito de cidadania, mas no entendimento de que a *Desinstitucionalização* não partiria da iniciativa privada e das associações médicas, já que ameaçava os seus lucros e o controle social exercido pela Psiquiatria. Desse modo, o principal ator político da reforma no período (o MTSM), se valeu de uma estratégia parecida com a adotada pelos movimentos da Reforma Sanitária: a aproximação com o Estado por meio da ocupação de cargos de liderança por parte de membros do movimento. Essa aproximação, apesar de ter trazido resultados, como a reestruturação do DINSAM, fez com que o movimento se ligasse mais à sua linha institucional do que à sindical, adotando uma perspectiva reformista, que não objetivava mudanças de caráter mais estrutural (AMARANTE, 1995; PAIM, 2008).

Ao longo do segundo período a ser analisado aqui, que vai de 1987 a 2001, essa perspectiva se transforma. A Reforma se aproxima das bases (entidades de familiares e usuários) e a perspectiva de *Desinstitucionalização* ganha um caráter mais transformativo, havendo a implementação de serviços efetivamente substitutivos e não somente uma oposição entre serviços hospitalares e extra-hospitalares. O marco inicial desse período é a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que ocorreu em junho de 1987 em Brasília. A partir dessa Conferência produziu-se um conjunto de recomendações que dariam a tônica para o período aqui delimitado: melhores condições institucionais e combate à psiquiatrização do social;

participação popular na elaboração e implementação das políticas de saúde mental; e priorização dos serviços não hospitalares e multi-profissionais (AMARANTE, 1995, 2015b; LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Além desse, destacam-se, nesse segundo período, dois outros eventos. O primeiro deles foi o II Congresso Nacional do MTSM, que ocorreu em dezembro de 1987 e destacou-se pela publicação do Manifesto Bauru, por meio do qual o MTSM se converteu no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Com essa transformação, ele deixou de ser uma “agremiação de técnicos”, incorporando outros segmentos da sociedade civil e expandindo seus objetivos, já que, além de mudanças de caráter técnico e assistencial, passou a ter em vista a reconfiguração do significado da loucura na sociedade. (AMARANTE, 1995, 2015b; LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

O segundo evento a se destacar foi o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, que ocorreu em 1993, em Salvador. O evento contou com grande participação de usuários e familiares (cerca de um ¼) e, dentre os temas mais discutidos, esteve presente a questão da invenção de serviços que ultrapasassem os moldes dos até então vigentes e da cultura como meio de transformação das práticas e representações sociais formuladas a respeito da loucura. Dentre os principais resultados desse evento estão a elaboração da “Carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental” e a consolidação do MNLA (AMARANTE, 2015b; LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

No que se refere à implementação dos serviços, o período vai ser marcado pela instauração dos primeiros serviços adeptos ao modelo de atenção psicossocial. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passam a exercer um papel central no cuidado em saúde mental e outros serviços com atuação no território² começam a ser implementados. O primeiro CAPS do país foi implantado em 1987 na cidade de São Paulo. Inicialmente, sua proposta era se constituir em um mecanismo de transição entre o hospital psiquiátrico e a vida em sociedade e, ao mesmo tempo, suprir a pontualidade (restrição de atendimento a casos muito específicos) dos ambulatórios (AMARANTE, 2015b; TENÓRIO, 2007).

Outro passo na direção da *Desinstitucionalização* foi a intervenção realizada pela Secretaria de Saúde Municipal, em 1989, na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico privado localizado do município de Santos. A instituição é fechada devido às violações aos

² “[...] Não é apenas uma região geográfica ou uma área de planejamento ou administrativa, decorrentes da regionalização ou distritalização de uma cidade; é o conjunto de saberes e práticas políticas, sociais e culturais, que atuam em um determinado contexto histórico” (AMARANTE, 2015, p. 29).

direitos humanos dos pacientes e é implementada uma rede serviços que passa a servir de referência para o resto do país. Essa rede era composta de NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), cooperativas, associações, instituições de residencialidade, dentre outros serviços. Ela evidenciou, ao oferecer um cuidado integral (24 horas por dia durante os 7 dias da semana), que era possível a implantação de um modelo que prescindisse totalmente dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

O que aconteceu em Santos gerou grande repercussão das propostas da Reforma Psiquiátrica e serviu como catalisador para a regulamentação dos serviços implementados no resto do país. Assim, em 1989, é aprovado o Projeto de Lei 3.657/89, que regulamentava a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, a instauração de um modelo substitutivo e os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico. Nos termos do Projeto em questão: “Art. 1º- Fica proibida, em todo o território nacional a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico” (BRASIL, 1989, p. 30).

Na justificação para a proposição do Projeto de Lei, o deputado Paulo Delgado mencionou o seguinte:

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar –da única forma possível- o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos. (BRASIL, 1989, p. 31)

Após a publicação do PL, diversos estados brasileiros elaboraram projetos lei com propósitos semelhantes e foram aprovadas portarias que deram aos CAPS amplitude em nível nacional. Além disso, surgiram novas associações de familiares e usuários e acentuou-se a mobilização das já existentes e o antagonismo entre agentes favoráveis e contrários à RPB. Exemplo dessa conjuntura foi o fortalecimento da política de *lobby* pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que passa a influenciar não somente as decisões do poder público, mas a cooptar associações, como foi caso da Associação dos Familiares de Doentes Mentais (AFDM). Para realizar essa cooptação, a FBH, assim como algumas indústrias farmacêuticas, valeram-se da preocupação de que o ônus do cuidado, com a extinção das medidas de internação, passasse a ser todo da família (AMARANTE, 1995; PITA, 2011; VASCONCELOS, 2010).

Em um sentido oposto, as associações que defendiam o Projeto de Lei se expandiram e passaram a ocupar um papel de maior relevância. Tendo se constituído nos principais atores políticos da RPB desde então, elas não só se mobilizaram para a aprovação de uma legislação que regulamentasse os serviços substitutivos e os direitos dos doentes mentais, como contribuíram para que o próprio conceito de loucura fosse reconfigurado. Dentre essas associações destacam-se a SOSINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho) (Rio de Janeiro), a Associação Loucos pela Vida (São Paulo) e o Instituto Franco Basaglia (Rio de Janeiro) (AMARANTE, 1995, 2015b).

O terceiro período a ser analisado inicia-se com a conversão do PL 3.657/89 na lei 10.216, em 6 de abril de 2001 e se estende até 2011. Esse período é marcado pelo reconhecimento dos indivíduos em sofrimento psíquico como sujeitos de direito e pela regulamentação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) enquanto uma política fundamentada na atenção psicossocial. Entretanto, o período também pode ser caracterizado pelo avanço das políticas privatizantes no SUS, pela desmobilização dos setores favoráveis à Reforma e pela constatação de que os serviços abertos ainda preservam características adequadas ao modelo manicomial.

No que se refere à legislação aprovada no período, além da já mencionada lei 10.216, interessa destacar aqui as portarias 336/02, 251/02 e 52/04 e a lei 10.708/03. A portaria 336/02 institui as diferentes modalidades de CAPS em termos de complexidade e abrangência populacional. Por meio dela, os CAPS passam a atender demandas mais específicas (como os CAPS i, direcionado a crianças e adolescentes, e os CAPSad, voltados para o atendimento a indivíduos que fazem uso crônico de substâncias psicoativas), além de serem capazes de fornecer uma maior integralidade ao cuidado (são instituídos os CAPS III, que funcionam 24 horas por dia durante 7 dias por semana) (BRASIL, 2002).

As portarias 251/02 e 52/04 instituem os programas de *Desinstitucionalização*: o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PSNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PHR). Tais programas avaliam a qualidade dos serviços prestados pelas instituições psiquiátricas a partir de critérios como o projeto terapêutico, as condições gerais dos pacientes e as instalações. Os estabelecimentos de baixa qualidade são descredenciados pelo Ministério da Saúde e seus recursos realocados para os serviços adeptos ao modelo psicossocial. De 2002 a 2010, em grande parte devido a esses programas, observou-se o fechamento de quase 20000 leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2016b).

A lei 10.708/03 cria o auxílio de reabilitação psicossocial no âmbito do Programa “De volta para Casa”. Consiste num benefício mensal pago a pacientes egressos de internações com duração igual ou superior a 2 anos em hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS. Seu objetivo é propiciar a reintegração social, conferir maior autonomia e fortalecer a contratualidade. De 206 beneficiários no ano de sua implementação, o auxílio passou a ser concedido, em 2010, a 3961 indivíduos em processo de reabilitação psicossocial (Brasil, 2003, 2016b).

Além dos aspectos referentes à legislação e à instauração dos serviços no período em análise, mostra-se necessário pontuar, também, a realização de alguns eventos. O primeiro deles é o V Encontro Nacional do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), que ocorreu em 2001. Devido a divergências entre lideranças do movimento durante o evento e nas duas plenárias que a ele se seguiram, este se desmembrou em outro: a Renila (Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial), que foi formalmente instituída com a publicação de um manifesto em 2003 (LÜCHMANN, RODRIGUES, 2007). A co-existência dos dois movimentos não é vista como problemática na bibliografia aqui utilizada, só sendo mencionado que esta situação pode se reverter caso uma tendência se negue a reconhecer a outra (VASCONCELOS, 2010).

Outro evento a se destacar no período foi a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM), que ocorreu em junho de 2010, em Brasília. O evento só foi realizado devido à atuação dos movimentos sociais, associações e entidades que promoveram a Marcha de Usuários da Saúde Mental a Brasília como uma forma de pressionar o Ministério da Saúde a realizar uma Conferência Nacional que contemplasse a temática da Saúde Mental. Dentre os principais temas discutidos na Conferência destacam-se a questão da intersetorialidade e do controle social exercido pela sociedade civil por meio de mecanismos como os conselhos (BRASIL, 2016b).

O período também é caracterizado, entretanto, por um processo de desmobilização social e pela grande dependência dos movimentos ligados ao processo de Desinstitucionalização em relação ao Estado (o que pode ser relacionado ao fato de militantes passarem a ocupar cargos de comando no governo). Além disso, haveria pouco diálogo com os movimentos que se articulam em torno dos ideais da Reforma Sanitária; dificuldades em se superar uma visão voluntarista e politicista (não insere as reivindicações no plano da luta pela cidadania e considera a reconfiguração do saber-poder como um processo isolado); e no que diz respeito ao MNLA, pouca integração no âmbito nacional (VASCONCELOS, 2010, 2012; LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Por outro lado, as entidades e movimentos que se opõem à RPB ganharam força após os anos 2000 com o aumento do capital simbólico da psiquiatria biomédica (proporcionado pelos avanços tecnológicos e farmacológicos), a maior mobilização em torno das lutas de caráter corporativista e o avanço das políticas de caráter neoliberal. Dentre os mecanismos utilizados por tais entidades para conter a expansão do modelo de atenção psicossocial, destaca-se o uso do *lobby*, a cooptação de associações de familiares e a realização de campanhas que visam deslegitimar o processo de *Desinstitucionalização* (VASCONCELOS, 2012).

Apesar dessa oposição à PNSM estar associada à defesa da “*autoridade científica*” da Psiquiatria, assim como dos ganhos econômicos que se pode obter de uma política de caráter privatista, alguns dos argumentos utilizados pelas entidades contrárias à RPB encontram embasamento em problemas com os quais o modelo de reabilitação psicossocial ainda não é capaz de lidar de maneira satisfatória. Dentre esses problemas, estão a reprodução de práticas asilares e a incapacidade de fornecer o cuidado integral (VASCONCELOS, 2010).

Há uma oferta insuficiente de CAPS III e ad III, já que apenas 3% dos municípios dispõem de serviços desse tipo (BRASIL, 2016b). Isso acarreta um vazio assistencial, tendo em vista que, com a desativação dos leitos de hospitais psiquiátricos, a atenção à crise fica defasada (VASCONCELOS, 2010). Há, também, dificuldades em se conciliar o atendimento de casos mais graves sem deixar de dar prioridade a demandas mais específicas, tal qual pode ser observado nos ambulatórios. Estes possuiriam pouca integração com os outros serviços, muita rigidez interna, um intervalo de tempo longo entre as consultas e não seriam capazes de adaptar a questão do bem-estar, tão destacada no tratamento das psicoses, ao tratamento das neuroses. (TENÓRIO, 2007; VASCONCELOS, 2010).

No caso dos CAPS, vale destacar, também, a questão da cronicidade, que se refere à perpetuação dos princípios e técnicas da psiquiatria tradicional no modelo de atenção psicossocial. Ela se manifesta por meio dos pacientes-problema (usam os serviços de forma esporádica e para obter vantagens), daqueles provenientes de longas internações e daqueles que apresentam uma excessiva dependência em relação aos serviços, restringindo boa parte das suas atividades cotidianas aos CAPS. Por intermédio destes ficaria clara a hiperespecialização do serviço, ou seja, o fato de ter se tornado adequado a um perfil determinados de pacientes (PANDE; AMARANTE, 2011).

Por fim, outro elemento por meio do qual o período pode ser caracterizado é a adoção de medidas privatizantes no âmbito SUS, que pode ser relacionada ao avanço das políticas neoliberais no plano macroeconômico. Em primeiro lugar, pode ser apontada o aumento da

prestação de serviços públicos de saúde pelas Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). Ela acarreta a precarização do trabalho (trabalhadores não são regidos pelo Regime Jurídico Único), a limitação do controle social (legislação não prevê os mesmos mecanismos de controle que os efetuados sobre o serviço público), se constitui numa ameaça aos direitos sociais (Estado abre mão de executar um dever que lhe é próprio) e resulta em prejuízos ao erário (dispensa de licitação abre espaço para fraudes) (CORREIA, 2011; SILVA GS, 2011).

Como parte desse processo de crescimento do papel das entidades privadas sobre a gestão dos serviços públicos de saúde pode ser citada, também, a aprovação Medida Provisória (MP) nº 520/10, que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A EBSERH consiste em uma empresa pública de direito privado à qual é concedida o direito de administrar os Hospitais Universitários, desvinculando-os das instituições de ensino superior (o que prejudica a autonomia universitária) e concedendo o direito de tais empresas de reservarem espaços para o atendimento de planos de saúde privados (o que implica precarização, seletividade e focalização dos serviços) (BRASIL, 2011; CORREIA, 2011; SILVA; BIZERRA, 2017).

Outrossim, houve o aumento das parcerias com entidades filantrópicas. Pode ser citado como exemplo o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), que concedeu o direito de intervenção no SUS por meio de projetos de capacitação, aprimoramento de gestão e inovação tecnológica, a instituições de saúde privadas consideradas de excelência (SILVA; BIZERRA, 2017).

Por outro lado, com a expansão de tais políticas, observa-se, também, o crescimento da resistência a essas medidas. A oposição é formada, dentre outros atores políticos, pelo Fórum da Reforma Sanitária³ e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Esses atores resgatam os ideais, objetivos e estratégias utilizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, realizando eventos e discussões e elaborando documentos em que expõem os principais prejuízos do processo de privatização da saúde (BRAVO; MENEZES, 2011a, 2011b; CORREIA, 2011).

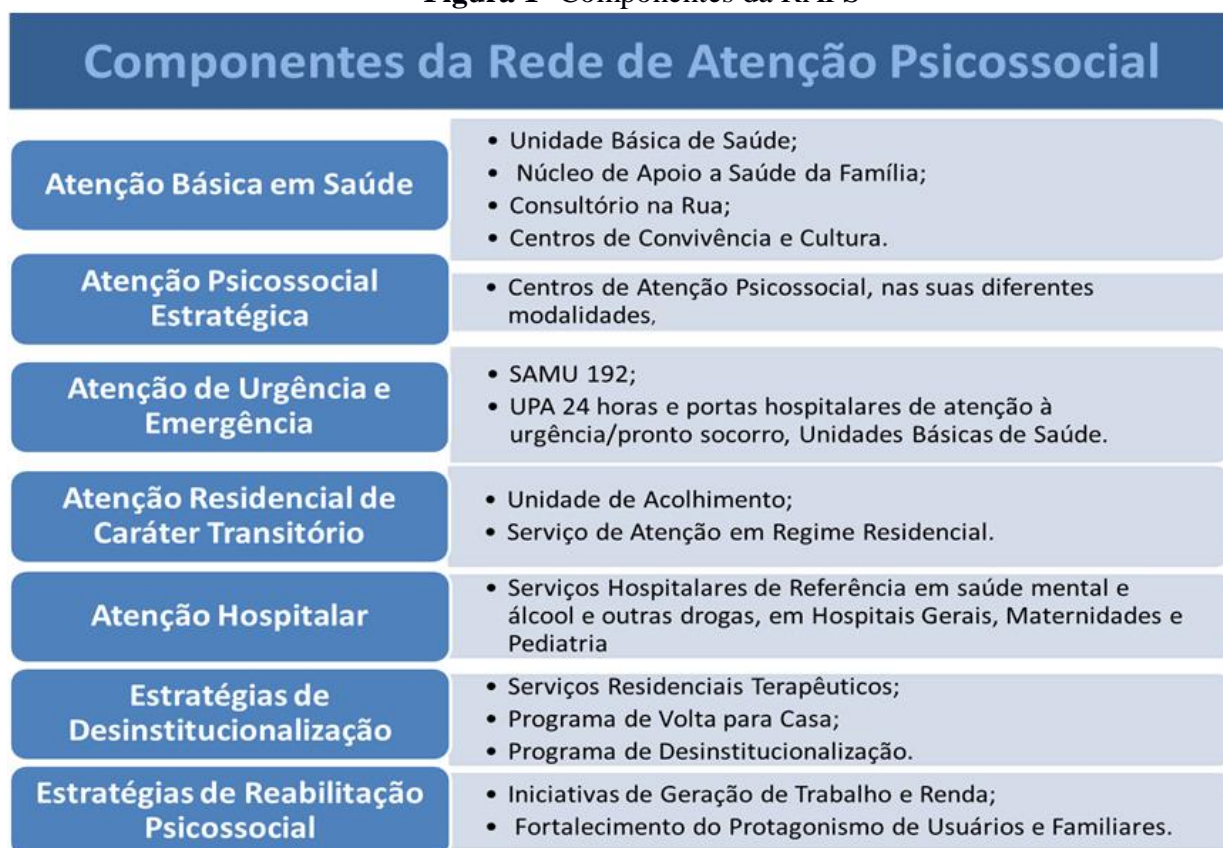
³ Surgiu depois do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado em junho de 2005. Congrega as seguintes entidades: o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), a ABRES (Associação Brasileira de Economia em Saúde), a Rede Unida e a Ampasa (Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde) (BRAVO; MENEZES, 2011a).

Desse modo, esse período pode ser caracterizado pela garantia, por meio da aprovação da lei 10.216/01, de que o cuidado em saúde mental em serviços abertos seria priorizado e de que este não se estruturaria sobre a violação dos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico. Também foi um período caracterizado, entretanto, pela constatação de que, mesmo nesses serviços, há a preservação de práticas análogas às do modelo manicomial e de que seria necessário um maior investimento em serviços que fossem capazes de fornecer um cuidado integral à saúde. Além disso, observou-se um processo de desmobilização social ligado à inserção institucional de militantes da Reforma Psiquiátrica e, por outro lado, uma maior articulação daqueles ligados à Reforma Sanitária.

O quarto e último período inicia-se em dezembro de 2011, com a instituição do programa “Crack: é possível vencer” e a aprovação da Pt 3.088/11. O período é caracterizado pela intensificação das medidas proibicionistas direcionadas ao comércio e uso de substâncias psicoativas e pela regulamentação e maior investimento em instituições adequadas à lógica manicomial, fatores que podem ser relacionados, por sua vez, às dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde para lidar com algumas demandas e à aquisição de maior poder político por setores contrários à reforma.

Em primeiro lugar, pelas controvérsias que foram geradas em torno do tema, interessa mencionar a regulamentação da RAPS. Por um lado, os relatórios de gestão e a portaria que a institui apontam que a rede foi criada com o intuito de oferecer integralidade ao cuidado e de propiciar uma maior integração entre os serviços, possibilitando que estes fossem articulados por níveis de complexidade, tal qual pode ser visualizado na figura 1 (BRASIL, 2011a, 2016b). Entretanto, pesquisadores e profissionais da saúde associam a RAPS a uma espécie de artificialização, já que haveria a redução dos princípios a procedimentos, protocolos e sub-redes. Além disso, com a inclusão da atenção básica na saúde mental, os CAPS teriam se tornado muito especializados e, em contrapartida, os serviços da atenção básica incapazes de abarcar as especificidades das diferentes dimensões do sofrimento psíquico (AMANCIO; ELIA, 2017).

Figura 1- Componentes da RAPS



Fonte: (BRASIL,2016b, p. 9)

Entretanto, o fator que mais influenciou a adoção dessa legislação como marco do período, assim como a instituição do programa “Crack: é possível vencer”, foi a regulamentação das Comunidades Terapêuticas (CTs) como Serviços de Atenção em Regime Residencial e a previsão de investimento público nesses dispositivos⁴ (BRASIL, 2011a). Tais instituições são caracterizadas pelas recorrentes denúncias de violações dos direitos dos pacientes (como o direito de ir e vir e a liberdade de crença religiosa), pelas semelhanças em relação ao modelo higienista (tratamento moral, propósito de limpeza social) e pela pouca integração com outros serviços (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015; BRASIL, 2016a, 2017b; VASCONCELOS, 2010).

Apesar disso, legitimaram-se tendo por base o apelo social construído em torno do *crack*, ao qual está relacionada o processo de estigmatização dos usuários dessa substância, que passam a ser associados a grupos sociais marginalizados. Essas instituições reforçam a

⁴ As CTs também são regulamentadas pela pt 131/12 (prevê incentivo de 15 000 reais por módulo de 15 pessoas em estabelecimentos que cumpram determinados requisitos) e a Pt 1.482/16 (possibilita inclusão no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES) (BRASIL,2012, 2016a).

subordinação promovida pela estrutura social e pautam-se na abstinência, sendo o uso da droga visto sempre como algo crônico⁵. O reconhecimento da culpa pelo paciente é entendido como uma etapa necessária para a cura e o tratamento é fundamentado no trabalho e na religiosidade (MEDEIROS, 2010).

A regulamentação de tais instituições pode ser vista como parte de um contexto em que as políticas proibicionistas ganham cada vez mais espaço. Tais medidas, que se estruturam sobre medidas coercitivas direcionadas a indivíduos que comercializam e/ou fazem uso de substâncias psicoativas, refletem-se nos serviços de saúde pelo reforço do autoritarismo. É o caso da Internação Compulsória (IC), que passa a ser utilizada de maneira massificada com as intervenções nas “crackolândias”, contrariando os princípios da lei 10.216/01, e a produzir efeitos contraditórios sobre os CAPS AD e ADIII, já que estes passam a funcionar como intermediários para a internação em instituições asilares (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

O proibicionismo, que orienta as estratégias adotadas pelos setores de segurança pública, como o Conselho Nacional de Política sobre Drogas (Conad) e a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (Senad), passa, progressivamente, a dar fundamentação às políticas adotadas pelo Ministério da Saúde (FANTAUZZI; AARÃO, 2010). Evidência disso é a aprovação da resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017 pela Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde, que, dentre outras medidas, estabelece que os hospitais psiquiátricos voltem a ser parte da rede e amplia os investimentos nestas instituições e nas CTs em detrimento de serviços em que o cuidado se dá no âmbito territorial (BRASIL, 2017b).

Observa-se, desse modo, um distanciamento em relação à perspectiva de Redução de Danos (RD), que vinha sendo adotada, oficialmente, pelo Ministério da Saúde (MS) desde 1994. Nesta, a ênfase é no cuidado e no respeito à autonomia, havendo uma relação mais vertical entre os profissionais e os indivíduos que buscam o sistema de saúde. A ideia é não impor a abstinência e dar prioridade à minimização dos efeitos e sintomas que são vistos como negativos pelo próprio usuário (BRASIL, 2016; MEDEIROS, 2010; FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

Essas divergências em relação à perspectiva de RD e a aproximação com o viés proibicionista podem ser associados, por sua vez, a dois fatores principais. O primeiro deles diz respeito ao fato dos setores contrários à reforma terem utilizado, como indício de ineficácia do modelo de atenção psicossocial, o fato deste ainda não ter conseguido lidar de maneira satisfatória com algumas demandas. É o caso das especificidades da população em situação de

⁵ “[...] A cronificação significa a restrição da liberdade e a redução da condição do sujeito para fazer planejamento e opções, condições básicas para o exercício da autonomia” (MEDEIROS, 2010, p. 177).

vulnerabilidade social, como pessoas em situação de rua e usuários crônicos de substâncias psicoativas que perderam o vínculo relacional e laborativo. Seria necessário um maior investimento em dispositivos que fossem capazes de lidar com a fluidez dessa população, como as Unidades de Acolhimento (UAs) e os Consultórios na Rua, e que fossem adotadas estratégias para conter o autoritarismo nos serviços de saúde, já que este é um dos principais receios dessa população ao buscar tratamento (VASCONCELOS, 2010).

O outro fator a que pode ser associado essa mudança de perspectiva é a tomada do poder executivo⁶ por partidos que têm como base de sustentação a elite econômica, que, por sua vez, se beneficia do aprofundamento de medidas neoliberais (SOUZA, 2016). Esse processo se refletiu na saúde mental com a nomeação para cargos-chave dentro do governo de agentes ligados à iniciativa privada e à defesa do modelo manicomial, havendo a tomada de decisões em benefício desses setores. Foi o que aconteceu a partir de 2015, com a nomeação de Walencius Wurch Duarte Filho⁷, ex-diretor de um hospital psiquiátrico caracterizado por graves violações aos direitos humanos, como coordenador geral de saúde mental, álcool e drogas (PASSOS, 2017).

O fato de a inserção institucional de pessoas ligadas à Reforma deixar de ocorrer, apesar de poder ser associado a decisões que implicam em graves retrocessos ao processo de *Desinstitucionalização*, como a já mencionada resolução nº 32, acarretou uma maior integração e mobilização dos movimentos sociais e associações. Essas entidades tornaram-se mais próximas das reivindicações de segmentos que relacionam a Reforma Psiquiátrica não só a mudanças no âmbito assistencial, mas a um contexto mais amplo de luta contra uma ordem social que se fundamenta na opressão/ exploração (PASSOS, 2017).

Foi o que se observou com as iniciativas tomadas contra a nomeação de Wurch, como o encaminhamento de pedidos de audiência pública e notas de repúdio ao Ministro da Saúde; os protestos e marchas; e a ocupação da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas

⁶ A tomada do poder executivo foi finalizada em agosto de 2016, quando a presidenta eleita, Dilma Rousseff, foi afastada, definitivamente de seu cargo. O golpe foi legitimado pela mídia a partir do discurso anti-corrupção (focalizado sobre integrantes do partido da presidenta por meio de vazamentos seletivos de delações premiadas), da apresentação dos interesses corporativos do judiciário como valores impessoais e da criação de uma base social (setores conservadores da classe média) que pudesse ser convencida de que era protagonista desse processo. Observa-se a intensificação de medidas neoliberais, entretanto, desde o fim do governo deposto, quando este adere às bandeiras de opositores tendo em vista a sua manutenção no poder, tal qual pode ser evidenciado pelo reajuste fiscal (SOUZA, 2016).

⁷ A nomeação do Ministro da Saúde Marcelo Castro e, em decorrência disso, de Wurch foi realizada como uma estratégia de permanência do governo, que ainda não havia sido deposto. Essa estratégia fundamentava-se em acordos entre o Partido dos Trabalhadores (PT) e aquele que, até então, era parte de sua base aliada, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) (PASSOS, 2017).

(CGMAD). Além disso, pode ser citada a realização do “Encontro de Bauru: 30 anos sem manicômios”, em dezembro de 2017, onde se reafirmou os fundamentos do encontro de 1987 e foram elaborados documentos (moções de repúdio e cartas) em que ficava clara a oposição aos investimentos em dispositivos manicomial, às medidas proibicionistas e à subversão dos princípios do SUS (ENCONTRO DE BAURU, 2017; PASSOS, 2017).

Desse modo, apesar dos avanços conquistados desde a aprovação da lei 10.216/01, observa-se uma série de dificuldades interpostas à efetivação do modelo de reabilitação psicossocial no contexto atual. Tais dificuldades podem ser associadas ao avanço do neoliberalismo, à articulação de setores contrários ao processo de *Desinstitucionalização* e à estigmatização do indivíduo em sofrimento psíquico, principalmente daqueles que fazem uso de substâncias psicoativas, como o *crack*. Mostra-se necessária uma maior mobilização dos segmentos da Sociedade Civil envolvidos com a RPB, assim como uma maior integração entre eles. Além disso, o vazio assistencial decorrente da desativação dos hospitais psiquiátricos requer um maior investimento do poder público em serviços que ofereçam o cuidado integral à saúde (como os CAPS III e os leitos em Hospitais Gerais) e que sejam capazes de lidar com as especificidades das demandas da população em situação de vulnerabilidade sem se pautar no autoritarismo.

2.3. REFORMA PSIQUIÁTRICA EM GOIÂNIA

Já que o trabalho de campo foi feito na cidade de Goiânia, será discutido, neste tópico, a trajetória da reforma psiquiátrica nesse município. A ideia é viabilizar o entendimento do processo que levou à consolidação do modelo de atenção psicossocial, assim como realizar o mapeamento das principais dificuldades à sua expansão e aperfeiçoamento, tal como pode ser evidenciado pela existência de poucos estabelecimentos capazes de prestar um atendimento em situações de crise; pela precariedade, pouca flexibilidade e articulação intra e inter-setorial; e a aprovação de políticas e legislações que autorizam a construção de dispositivos regidos pela lógica manicomial.

O município de Goiânia foi adotado como local de pesquisa não só pelo fato da dissertação estar vinculada a uma Universidade localizada na cidade, mas pelo papel que vem desempenhado dentro da Reforma Psiquiátrica no contexto estadual. É nessa cidade que se organizaram os primeiros movimentos sociais e associações, como o Fórum Goiano de Saúde Mental (FGSM) e a Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental (AUSSM), e aonde

ainda acontece a maior parte dos encontros e eventos organizados por essas entidades. A escolha desse município como alvo do trabalho de campo deveu-se, também, ao fato da rede apresentar, apesar dos problemas a serem discutidos, maior diversidade de serviços comparativamente a outros municípios goianos, que, em sua maioria, restringem a atenção à saúde mental aos CAPS e à atenção básica (SILVA EA, 2012).

Goiás, que, em 2017, possui uma população estimada em 6 778 772 pessoas, tem apenas 2 equipes de consultório na rua, 11 SRTs, 4 leitos de saúde mental em um hospital geral, 17 beneficiários do Programa de Volta para Casa e nenhuma UA. Além disso, o Estado possui uma cobertura de CAPS (0,69 por 100 000 habitantes) abaixo da média nacional, que é de 0,86s (BRASIL, 2015, p. 13; IBGE, 2017). Em Goiânia, a saúde mental comporta, na atenção básica, 2 consultórios na rua e um Centro de Convivência e Cultura. A atenção psicossocial estratégica é formada por 8 CAPS, sendo 4 do tipo II, 1 tipo III, 1 Álcool e Drogas (AD), 1 Álcool e Drogas Infantil (AD i) e 1 infantil (i). Há ainda, enquanto estratégia de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial, respectivamente, 6 SRTs e 2 iniciativas de geração de trabalho e renda (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2017).

A discussão acerca da Reforma Psiquiátrica começa a ocorrer, em Goiânia, na década de 80, mas a criação dos movimentos sociais e associações só acontece a partir de 1994, quando é criado o FGSM⁸. No ano seguinte, é criada a AUSSM em um anexo no Hospital Aduino Botelho, com o objetivo principal de reivindicar o passe livre para os usuários dos serviços de atenção à saúde mental. Os objetivos dessa associação foram, com tempo, se expandindo, e, apesar das dificuldades enfrentadas em termos financeiros e organizacionais, hoje se constitui num dos principais articuladores da reforma no município e no Estado (FGSM, 2008; MARTINS, 2003)

O ano 1995, pode ser visto como emblemático, já que foi quando ocorreu a inauguração do primeiro serviço com funcionamento diuturno (Casa de Atenção Integral em Saúde Mental Água-Viva), a implantação do Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc (PSPWC) (passagem por esse serviço passo a ser vista como pré-condição para a concessão de autorização para internações) e a desativação do Hospital Psiquiátrico Professor Aduino Botelho (ARANTES; TOASSA, 2017; TAVARES, 2007).

Esse último evento requer uma maior atenção devido às representações que foram erigidas no imaginário da população de Goiânia em torno desse estabelecimento, já que as

⁸O capítulo 2 possui um tópico específico em que esse movimento é abordado.

violações aos direitos humanos, assim como a inexistência de condições mínimas de sobrevivência, eram elementos incorporados ao cotidiano do Hospital. Sua inauguração, em 1954, serviu ao propósito de normalização de todos os tipos sociais que fossem considerados um obstáculo à reversão da imagem de atraso que, até então, se tinha do estado de Goiás e de seus habitantes. Sob inspiração de ideais eugenistas, o hospital foi construído com o ideal de seleção, purificação do povo de Goiás, o qual, segundo os governantes da época, deveriam se constituir em conformidade com os ideais de progresso, modernidade e trabalho. Além disso, no contexto da ditadura militar, funcionou como um meio de punir os dissidentes políticos (PAULA, 2009).

Ainda década de 90, cabe destacar a aprovação da lei 7.775/98, que instituiu uma política de saúde mental formada pelos seguintes serviços: núcleo de atenção psicossocial, pronto-socorro, leitos psiquiátricos em hospital geral, pensão protegida, moradias, cooperativa e hospital-dia (GOIÂNIA, 1998). Já em 1999, houve a inauguração do primeiro CAPS da cidade: O CAPS tipo II Novo Mundo (SILVA, 2014).

Na primeira década dos anos 2000, podem ser citados como avanços da reforma a instauração do primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT) mediante convênio com a Santa Casa de Misericórdia; o descredenciamento de duas clínicas adeptas ao modelo manicomial (Clínica Bom Jesus e Clínica Espírita de Repouso); e a aprovação de uma lei que regulamenta os CAPS e cria uma gratificação para os cargos de gestão em tais dispositivos (Lei 8.292/04). Além disso, pode-se destacar, em 2006, a regulamentação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, destinado a executar medidas de segurança em conformidade com a Lei 10.216 e, em 2008, a do Gerarte (Associação de Trabalho e Produção Solidária de Saúde Mental) (ARANTES; TOASSA, 2017; MPMGO, 2009; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2017).

De 2010 até o presente destacaram-se a inauguração dos seguintes serviços: o Gerarte II, os consultórios na rua, o CAPS Noroeste, a Unidade de Acolhimento Transitório e o Centro de Convivência Cuca Fresca. Esses dois últimos serviços foram fechados repentinamente em outubro de 2016, devido a problemas com o contrato com a Organização Social (OS) que administrava os serviços. O Centro de Convivência foi reaberto em novembro de 2017, depois de ampla mobilização de entidades da sociedade civil e o bloqueio de recursos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) pela Defensoria Pública do Estado de Goiás (DPE/GO). Pode ser destacado, também, nesse período, a conversão do CAPS Novo Mundo em CAPS tipo III (julho de 2017) e a aprovação da lei 9.778/16, que dispõe sobre o Plano Municipal de atenção à

população em situação de rua (LOURENÇO; WANDSHEER, 2010; DPE/GO, 2017; GOIÂNIA, 2016)

Apesar da expansão observada, tais estabelecimentos enfrentam uma série de dificuldades, relacionados à estrutura física comprometida; à instabilidade; à falta de integração; à cronicidade; e à cobertura. Em pesquisa descritiva exploratória realizadas em 11 dos 16 serviços que compunham a Rede Especializada em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (RESM/SMS/GO) em 2012, CAVALCANTE *et al* (2014) constataram que a maioria dos serviços era formada por espaços pequenos, mal arejados, com paredes e tetos com infiltrações, mobiliário danificado e aquém do necessário e acústica que inviabilizava a privacidade. Além disso, foi observado que a maior parte dos serviços funcionava em edificações verticais (o que dificulta o acesso por pessoas com deficiência física) e em imóveis alugados (não foram construídos com o intuito de funcionarem como dispositivos de atenção à saúde mental; não possuem sede própria) (ARANTES; TOASSA, 2017; CASTRO, 2014).

Em outras pesquisas, constatou-se que a excessiva burocracia se constitui num obstáculo para se adquirir materiais, equipamentos e insumos básicos, além de dificultar a promoção da intersetorialidade (CASTRO, 2014; LIMA; SEILD, 2015). No caso dos CAPS, essa última questão está atrelada à falta de um projeto institucional que priorize a articulação com outras entidades, às mudanças recorrentes na gestão dos estabelecimentos e à responsabilização excessiva dos profissionais. Esse último fator se relaciona, também, à questão da cronicidade, na medida em que a insegurança em relação às condições urbanas (tráfego, deslocamento) e à capacidade da equipe de lidar com situações adversas (consumo de substâncias psicoativas, imprudência, situações de crise) acarreta na restrição das atividades ao espaço físico dos CAPS (FURTADO *et al*, 2017).

No caso dos Consultórios na Rua, a questão da pouca intersetorialidade e a falta de flexibilidade da rede também se constituiriam em aspectos que dificultariam o trabalho. Segundo os profissionais, outros serviços de saúde teriam dificuldades para aceitar pacientes em situação de vulnerabilidade social, como pessoas em situação de rua e dependentes de crack, além de haver uma atuação agressiva por parte de setores da segurança pública, como a guarda municipal e a polícia militar (LIMA; SEILD, 2015).

Ainda abordando a questão da intersetorialidade, mas de maneira menos específica, observa-se uma desarticulação entre coordenação de saúde mental e serviços, saúde mental e atenção básica e especializada, assim como entre gestão estadual e municipal. A causalidade desses problemas é atribuída, dentre outros fatores, à inexistência de uma gestão colegiada

efetiva, ao isolamento de projetos e à não valorização de iniciativas bem-sucedidas de matriciamento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2011).

Já no que diz respeito à cobertura, observa-se a existência de poucos CAPS (nem todos os distritos sanitários contam com CAPS) e de poucos estabelecimentos que oferecem atenção à crise. Essa última questão mostra-se de forma clara no fato de haver apenas 1 CAPS III na cidade, sendo a maior parte da atenção a urgência realizada pelo Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc (PSPWC), que, por sua vez, possui características manicomial (funciona em um anexo de uma clínica psiquiátrica privada e enfermarias são isoladas com grades e cadeados). Além disso, não há leitos psiquiátricos em hospitais gerais, sendo as internações realizadas em clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS (CAVALCANTE *et al*, 2014; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2011).

Outros problemas referem-se à equidade do cuidado, à qualificação dos profissionais e ao monitoramento dos serviços. A maioria deles se concentra no Distrito Sul e atende um volume de usuários maior do que o recomendado. Apesar de boa parte dos profissionais não deter a capacitação necessária para lidar com populações com demandas mais específicas (como é o caso da população em situação de rua), os cursos de especialização, quando ofertados, adotam critérios que priorizam profissionais mais qualificados. Além disso, faltam supervisores institucionais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2011).

Interessa mencionar, também, uma questão que, no âmbito estadual, é contrária aos propósitos da *Desinstitucionalização*: a inauguração do Centro de Referência em Dependência Química (CREDEQ), em junho de 2016, em Aparecida de Goiânia (região metropolitana de Goiânia). Esse serviço é categorizado como Hospital Psiquiátrico no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e possui como principal recurso terapêutico a internação. O governo estadual investiu 30 milhões na construção do estabelecimento, além do repasse mensal de 600 mil para Organização social responsável por geri-lo. Esse montante, entretanto, dá sinais de que não será suficiente para cobrir os gastos, que poderiam ser investidos, por sua vez, na expansão da RAPS (OGDH *et al*, 2016).

Ademais, a rede em Goiás enfrenta uma série de problemas relativos à precarização do trabalho, à capacitação dos profissionais, à estrutura física dos serviços e à gestão. Em pesquisa descritiva exploratória em CAPS do interior do estado, N. S. Silva (2012) constatou que grande parte dos profissionais possuem contratos temporários, ganham salários baixos e têm jornadas de trabalho reduzidas. Outrossim, a maioria não possui especialização em saúde mental ou teve contato com a RAPS (por meio de estágios, por exemplo) durante a graduação.

A estrutura física dos serviços também é precária, sendo comum a falta de locais propícios à execução de atividades em grupo, de materiais, equipamentos (como veículo próprio) e da equipe mínima recomendada. No que se refere à gestão, observa-se indefinição do papel dos profissionais (que exercem atividades alheias às suas funções), centralidade nos profissionais de medicina, pouca integração com outros serviços e o desconhecimento dos gestores municipais de como atuam os dispositivos da RAPS. Além disso, foi constatado que o investimento na RAPS não é interessante do ponto de vista político, já que não traz muito retorno eleitoral e afeta os interesses privados de donos de hospitais psiquiátricos e clínicas particulares. Este último fator também está relacionado ao sucateamento dos serviços adeptos ao modelo de atenção psicossocial (SILVA, 2012).

Assim, observa-se que tanto no contexto estadual quanto no municipal o processo de *Desinstitucionalização* enfrenta dificuldades para se expandir. Goiânia, entretanto, tem um papel de maior destaque, não só por ser a capital, mas por possuir uma rede de atenção à saúde mental mais diversificada que a maioria dos municípios do Estado e por ter sido onde os movimentos sociais primeiro se articularam. Apesar disso, foram constatadas dificuldades, assim como na maior parte dos municípios brasileiros, no sentido de fornecer o cuidado em situações de crise e de promover uma maior intersetorialidade.

3. O “PODER PSQUIÁTRICO”

3.1. O “LOUCO” COMO “RESÍDUO”

Antes de proceder a uma análise do poder psiquiátrico, é necessário entender o lugar que o “louco” ocupa na ordem social burguesa e os mecanismos por meio dos quais essa ordem é imposta. Assim, utilizar-se-á da noção de Foucault do “louco” como “resíduo” e, de maneira complementar a esta concepção, da ideia do “louco” como o “*bode expiatório*” formulada por Szasz para entender o processo por meio do qual alguém é diagnosticado e a que fins esse diagnóstico se presta. Além disso, com Castel (1978), o internamento poderá ser compreendido a partir de elementos que transcendem sua função terapêutica.

O internamento é uma forma de controle social que originariamente não era direcionado à loucura. Antes de ser reconhecido enquanto prática médica, enquanto parte do tratamento para a doença mental, era empregado contra todos aqueles que não tinham um lugar reconhecido dentro da estrutura social e da divisão do trabalho que lhe era característica. O encarceramento e a realização de trabalho forçado dentro de instituições tornaram-se, desde meados do século XIV, na Europa, medidas de repressão generalizada, destinadas a absorver os indivíduos que não encontravam trabalho dentro das relações tradicionais de produção e ao mesmo tempo eram impedidos de trabalhar em situações que escapassem a esses moldes (mendigos, imigrantes, prostitutas, vagabundos) (CASTEL, 2010).

Foi só a partir do século XVIII que a internação deixou de ser uma medida de repressão generalizada, passando a ser entendida socialmente como uma forma de assistência reservada a um círculo restrito de pessoas dentro da sociedade. O que determinou essa reconfiguração foi a instauração de uma ordem social burguesa em que o trabalho passou a ser tido como fonte de toda riqueza social e a internação como um desperdício de mão-de-obra. A partir daí, ao pobre com capacidade para o trabalho foi direcionada a assistência domiciliar e, sobretudo, filantrópica, e a internação passou a se restringir aos que, por se tratarem de casos-limite, poderiam se constituir em um perigo à sociedade, como é caso dos “loucos” (CASTEL, 1978).

Na perspectiva de Foucault, pode-se entender essa reconfiguração do tratamento reservado aos que não fossem socialmente úteis a partir da noção de “*Princípio de acumulação dos homens*”. Esse princípio seria aplicado tendo em vista o propósito de acumulação do capital e consistiria na distribuição das singularidades somáticas dos indivíduos e das forças de trabalho de que são portadoras. Ele possuiria uma tríplice função: tornar todos os indivíduos utilizáveis,

apesar de não ser necessário utilizá-los, tendo em vista a manutenção de baixos salários; tornar a força de todos os indivíduos juntos maior do que a soma das forças de cada um; e permitir a acumulação do tempo (de trabalho, de qualificação, de aprendizagem) (FOUCAULT, 2006).

Em outras palavras, a aplicação desse princípio teria como objetivo a docilização dos indivíduos, ou seja, o aumento das forças do corpo, em termos de utilidade social e, ao mesmo tempo, sua diminuição, em termos de obediência, de sujeição. Segundo Foucault: “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2002, p. 118). Assim, o que a aplicação desse princípio visava era a subordinação e adequação dos indivíduos ao princípio burguês de utilidade social.

Essa formatação foi realizada por meio do exercício do “*Poder disciplinar*”. Esse poder, que até o período em questão (século XVIII) havia se restringido a instituições isoladas, a ilhas dentro de uma sociedade em que predominava o poder soberano, converteu-se em algo generalizado, formando o que Foucault denominou como “*Sociedade Disciplinar*”. Desde então, o “*Poder Disciplinar*” deixou de se restringir às comunidades religiosas, ao processo colonizador e às instituições aqui analisadas (hospitais, depósitos, abrigos), tornando-se algo generalizado, que se encontra presente nas mais diversas instituições sociais (como as escolas e as fábricas) (FOUCAULT, 2006, p. 90).

O “*Poder disciplinar*” pode ser definido como:

[...] Uma forma de certo modo terminal, capilar, de poder, uma última intermediação, certa modalidade pela qual o poder político, os poderes em geral, vêm, no último nível, tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras, a maneira como todos esses poderes, concentrando-se para baixo até tocar os próprios corpos individuais, trabalham, modificam, dirigem o que Servan chama de “fibras moles do cérebro”. Em outras palavras, creio que o poder disciplinar é certa modalidade, bem específica da nossa sociedade, do que poderíamos chamar contato sináptico corpo-poder. (FOUCAULT, 2006, p. 50-1).

O “*Poder disciplinar*” se efetiva por meio de um controle minucioso do espaço, do tempo e da atividade dos indivíduos. Ele se utiliza da sanção normalizadora e da vigilância hierárquica para individualizar, categorizar e classificar. A vigilância hierárquica pode ser entendida como a atribuição da função de vigilância a uma equipe centralizada e na adaptação da organização, dinâmica e arquitetura das instituições de modo a possibilitar que essa função seja realizada de modo eficaz. Já a sanção normalizadora, consiste na aplicação de uma infra-penalidade, que pune os menores desvios com sanções de natureza corretivas, visando separar os indivíduos segundo os valores de bem e mal (FOUCAULT, 2002).

O exame, por sua vez, faz uma combinação desses dois mecanismos em elementos que

permitem a ligação entre a formação do saber e o exercício do poder. Tais elementos consistem em:

1. Inversão da economia da visibilidade no exercício do poder: O foco deixa de ser a autoridade e passa a ser o que a ela se submete, promovendo-se a disciplinarização deste por meio da sua vigilância constante;
2. Documentação da individualidade: Com o registro intenso e a acumulação documentária, o indivíduo é inserido em uma posição relativa à sua própria evolução entre os níveis e ao grupo no qual se insere.
3. A ideia de cada indivíduo é um caso: O indivíduo tido como um caso consiste na descrição de sua individualidade, efetuada a partir dos registros escritos já mencionados, e posterior comparação em relação aos outros a partir dessa descrição. Assim, um caso consiste numa descrição do indivíduo que permite sua objetivação e sujeição por meio de um status específico à sua individualidade (FOUCAULT, 2002).

Segundo Foucault:

[...] O exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto do poder. É ele que, combinando vigilância hierárquica e sanção normalizadora, realiza as grandes funções disciplinares de repartição e classificação, de extração máxima das forças e do tempo, de acumulação genética contínua, de composição ótima das aptidões. Portanto, de fabricação da individualidade celular, orgânica, genética e combinatória. Com ele se ritualizam aquelas disciplinas que se pode caracterizar com uma palavra dizendo que são uma modalidade de poder para o qual a diferença individual é pertinente. (FOUCAULT, 2002, p. 160)

Assim, por meio do exame os indivíduos são hierarquizados de acordo com sua menor ou maior adequação ao *“Princípio de acumulação dos homens”*. Os indivíduos que se encontram na base da hierarquia das instituições disciplinares, e que, portanto, não são utilizáveis dentro da ordem social burguesa, são nomeados por Foucault como *“resíduos”*. Estes, são remetidos, primeiramente, à família, que, em uma sociedade disciplinar, tem o papel de vinculá-los ao aparelho disciplinar, já que é por meio dos compromissos que possuem com seus familiares que os indivíduos são lançados e se submetem a tais dispositivos (FOUCAULT, 2006).

Quando a família não é capaz de executar essa função, entra em jogo, então, o que Foucault denominou como *“função psi”*, ou seja, o discurso, instituição e indivíduo destinado a suprir a disciplinarização não realizada. Ela permeia todos os sistemas disciplinares e pode ser associada, dentre outras áreas, à psicologia, psicanálise, assistência social, psiquiatria e

criminologia (FOUCAULT, 2006). Tais instâncias se fundamentam numa disciplinarização mais acentuada do que as outras instituições que compõem a sociedade, tendo em vista uma normalização dos indivíduos que não foram considerados adequados aos propósitos de acumulação do capital.

Essa relação entre a família e a função psi pode ser melhor evidenciada a partir da noção de “*lucro de anomalias*”. A partir dessa noção, Foucault mostra que além de vincular os indivíduos às instituições disciplinares, a família fortalece a ordem social burguesa na medida em que aponta, dentre os seus membros, aqueles que são “*anormais*”. Além disso, ao remeterem, no caso das classes mais abastadas, esses indivíduos às casas de saúde burguesa, asseguram também o poder econômico da burguesia (FOUCAULT, 2006).

Assim, pode-se dizer que o indivíduo encarcerado em uma instituição psiquiátrica é aquele que não pôde ser normalizado por nenhuma das instâncias citadas anteriormente, não podendo a ele ser conferido uma assistência no âmbito domiciliar e nem a responsabilização criminal. Segundo o autor: “Quanto ao doente mental, ele é sem dúvida nenhuma o resíduo de todos os resíduos, o resíduo de todas as disciplinas nas escolas, militares, policiais etc que podem ser encontradas numa sociedade” (FOUCAULT, 2006, p. 67).

Em uma perspectiva semelhante, Castel afirma:

Os que disseram que o mundo normal não diferia essencialmente do mundo asilar provavelmente não acreditavam dizer tanto: o Asilo nada mais é do que o dejetos da sociedade, a ordem da moralidade reduzida ao seu esqueleto de leis, obrigações e constrictões. Em comparação com esse modelo, são as regulações da vida corrente que enfraquecem e parecem laxistas. Compreende-se, portanto, que o Asilo tenha podido funcionar como o paradigma de uma sociedade ideal, no sentido de idealmente reduzida à ordem. Falanstério, em cujo seio nenhuma perturbação estranha pode mais abalar o harmonioso desenrolar da lei. Mas, de qualquer modo, estranho paradoxo, quando se sabe que esse espaço é aquele que enclausura essa loucura na qual nos comprazemos em ver um excesso de subjetividade. (CASTEL, 1978, p. 88)

Assim, o que determina o internamento de um indivíduo não é o fato dele estar em sofrimento psíquico e necessitar de tratamento, mas o fato dele não ser utilizável dentro de uma ordem social burguesa. O internamento funciona não só como uma forma de punição, mas como uma tentativa de realizar a sujeição, a docilização que a escola, o trabalho e a família não foi capaz de realizar.

A essa ideia do “*louco*” como “*resíduo*” pode-se relacionar, também, a teoria do “*bode expiatório*” desenvolvida por Thomas Sasz (1984). Segundo este autor, o “*louco*” encarnaria, em sociedades excessivamente pluralistas ou heterogêneas, a figura do mal, que precisa ser punido em prol da unidade social, que encontra, na realidade, em outros elementos as causas da

desintegração da ordem moral (SASZ, 1984). Ao “*louco*”, com a retórica e propaganda psiquiátrica, seria atribuído a causalidade de uma série de problemas sociais, havendo, por meio dessa desfocalização nos fatores que realmente desencadeiam esses problemas, a manutenção de uma determinada estrutura social, em que os interesses de determinados segmentos prevalecem em detrimento de outros.

Sasz desenvolve essa teoria fazendo um paralelo entre a Psiquiatria e a inquisição e comparando a função desempenhada, nos dois casos, pelo “*louco*” e pela feiticeira. Aqui, esse paralelo também é desenvolvido, mas é permeado pela questão de gênero, na medida em será feita uma comparação entre a feiticeira e a histérica. A ideia é analisar como as mulheres, em dois contextos históricos distintos, foram perseguidas por não se adequarem, tanto no século XV quanto no século XIX, à função de meras reprodutoras da força de trabalho, desafiando, assim, os interesses dos segmentos dominantes.

As bruxas se constituíam em uma ameaça pelo papel de liderança que exerciam frente às organizações camponesas e pelo tipo de conhecimento que perpetuavam. Antes de ser tipificada como um ser perverso, a feiticeira era a sacerdotisa, a curandeira e a conselheira, uma pessoa influente na comunidade em que atuava. Por essa influência, a ela era atribuída a função de liderança em revoltas camponesas que, no período em questão, cresciam devido ao processo de cerceamento e expropriação de terras, assim como das transformações decorrentes da passagem da idade média para o capitalismo mercantil. No mesmo sentido, eram um obstáculo ao propósito de forjar um novo proletariado, já que detinham conhecimento de métodos contraceptivos e abortivos, que possibilitavam que o sexo não se restringisse às funções reprodutivas. Além disso, por não possuírem um lugar reconhecido dentro da hierarquia clerical ou científica, desafiavam, por sua capacidade de cura, a racionalidade científica e a Igreja (FEDERICI, 2004; SASZ, 1984).

No que diz respeito ao diagnóstico de histeria, este era caracterizado pela grande maleabilidade e arbitrariedade, podendo ser aplicado a qualquer mulher que se recusasse ou não cumprisse adequadamente as suas funções de mãe e dona de casa (reprodutora de mão-de-obra apta a realizar trabalho doméstico não-remunerado). O que vai caracterizar uma histérica é a não conformidade aos parâmetros de mulher submissa, seja pela pretensão de exercer uma profissão; de práticas sexuais não-convecionadas; ou da não obediência ao marido, pai ou irmãos. Assim, toda mulher que se constituísse em um obstáculo aos valores burgueses de progresso e modernidade estaria sujeita à internação (ENGEL, 2009).

Desse modo, pode-se dizer que, nos dois casos analisados, o sacrifício de um “*bode*

expiatório” (seja a bruxa, seja a histérica) possibilitou que a ordem social permanecesse inalterada, já que, além de ser atribuída a causalidade de uma série de problemas sociais a essas mulheres, foi solapado o poder que essas detinham de reverter essa ordem. Isso, porque a recusa em exercer o papel de reprodutoras de mão-de-obra, poderia se constituir em um obstáculo para forjar o proletariado necessário à acumulação do capital.

Entretanto, nos casos aqui analisados, vale ressaltar a questão de gênero. As sanções aplicadas aos “*bodes expiatórios*” legitimaram-se a partir da concepção de que haveria identidades de gênero mutuamente exclusivas. A partir dessa concepção, atribui-se uma diferença biológica, natural entre as pessoas por meio da categoria sexo e, então, limita-se a conduta social desta pessoa a partir de algo que é tido como dado, inquestionável (BUTLER, 2001). No caso da inquisição e da internação da histérica, o que fundamenta a dominação é justamente a ideia de que as mulheres não teriam, por sua constituição biológica, a capacidade de serem tão racionais quanto os homens, sendo mais propensas, assim, às artimanhas do demônio ou ao descontrole emocional.

Assim, pode-se concluir, com base nos conceitos desenvolvidos que o que condiciona a internação não é o sofrimento psíquico, mas o propósito de controle social de alguém que nem os aparelhos disciplinares nem a família foi capaz de docilizar. O “*louco*”, constituindo-se no “*resíduo*” dos outros sistemas disciplinares, é remetido a uma instância que se apoia em dispositivos disciplinares extremados de modo a conformá-lo, formatá-lo ao ideal de utilidade social. Dominação é o propósito da Psiquiatria e da institucionalização e, por meio da comparação com outros instrumentos de controle social, como é o caso da Inquisição, pode-se compreender o quão útil é, para as classes dominantes, culpar e punir aqueles que representam uma ameaça aos seus interesses.

3.2. O “PODER DISCIPLINAR” NO ASILO

Nesta seção será explicitado como o “*Poder disciplinar*” é adaptado ao contexto do *Asilo*. Este se coaduna aos propósitos de controle social da Psiquiatria na medida em que funciona como uma extensão do corpo do psiquiatra, munindo-o com uma série de dispositivos, mecanismos e estratégias por meio das quais é possível conter a loucura. Assim, ele será entendido como um instrumento a partir do qual se reforça a desigualdade de poder que permeia a relação médico-paciente e não simplesmente como uma instituição com regras, tal qual afirma o próprio Foucault (FOUCAULT, 2006, p. 7). Será utilizada, além da genealogia foucaultiana,

os conceitos de “*Instituições totais*” e “*Instituições totalitárias*” desenvolvidos, respectivamente, por Goffman e Castel.

Em sua fase genealógica, Foucault desloca o seu foco da instituição em si e passa a se centrar sobre o suplemento de poder que a realidade asilar confere ao psiquiatra, sobre a prática da “*Direção*”. Ela consiste num conjunto de técnicas e objetos sobre os quais se fundamentam o domínio psiquiátrico e a partir dos quais se objetiva dar à realidade um poder coativo. A realidade é distanciada o máximo possível da realidade da loucura e o poder que se exerce dentro do *Asilo* é validado como o poder da própria realidade (FOUCAULT, 2006).

A prática da “*Direção*” se objetiva na “*microfísica do poder asilar*”, ou seja, no “[...] jogo entre o corpo do louco e o corpo do psiquiatra que está acima dele, que o domina, que o sobrepuja e, ao mesmo tempo, o absorve” (FOUCAULT, 2006, p. 237). Esse poder é exercido para promover a cura e se apoia sob quatro dispositivos/manobras: o desequilíbrio de poder, a reutilização da linguagem, o enunciado de verdade e o arranjo ou organização das necessidades.

O desequilíbrio de poder consiste na imposição da realidade ao doente como algo que lhe é externo e superior. O objetivo é minar a onipotência da loucura, que pode se manifestar na forma de uma ideia de grandeza ou no próprio delírio. No mesmo sentido, é imposta uma ordem, uma hierarquia que evidencia ao “*louco*” o seu lugar por meio de uma linguagem específica. Por meio desses dois dispositivos, o indivíduo é levado a reconhecer a vontade do outro como algo que lhe é superior, por ser portadora de uma realidade à qual ele não tem acesso. Ao mesmo tempo, com o que é nomeado por Foucault como enunciado da verdade, ao doente é imputada uma biografia específica, socialmente aceita e representativa da posição que ocupa dentro da estrutura social (FOUCAULT, 2006).

No que diz respeito ao arranjo ou organização das necessidades, consiste na institucionalização das carências por meio do emprego de um conjunto de táticas que objetivam deixar o doente abaixo do nível de existência. Por meio dessas táticas, tem-se em vista dissipar qualquer espécie de prazer que o doente possa obter da loucura e inculcar-lhe a ideia de que é a loucura (e não o internamento) que faz com que ele seja privado de uma série de elementos que uma pessoa considerada “normal” possui pleno acesso em sua vida cotidiana (FOUCAULT, 2006).

As táticas citadas por Foucault são às seguintes: a tática da indumentária; da comida; da carência de liberdade e tática para fazer trabalhar. A primeira consiste na utilização de roupas capazes de neutralizar a vaidade que é atribuída à loucura; a segunda em uma alimentação sóbria, uniforme e em quantidades pequenas; e a terceira é a criação de uma necessidade que

anteriormente o doente não possuía: a liberdade, o direito de ir e vir quando e como quiser. E, por fim, a quarta tática tem por objetivo levar o “*louco*” a reconhecer, pelos pequenos benefícios que lhe são conferidos dentro da instituição pelo dinheiro, que este possui certo valor e que o provimento de suas necessidades depende dele (FOUCAULT, 2006, p. 221).

Nesse ponto pode-se relacionar a “*microfísica do poder asilar*” aos “*Processos de mortificação do eu*” que Goffman atribui como uma propriedade das “*Instituições totais*”. Tal relação é passível de ser feita, mas com a ressalva de que este autor parte de uma análise microssociológica e se distancia de Foucault na medida em que coloca a instituição no centro de sua análise. Nesse sentido, não se parte aqui da perspectiva de Goffman do *Asilo* como um microcosmo, mas se utiliza de alguns dos conceitos desenvolvidos por esse autor como algo que auxilia no entendimento da assimetria de poder que caracteriza a relação entre o psiquiatra e o doente mental (CONDE, 2012). Em outras palavras, utiliza-se de algumas noções desenvolvidas em “*Manicômios, prisões e conventos*” para entender como alguns mecanismos da microfísica do poder operam no interior do *Asilo*.

Para Goffman, o *Asilo* pode ser definido como uma “*Instituição Total*”, ou seja, como uma instituição que apresenta alto grau de fechamento “[...] simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico [...]”. Dentre os cinco tipos de “*Instituições totais*” que compõem a sociedade, os *Asilos* se enquadrariam na categoria das destinadas a incapazes que representam perigo à comunidade, mas não de forma intencional, tal qual é o caso dos leprosários (GOFFMAN, 1990, p. 16).

Ao ser admitido em uma instituição total, o novato passaria por “*Processos de mortificação do eu*”, que consistem em “[...] mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele” (GOFFMAN, 1990, p. 24). Dentre esses processos, Goffman cita os seguintes: os processos de admissão, as indignidades e a exposição contaminadora.

Os processos de admissão são os mecanismos por meio dos quais os internos são enquadrados, incorporados à máquina administrativa. Um desses mecanismos é atribuição de obrigações ao interno dentro da instituição, que, caso não sejam cumpridas adequadamente, acarreta uma série de castigos e penalidades que fora da instituição só seriam atribuídas às crianças e aos animais. Outro mecanismo é a perda de propriedade, de bens necessários ao indivíduo para que este possua certo controle sobre a maneira de se apresentar aos outros, como

é caso de cosméticos e roupas. Além desses, há também o mecanismo das mutilações diretas e permanentes do corpo (como o ato de raspar a cabeça, as psicocirurgias e os tratamentos de choque) que culminam na desfiguração pessoal (GOFFMAN, 1990, p. 29).

O segundo “*Processo de mortificação do eu*” citado aqui são as indignidades, a participação do indivíduo em “[...] atividades cujas consequências simbólicas são incompatíveis com sua concepção do eu”. Essas indignidades podem ser físicas (posturas aviltantes, proibição de usar talheres em refeições) ou de fala (ter de se dirigir à equipe do hospital com excessiva deferência, ser xingado em público) (GOFFMAN, 1990, p. 31).

Por fim, a exposição contaminadora se refere à violação do território do eu, ao desrespeito da fronteira entre o indivíduo e o seu meio, sendo as encarnações do eu profanadas. Dentre outros elementos ela engloba a violação de informações pessoais (como a elaboração de dossiês e terapias de grupo), a exposição física (sujeira, desordem, contaminação) e o contato interpessoal imposto (alimentação forçada, revistas, exames invasivos e apelidos) (GOFFMAN, 1990).

Percebe-se, assim, certa similaridade entre o que Foucault denominou como o dispositivo do arranjo ou organização das necessidades e os “*Processos de mortificação do eu*” apontados por Goffman. A partir do que é desenvolvido por esses autores torna-se passível de compreensão os mecanismos de que a Psiquiatria se vale para desarmar o doente, para impossibilitar que este apresente qualquer tipo de resistência quando submetido a uma situação degradante. Despojar o doente de qualquer autonomia e dos meios de que se valia para exercê-la, torna mais fácil para Psiquiatria impor uma certa concepção de realidade e docilizar os indivíduos que não aceitam ou não se adequam a essa concepção.

O terceiro autor a ser utilizado aqui para entender como o “*Poder disciplinar*” opera no interior do *Asilo* é Robert Castel. Para este autor, o *Asilo* é uma instituição totalitária, ou seja, uma instituição característica do antigo regime, que tinha como função reprimir os seus opositores, recrutar populações concernidas e promover sua normalização e neutralização por meio do uso de técnicas disciplinares. Tais instituições passaram a ser malvistas a partir do final do século XVIII na Europa por terem funcionado como uma espécie de suporte para o Antigo Regime, sendo necessário, portanto, um processo de racionalização que as adequassem ao “*novo ambiente moral da sociedade burguesa*” (CASTEL, 1978, p. 77).

No caso dos *Asilos*, essa reforma teria sido realizada pelos *managers*, administradores capazes de operacionalizar os princípios da tecnologia alienista. O primeiro desses *managers*

foi Pinel⁹, que reuniu as três dimensões da síntese alienista: a classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico das doenças mentais e o tratamento e, com essa junção, também agrupou um saber, um poder e um lugar de exercício (CASTEL, 1978). Tais administradores, ao ordenarem o espaço asilar, possibilitaram que a loucura fosse distinguida enquanto doença e que aos seus diferentes subtipos fosse conferido um tratamento adequado. Segundo o autor:

É pelo mesmo ato que, ao ordenar o caos, institui um saber (as classificações nosográficas), uma prática eficaz (o tratamento moral), e uma redução dos focos de epidemias morais (a moralização). Não se trata de proceder a uma crítica radical da instituição hospitalar. Nem mesmo de ser cético, como os defensores da assistência a domicílio, com relação às suas virtudes terapêuticas, vendo nela, um mal menor. Ao contrário, um hospital é um observatório ideal e um centro de ação privilegiado. Donde o programa da medicina alienista: fazer do hospital um instrumento dócil nas mãos do médico esclarecido. Desenvolver nele uma tecnologia que, sem ser nova, é profundamente renovada por ter, enfim, encontrado todas as condições susceptíveis de maximizar sua eficácia. (CASTEL, 1978, p. 85).

Essa ordem que é instaurada no interior do *Asilo*, por sua vez, fundamenta-se sobre as seguintes operações: isolamento, constituição da ordem asilar e a relação de autoridade que une o médico e seus auxiliares ao doente. No caso da primeira operação, o objetivo é isolar a loucura dos fatores externos que possam desencadeá-la; constituição da ordem asilar consiste na “[...] articulação rigorosa dos lugares, das ocupações, dos empregos do tempo, das hierarquias que tecem a vida cotidiana do doente com uma rede de regras imutáveis”; e, por fim, a terceira operação consiste no jogo que se estabelece entre o médico e o paciente com o objetivo de imputar-lhe a razão, que lhe é externa, atribuída ao médico e incorporada à instituição asilar na forma do tratamento moral (CASTEL, 1978, p. 87-8).

Assim, observa-se que tanto as táticas que permeiam a “*Microfísica do poder asilar*” apontadas por Foucault quanto as operações sobre as quais se fundamentam a “*ordem asilar*” segundo Castel apresentam certa similaridade no que diz respeito aos procedimentos de que se valem, assim como o seu objetivo principal de impor ao doente a razão, a concepção de realidade de que o médico é portador. Mostra-se necessário pontuar, entretanto, que Foucault e Castel não atribuem ao *Asilo* o mesmo lugar, já que Castel, coloca-o no centro de sua análise, vendo este como elemento central na definição do status de “*louco*”, como uma das bases sobre

⁹ Philippe Pinel foi um alienista francês que exerceu a função de direção em hospitais gerais que absorviam grande parte dos loucos de Paris no final dos séculos XVIII e XIX. Ficou conhecido como uma espécie de libertador por ter abolido as correntes e certos tipos de castigos físicos aplicados no tratamento à loucura, além de ter defendido um espaço diferenciado, medicamente marcado, reservado aos loucos (FOUCAULT, 1978).

as quais se apoiaria a legitimação do poder psiquiátrico, tendo em vista que, por ser medicamente marcado, teria por função a cura e o tratamento da doença mental (CASTEL, 1978, p. 55-6). De maneira distinta, para Foucault, essa legitimação é vista como estando fundamentada em aspectos distintos, os quais se ligam, basicamente, a transformação da verdade que dá embasamento ao conhecimento científico.

3. 3. A LEGITIMAÇÃO DO “*PODER PSQUIÁTRICO*”

A ideia central a ser desenvolvida nessa seção é a de que a Psiquiatria se constitui em uma espécie de poder (o “*Poder Psiquiátrico*”) que legitimou os dispositivos de controle social de que faz uso por meio do seu reconhecimento enquanto parte da medicina, enquanto parte de uma ciência fundamentada no que, na concepção de Foucault, consiste na verdade-demonstração. Além disso, essa legitimação também será explicada pelas noções de “*Poder simbólico*”, “*habitus*” e “*campo*” desenvolvidas por Bourdieu, assim como da noção de “*Sistemas peritos*” formulada por Giddens. Esses dois últimos autores auxiliam no entendimento de aspectos relativos aos poderes que na genealogia foucaultiana não são muito desenvolvidos, tal qual é o caso da noção de agente (CAFÉ et al, 2016; GOMES et al, 2009; SIMIONI, 1999).

Até o século XVIII, o conhecimento médico se fundamentou na verdade-acontecimento, ou seja, na ideia de que a verdade não é dada, mas procurada, desencadeada por rituais numa relação de poder entre o que é apreendido e quem apreende a verdade. A ela estava associada a noção crise, a ideia de que a doença deveria ser isolada de fatores externos e se manifestar em toda sua potencialidade em um espaço medicamente marcado, para só, então, ser contida, dominada pelo médico, que atuaria, assim, como uma espécie de árbitro (FOUCAULT, 1995, 2006).

A partir do século XVIII, a medicina deixa de se fundamentar na noção de crise e passa a se basear na anatomopatologia ou na neurologia. No caso da primeira, o diagnóstico se sustenta sobre um sistema de estímulo-efeito em que o médico se baseia em sinais evidentes ou obtidos mediante estímulos para determinar lesões num ponto específico. Já no caso da neurologia, no sistema estímulo-resposta: o corpo do doente é inquirido, de modo a apresentar uma resposta situada dentro de uma escala de automatismo e a partir da qual vai poder ser determinada uma disfunção. Essa transformação do conhecimento e da prática médica podem ser associadas às descobertas de Louis Pasteur, ligadas à microbiologia, de que o médico

poderia atuar como agente de contágio, não sendo, assim, o conhecedor da doença em sua verdade. A partir daí, o hospital deixa de ser visto como um lugar de prova, sendo essa função reservada aos laboratórios, e a ele começa a ser atribuída uma função de contra-ataque à doença (FOUCAULT, 1995, 2006).

Analisando a questão de forma mais abrangente, as transformações operadas pela pasteurização do hospital no século XVIII que levaram ao desenvolvimento da anatomopatologia e da neurologia podem ser vistas como decorrentes da suplantação da verdade-acontecimento pela verdade-demonstração. A verdade-demonstração é a verdade científica, o “[...] ritual de produção que toma corpo numa instrumentação e num método a todos acessíveis e uniformemente eficaz”. A verdade passa a ser vista como acessível a todos, sendo necessário apenas determinado tipo de conhecimento e técnicas para apreendê-la (FOUCAULT, 1995, p. 116, 2006).

A base sobre a qual se sustenta a categorização da medicina enquanto parte de uma verdade-demonstração, que é o uso de um corpo físico ou neurológico para determinar a causalidade das doenças, não é, entretanto, o mesmo fundamento de que se vale a Psiquiatria. Esta não pôde se desvencilhar da noção de crise pela ausência de corpo que lhe é característica e pelo fato do diagnóstico psiquiátrico ser absoluto e não diferencial, sendo a função central do psiquiatra determinar a realidade da loucura e não a sua espécie (FOUCAULT, 2006).

Assim, a Psiquiatria teve de continuar se valendo da noção de crise, sendo reconfigurada apenas a sua função na determinação do diagnóstico. A crise transfigurou-se na crise de realidade, na qual caberia ao médico o papel de julgar o real do não-real, o papel de árbitro. Por meio dos elementos que a compõem (o interrogatório, a utilização terapêutica da droga e o magnetismo e a hipnose) a ela seria dada uma marcação médica e o conhecimento psiquiátrico seria passível de ser reconhecido como um conhecimento científico (FOUCAULT, 2006).

Por meio do interrogatório, o médico relaciona a loucura do paciente a condutas de outros de familiares diagnosticados como “*loucos*” (pesquisa de antecedentes), a sinais de loucura já manifestos e organiza sua confissão central. O aspecto mais importante do interrogatório consiste na realização pública deste, na exposição a um grupo de estudantes de que o conhecimento do médico é reconhecido e de que este conhecimento possui uma ascendência sobre o conhecimento do paciente (FOUCAULT, 2006)

A utilização terapêutica da droga consiste na reprodução artificial e consequente experienciação da loucura pelo médico por meio da dimensão que é comum a esta e a normalidade: o sonho. Além disso, esse uso da droga permite que ela seja vista como uma

espécie de punição a um comportamento reprovável. No que diz respeito ao magnetismo e à hipnose, estes permitem que o psiquiatra atue sobre o corpo do paciente de forma mais ativa e complexa do que o “*Poder disciplinar*”, agindo sobre os nervos, os músculos, as faculdades morais e intelectuais e sobre o comportamento. Com o uso desse dispositivo, o médico pode dispor como bem entender do corpo do doente (FOUCAULT, 2006).

Em síntese, pode-se dizer que o poder psiquiátrico é esse suplemento de poder que a crise de realidade confere à Psiquiatria, esse status de ciência que lhe é atribuído por meio dela e que permite que a loucura seja inscrita num quadro nosológico (espécie de doenças) e anatomopatológico (correlativos orgânicos). É essa legitimidade que lhe é conferida por ser reconhecida como estando fundamentada em uma verdade-demonstração e que permite que baseie sua prática no “*Poder disciplinar*”. Nos termos de Foucault:

Em linhas gerais, o poder psiquiátrico diz o seguinte: a questão da verdade nunca será posta entre mim e a loucura, pela simples razão de que eu, a Psiquiatria, já sou uma ciência. E se tenho direito, como ciência, de me interrogar sobre o que eu digo, se é verdade que posso cometer erros, como quer que seja, cabe a mim, e somente a mim, como ciência, decidir se o que digo é verdade ou corrigir o erro cometido. Sou detentora, senão da verdade em seu conteúdo, pelo menos de todos os critérios de verdade. E é nisso aliás, é porque, como saber científico, detenho assim os critérios de verificação e verdade, que posso me associar à realidade e a seu poder e impor a todos esses corpos dementes e agitados o sobre poder que vou dar à realidade. Sou o sobrepoder da realidade na medida em que detenho por mim mesmo e de maneira definitiva algo que é verdade em relação à loucura. (FOUCAULT, 2006, p. 166)

Desse modo, pela qualificação conferida por certo número de procedimentos de pedagogia e seleção, o único indivíduo visto como capaz de acessar a verdade da loucura passa a ser o Psiquiatra. É somente ele que, mediante circunstâncias, formas de pensamento e técnicas específicas, vai ser autorizado a diagnosticar, prescrever um tratamento e determinar a cura da doença mental (FOUCAULT, 2006).

É nesse ponto que se pode relacionar a teoria desenvolvida por Foucault à desenvolvida por Bourdieu em relação ao campo científico. Ambos os autores vêem o poder e o saber como dois elementos relacionados, estando o exercício do primeiro ligado a determinados tipos de conhecimentos, técnicas e visões de mundo. Entretanto, enquanto Foucault não analisa nas obras aqui vistas a questão do lugar ocupado pelo médico dentro da estrutura social e dos interesses que subjazem a essa posição, Bourdieu as desenvolve tendo por base as noções de campo e “*Autoridade científica*”. Todavia, para entendê-las é necessário, antes, explicitar os conceitos de “*campo social*”, “*Poder simbólico*” e “*habitus*” formulados pelo autor.

No cerne da teoria desenvolvida por Bourdieu está a perspectiva de síntese, a busca por uma representação da sociedade que possa conciliar a perspectiva subjetivista e objetivista. Essa conciliação é obtida a partir da representação da sociedade como um espaço social, ou seja, como um:

[...] Conjunto de posições distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento e, também, por relações de ordem, como acima, abaixo, entre [...]. (BOURDIEU, 2008, p. 18-9)

O espaço social é formado por diferentes “*campos sociais*”, isto é, por espaços estruturados de posições em que os indivíduos teriam sua colocação determinada, numa primeira dimensão, pelo volume total de capital que possuem, e, numa segunda dimensão, pela proporção do capital que possui maior significância dentro do campo em questão (BOURDIEU; 1998, 1983). Por exemplo, no campo econômico, apesar de, numa primeira dimensão, o que determinar a posição dos agentes ser a soma do capital político, cultural, econômico, o que possui maior significância e, portanto, maior influência sobre essa posição, é o capital econômico.

A estrutura dos campos sociais, por sua vez, seria determinada pelo estado das lutas simbólicas, nas quais estaria em jogo a detenção do “*Poder simbólico*”. Esse poder é definido pelo autor como “o poder de fazer coisas com as palavras”, o “[...] poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU, 1990, p. 167, 1998, p. 7-8). A detenção desse poder se manifestaria de forma objetiva (estratégias que dão visibilidade a um grupo, estratégias individuais de apresentação de si) e de forma subjetiva (poder sobre os esquemas classificatórios).

Os indivíduos com maior chance de deter esse poder são aqueles que possuem maior capital acumulado e, assim, maior domínio do “*habitus*” do campo em que se dá a luta. O “*habitus*” consiste nas regras de jogo dentro dos campos; nas estruturas cognitivas e avaliativas por meio das quais os agentes reconheceriam o mundo social. É por meio dele que os indivíduos classificam e se localizam dentro do espaço social, agindo de acordo com o que se espera de um indivíduo em sua posição e adquirindo gostos, estilos de vida e preferências representativas da posição que ocupam (BOURDIEU, 1990).

A partir do “*habitus*”, grupos com indivíduos com visões de mundo e interesses semelhantes tenderiam a ser formar, havendo, por parte daqueles que ocupam uma posição

dominante, a adoção de estratégias de manutenção da estrutura dos campos sociais e, por parte dos que ocupam uma posição dominada, a adoção de estratégias de subversão da ordem vigente. Do mesmo modo, tenderiam a se formar entre distintos campos sociais o que o autor denominou como homologias, ou seja, aproximações entre grupos que apresentam posições divergentes em determinado campo social, mas análogas em outra (como exemplo, o autor cita os intelectuais e os trabalhadores) (BOURDIEU, 1998, p. 154).

Tendo em vista essa concepção de que os grupos podem ocupar uma posição dominante em alguns campos, mas uma posição dominada em outros, Bourdieu rompe com a ideia de uma dominação direta por parte de uma classe detentora dos meios de produção. Em uma perspectiva semelhante à de Foucault, ele formula o seguinte conceito de dominação:

A dominação não é o efeito direto e simples da ação exercida por um conjunto de agentes ("a classe dominante"), mas o efeito indireto de um conjunto complexo de ações que se engendram na rede cruzada de limitações que cada um dos dominantes, dominado assim pela estrutura do campo através do qual se exerce a dominação, sofre de parte de todos os outros. (BOURDIEU, 2008, p. 52).

Tomando por referência os conceitos apresentados, resta agora aplicá-los ao estudo do campo científico e do lugar que a medicina, reconhecida enquanto faculdade superior, ocupa dentro dele. No interior desse campo, o capital disputado nas lutas simbólicas é a “*Autoridade científica*”, ou seja, a combinação de capacidade técnica e poder social, a capacidade de agir e falar legitimamente. Assim como nos outros campos, esse capital se objetiva nas instituições, nas disposições e comanda as estratégias de manutenção ou subversão da estrutura então vigente (BOURDIEU, 1983).

O poder do conhecimento científico residiria no fato de ser reconhecido enquanto algo neutro, algo que não seria afetado pelos interesses dos diferentes grupos que compõem os campos. A parcialidade das representações formuladas nesse campo seria mascarada por meio do uso da retórica da cientificidade e da ostentação tecnológica, ou seja, do uso de uma linguagem que faz referência a fontes canônicas e de ferramentas e técnicas que propiciam a demarcação do debate científico e funcionam como sinais de distinção em relação ao debate profano, ao senso comum (BOURDIEU, 1983, p. 152-3).

No que se refere à oposição entre dominantes e dominados, esta manifestar-se-ia no campo científico com a oposição entre as “*faculdades superiores*” e as “*faculdades inferiores*”. Esse antagonismo, originalmente formulado por Kant, é desenvolvido por Bourdieu em “*Homo Academicus*”, obra em que, mediante uma pesquisa realizada entre professores de universidades parisienses, discorre acerca da autonomia do campo científico. Nessa obra, o

autor situa a medicina entre as faculdades socialmente dominantes e culturalmente dominadas, possuindo, assim, grande dependência em relação à estrutura dos outros campos e pouca capacidade crítica e subversiva (BOURDIEU, 2008).

As faculdades socialmente dominantes (Direito e Medicina) são formadas por indivíduos com uma alta taxa de integração social (maior número de filhos, menor número de celibatários e maior número de premiações) e de integração à ordem social (posicionamento político, ideológico e “*habitus*” conformados à ordem vigente). Professores das faculdades de Direito e Medicina tenderiam a apresentar um “*habitus*” pouco afeito ao cientificismo, mais ligado à esfera prática, e a um posicionamento político e ideológico de direita, que apresenta tal grau de conformidade com a ordem que, em geral, não é racionalizado (BOURDIEU, 2008).

A seguinte citação ilustra de maneira clara o que diz Bourdieu a respeito da ortodoxia comum aos professores de Medicina e de Direito:

Habría que evocar asimismo aquello que o pone la investigación científica, libre pensamiento que no conoce otro límite que él mismo, no solamente a una disciplina normativa como el derecho sino incluso a ese arte científicamente garantizado que es la medicina, encargada de poner a la ciencia en la práctica, y también de imponer un orden, el orden de los médicos, es decir una moralidad, un modo y un modelo de vida, como se lo ha visto a propósito del aborto, en nombre de una autoridad que no es solamente la de la ciencia, sino la de los "capacitados", "notables" predispuestos por su posición y sus disposiciones a definir lo que es bueno y lo que está bien (es conocida la particular intensidad de la participación de los profesores de medicina en los organismos públicos, en las comisiones y, de manera más general, en la política, y las funciones de perito ante gobiernos y organismos internacionales que cumplen los juristas, en particular los especialistas en derecho internacional, en derecho comercial o en derecho público). (BOURDIEU, 2008, p. 74)

Mais do que uma ciência, a Medicina, principalmente a clínica, traduziria a posição dominante ocupada em outros campos sociais de seus membros em uma arte, uma prática, formada por todo um *ethos*, por disposições às quais se esperam que tais profissionais se adéquem. Sua metodologias, instrumentos e técnicas são menos racionalizados, objetivados quando em comparação às Ciências e às Letras, havendo, assim, maior dependência em relação a um estado incorporado do que em relação a um conhecimento que é aprendido de maneira sistematizada (BOURDIEU, 2008).

Desse modo, pode-se dizer que a Psiquiatria, ao ser reconhecida enquanto parte do campo científico, usufrui da suposta neutralidade e objetividade propiciada pela “*Autoridade científica*”, ao mesmo tempo em que se constitui em uma das áreas que possuem maior interesse na manutenção da ordem vigente. Mesmo ocupando uma posição culturalmente dominada, esse status de cientificidade lhe garante um adicional de legitimidade fora do campo científico e

assegura que as representações que formula acerca do mundo social sejam vistas como as mais apropriadas e não como as mais vantajosas para os grupos aos quais pertencem os profissionais da medicina.

O sobrepoder que é atribuído à Psiquiatria pode ser entendido, tanto na obra de Foucault como na de Bourdieu, a partir do mesmo elemento: a legitimidade que é conferida ao conhecimento científico por ser reconhecido como neutro. Para o primeiro autor, a Psiquiatria alcança esse status a partir do uso de uma linguagem nosológica e anatomopatológica, que insere a doença mental no rol das doenças físicas e neurológicas e possibilita que a verdade enunciada pelo psiquiatra seja reconhecida como verdade-demonstração. O acesso do psiquiatra à essa verdade, por sua vez, é autorizado a partir de uma série de procedimentos de pedagogia e seleção, por meio dos quais, mediante o uso de técnicas e formas de pensamento específicas, ele terá legitimidade para diagnosticar e prescrever um tratamento ao doente mental.

Utilizando a teoria desenvolvida por Bourdieu, de maneira análoga à Foucault, o poder que é conferido ao psiquiatra pode ser visto como decorrente da “*Autoridade científica*”, do capital que, revestindo-se da ostentação tecnológica e da retórica da cientificidade, distingue o debate científico do profano e classifica aquele como superior a este. Entretanto, em Bourdieu, esse reconhecimento da superioridade do conhecimento psiquiátrico em relação ao senso comum também é visto como decorrente do lugar ocupado pelo psiquiatra dentro de outros campos sociais que não o científico. Por estar no topo das hierarquias dos campos econômico e político, o psiquiatra, como médico, preocupa-se com a manutenção da estrutura social vigente, incorporando essa defesa da ordem social em sua prática.

A essas duas perspectivas pode-se adicionar, ainda, uma terceira: a ideia de “*Sistemas Peritos*” desenvolvida por Anthony Giddens. De maneira semelhante à ideia de poder psiquiátrico desenvolvida por Foucault e “*Autoridade científica*” formulada por Bourdieu, esse conceito ajuda a entender o processo por meio do qual o Psiquiatra passa a ser reconhecido enquanto um especialista e, utilizando-se de uma linguagem e de práticas inacessíveis aos leigos, pode legitimar o seu diagnóstico enquanto algo neutro. Além disso, ao tratar da questão de como a tradição é suplantada pela confiança em “*Sistemas peritos*”, pode-se realizar um paralelo com a ideia desenvolvida por Foucault acerca da substituição da verdade-acontecimento pela verdade-demonstração.

Segundo Giddens, nas sociedades tradicionais a memória coletiva seria preservada e a vida cotidiana seria organizada por meio da tradição, da reorganização do presente por meio da recorrência ao passado. Em tais sociedades, o ritual se constituiria na parte da estrutura social

que, por sua linguagem denotativa e sua autonomia temporal em relação às práticas cotidianas, garantiam às tradições certa estabilidade e integridade. Tais rituais seriam desencadeados pelos guardiões, ou seja, agentes ou mediadores, que devido ao status que possuem, teriam pleno acesso à verdade formular, à eficácia causal do ritual, não sendo esta acessível aos leigos (GIDDENS, 1997).

No contexto da modernidade¹⁰, em que as relações sociais são caracterizadas pelo desencaixe, ou seja, por extensões indefinidas de tempo e espaço, a segurança ontológica¹¹ passa a ser fundamentada na confiança¹² nos “*Sistemas peritos*”. Estes, por sua vez, consistem em: “[...] sistemas de excelência técnica e profissional que organizam grandes áreas do ambiente material e social em que vivemos hoje”. Estes sistemas têm por base não mais a verdade formular, mas o conhecimento especializado, um conhecimento de caráter cético e universalizador que tem como motor a discordância (GIDDENS, 1990, p. 35, 1997).

A confiança nos “*Sistemas peritos*” provém tanto do cálculo racional de vantagens e riscos, quanto dos representantes de tais sistemas. Tais representantes, ao mesmo tempo em que baseiam sua autoridade em um conhecimento reflexivo, passível de questionamento e revisão e em uma competência técnica não extensiva a outros sistemas peritos, legitimam-se enquanto especialistas devido ao que o autor denomina como separação entre palco e bastidores. Essa, por sua vez, consiste na inacessibilidade dos leigos a uma parte do que os representantes dos sistemas peritos fazem. Ela possibilita maior confiança pelo fato de não levar ao conhecimento do público todos os erros e o quanto o acaso interfere no processo de aplicação desses sistemas. (GIDDENS, 1990).

Aplicando esses conceitos de Giddens ao estudo da legitimação do “*Poder Psiquiátrico*”, pode-se entender que o fundamento deste está justamente nessa inacessibilidade dos leigos ao que ocorre nos bastidores. Sendo reconhecida enquanto um sistema de excelência técnica e profissional, a Psiquiatria passa a ser vista como neutra e se vale dessa pretensa imparcialidade para exercer as suas funções de controle social. A dominação só se efetiva na medida em que o seu diagnóstico é revestido pelo uso de uma linguagem e de práticas que não podem ser compreendidas e, assim, contestadas.

¹⁰ “[...] estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do século XVIII e que posteriormente se tornaram mais ou menos mundiais em sua influência” (GIDDENS, 1990, p. 12)

¹¹ “A expressão se refere à crença que a maioria dos seres humanos têm na continuidade de sua auto-identidade e na constância dos ambientes de ação social e material circundantes” (GIDDENS, 1990, p. 95).

¹² “A confiança pode ser definida como crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma fé na probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos (conhecimentos técnicos)” (GIDDENS, 1990, p. 41)

A partir da teoria de Giddens, pode-se concluir que, mesmo em sociedades em que os indivíduos possuem maior autonomia, maior capacidade de escolha entre estilos de vida distintos, a dominação não deixa de ser exercida, sendo tais escolhas condicionadas por decisões sobre as quais os indivíduos detêm pouca influência. A Psiquiatria pode, desse modo, ser vista sob esse viés coercitivo, restando aos indivíduos a ela sujeitos pouca margem para objeção, já que não detêm a legitimidade para tanto, ou seja, não são reconhecidos como especialistas.

O propósito desses três primeiros tópicos do capítulo foi apresentar a fundamentação teórica sobre a qual se estrutura a dissertação. A contestação ao diagnóstico e tratamento psiquiátrico realizados no processo de implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira só podem ser entendidos na proporção em que se compreende contra que tipo de dominação e controle social ela se opõe, assim como os processos por meio dos quais se legitimam. Os constructos e teorias apresentados ajudam a desmitificar e desnaturalizar as noções que são apresentadas pela Psiquiatria e que validam o diagnóstico e tratamento psiquiátrico como o uso de uma justificativa terapêutica.

Compreendido como o “*resíduo*” das instituições disciplinares que permeiam a sociedade e como “*bode expiatório*”, o “*louco*” deixa de ser reduzido à doença e passa a ser visto como alguém que não é utilizável dentro da ordem social burguesa. Por meio de tais conceitos, a análise pode centrar-se nas contradições sociais que estão envolvidas no diagnóstico do “*louco*” e não em explicações morais ou biologizantes. A loucura pode ser entendida a partir dos fins a que se presta essa categorização em uma sociedade disciplinar.

Com as ideias de “*Microfísica do poder*”, assim como as noções de “*Processos de mortificação do eu*” e “*ordem asilar*”, o objetivo de controle social a que se presta o internamento torna-se explícito. O *Asilo* é despojado de seu véu terapêutico e visto a partir dos propósitos de isolamento e disciplinarização, sendo evidenciado os mecanismos utilizados para a normalização do “*louco*”, que, por sua vez, podem ser melhor associados, no âmbito de uma sociedade que tem por base os princípios de liberdade e escolha individual, ao tratamento conferido às crianças e aos animais.

Entende-se como esse tratamento e além dele, o diagnóstico, mesmo incompatível com os princípios já apontados, podem se legitimar em sociedades pós-tradicionais. A crise de realidade confere uma marcação médica ao veredito “*louco*”/“*não louco*”, sendo a loucura inscrita num quadro nosológico e anatomopatológico. Por ser determinada a partir de uma linguagem técnica, cientificista, os leigos não possuem o reconhecimento necessário (ou a

“*Autoridade científica*” necessária) para apresentar uma contra-argumentação. Assim, a Psiquiatria pode se impor com pouca margem para objeção.

3.4. A CRÍTICA AO PODER PSIQUIÁTRICO

O objetivo principal deste tópico é discutir os pressupostos teórico-metodológicos sobre os quais se fundamentam a Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) que, por sua vez, se constitui na principal referência para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Primeiramente, serão analisadas as diferentes teorias e modelos que entre o final do século XIX e o período pós-guerra questionaram o modo como era exercido o diagnóstico e o tratamento psiquiátrico. Em seguida, utilizar-se-á das obras de Basaglia (1985, 2005) e Rotelli (1987) para discutir como o questionamento e as transformações operadas pela PDI puderam se dar de maneira mais abrangente que nos modelos anteriormente propostos.

A crítica ao “*Poder Psiquiátrico*” estrutura-se sobre o questionamento do poder e de como esse poder se relaciona à produção de um saber que é reconhecido como verdadeiro. Num primeiro momento essa crítica não teve por objetivo anular o poder do psiquiatra, mas apenas tornar o saber sobre o qual este se fundamenta mais preciso. Nesse sentido, pode-se situar aqui o que Foucault denomina como a “*despsiquiatrização*” e o que Castel nomeia como “*aggiornamento*”.

A “*despsiquiatrização*” é associada à psicocirurgia e à psiquiatria farmacológica, que se fundamentam na ideia de que a doença não precisa se manifestar em toda sua potencialidade (pretensão que, na realidade, geraria a simulação) para que o médico estabeleça uma relação adequada entre o diagnóstico e a terapêutica. Outra forma de “*despsiquiatrização*” é a psicanálise, que ainda tem por base a busca pela manifestação da doença em toda a sua potencialidade, mas não no espaço asilar. A produção da verdade é deslocada para um local em que se possa analisá-la no nível do discurso, estabelecer uma relação supostamente equitativa entre médico e o paciente e em que a simulação seja contida pelo pagamento das sessões (FOUCAULT, 1995, 2006).

Em um sentido semelhante, Castel emprega o termo “*aggiornamento*” para se referir ao processo por meio do qual diferentes reformas no âmbito da psiquiatria foram operadas sem que, no entanto, o princípio de dominação que a sustentava fosse alterado. Tais reformas teriam consistido em atualizações e reconfigurações que fariam com que o exercício do poder psiquiátrico fosse legitimado em diferentes contextos. No cerne de tais reformas está o

questionamento do asilo enquanto medida eficaz no tratamento e cura da doença mental, do internamento enquanto um dispositivo a ser utilizado de forma indistinta a todos tipos e níveis de loucura e a substituição das técnicas autoritárias coercitivas pelas intervenções persuasivas manipuladoras (CASTEL, 1978).

O “*aggiornamento*” teria se iniciado na segunda metade do século XIX, quando se buscou alternativas à sintomatologia¹³ devido ao seu distanciamento em relação à medicina clínica e quando a concepção de dois elementos que compõem o tratamento moral (o paciente e a instituição) foi alterada. O intuito da psiquiatria passa a ser não somente isolar e tratar o doente mental mas muni-lo das condições necessárias para a vida em sociedade. Ao mesmo tempo, o médico passa a ser reconhecido como uma autoridade que deve atuar não somente no âmbito institucional, mas na comunidade (CASTEL, 1978).

Dentre os modelos que podem ser relacionados ao “*aggiornamento*” estão aqueles desenvolvidos no período do pós-guerra na Europa e nos Estados Unidos: as comunidades terapêuticas e a psicoterapia institucional; a psiquiatria comunitária ou preventiva e a psiquiatria de setor. Enquanto as duas primeiras perspectivas reformistas tinham como base a ideia de que o *Asilo* é uma instituição de cura, sendo necessário somente aperfeiçoá-la, as outras tinham como princípio a extensão da psicoterapia ao espaço público e, ao invés do tratamento da doença mental, a promoção da saúde mental (AMARANTE, 1995).

Foi só na década 60 do século XX que surgiram alternativas que não propunham somente a reconfiguração do poder psiquiátrico, a sua conservação sob uma nova forma, mas a luta contra essa relação de poder em que o paciente passa a ser tratado como um cidadão sem direitos. Antes da PDI, desenvolveu-se, enquanto parte dos movimentos de contra-cultura característicos da época, a antipsiquiatria, que questionou não só a instituição asilar, mas também a legitimidade do saber psiquiátrico na determinação do binômio “*louco*”/não “*louco*”, propondo uma relação dialógica entre a razão e a loucura e um método terapêutico que valorizasse, sobretudo, o discurso. Essa valorização, entretanto, pode ser entendida como estando na base de uma de suas limitações. Isso, porque ao reduzir a esquizofrenia a problemas de comunicação entre as pessoas essa vertente terminaria realizando uma “*gênese comunicativa*” (AMARANTE, 1995).

A Psiquiatria Democrática Italiana, por sua vez, surgiu na década de 1970, em Bolonha, na Itália. A PDI consistiu num movimento político que congregou diferentes atores sociais

¹³Consiste em uma classificação nosográfica que toma por base os sintomas e os sinais externos da doença (CASTEL, 1978).

tendo em vista a regulamentação de um sistema de saúde mental que tivesse por base a Tradição Basagliana. Essa regulamentação foi alcançada por meio da aprovação da lei nº 180 (Lei Basaglia) em 13 de maio de 1978. A partir daí, o trabalho realizado pelo psiquiatra Franco Basaglia em Trieste, assim como os princípios e conceitos que orientaram a transformação dessa instituição, tornaram-se as principais referências para os serviços de saúde mental a serem instaurados no país (AMARANTE, 1995).

Dentre os principais elementos da Lei Basaglia, Franco Rotelli, outro psiquiatra pertencente à PDI, destaca os seguintes elementos: a proibição da internação compulsória e da construção de novos espaços a ela destinados; a atribuição de responsabilidade aos serviços territoriais pela saúde mental; e a abolição do estatuto de periculosidade e da tutela jurídica dos doentes mentais. Essa lei traria como principal característica, entretanto, o fato de não dar uma forma acabada, pronta à desinstitucionalização, associando-a a um processo dinâmico, sempre em construção (ROTELLI *et al*, 1987)

Basaglia propõe a transformação da relação entre psiquiatra e paciente, dos métodos empregados para o tratamento da doença mental e do papel reservado ao “*louco*” dentro da sociedade. Para o autor, a doença mental deveria ser colocada entre parênteses, ou seja, a alienação que é atribuída ao “*louco*” deveria ser entendida não só como resultado da doença, mas dos processos de exclusão e institucionalização a que é submetido. Seriam a partir desses processos que se poderia explicar a sua “*desumanização*”, ou seja, a sua objetivação na instituição. Por meio da “*desumanização*”, é que o indivíduo tornar-se-ia apático, indiferente às recorrentes humilhações e privações a que está submetido no processo de internamento, tornando-se, assim, dócil, dependente e subordinado às regras da instituição (BASAGLIA, 2005).

A institucionalização não serviria, assim, ao propósito de tratamento da doença mental, tendo em vista que, ao invés disso, ela acentuaria o processo de alienação. O seu objetivo real seria o de esconder os processos de que a sociedade faz uso para canalizar sua agressividade e eliminar aquilo que perturba a sua expansão. O internamento seria uma espécie de punição aplicada ao “*louco*” pela inteligibilidade do mundo por ele criado e pelo fato da sociedade não reconhecer a responsabilidade sobre uma série de contradições que evidenciavam-se com a manifestação da loucura (BASAGLIA, 2005).

Assim, tendo em vista a ineficácia da internação para o tratamento da doença mental e o seu propósito de exclusão social, Basaglia propõe como alternativa ao modelo manicomial o “*Revolucionamento Institucional*”, ou seja, serviços de saúde mental que não se restrinjam a

um modelo estático, mas que se fundamentem num processo dialético de constante transformação. Nessa proposta, a relação entre o paciente e o psiquiatra não se fundamenta na autoridade e no paternalismo, que, por sua vez, visam à sujeição, mas na liberdade, no direito de oposição ao diagnóstico e ao tratamento e na conscientização do “louco” por parte do psiquiatra dos processos de exclusão a que está sujeito. Tem-se como objetivo, desse modo, o desenvolvimento da autonomia e o reconhecimento de direitos sem que estes sejam entendidos como um favor que é prestado pelo médico (BASAGLIA, 1985, 2005).

Tais princípios foram colocados em prática por Basaglia quando assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste, onde a internação foi abolida e foram instaurados, em substituição, serviços como centros de saúde, cooperativas, urgências psiquiátricas em hospitais gerais e espaços de lazer. Tais serviços fundamentavam-se em relações menos hierarquizadas entre a equipe dirigente, os indivíduos que buscavam tratamento e a comunidade e numa atuação que não se restringia ao espaço dos serviços de saúde, mas se estendia ao território (ROTELLI *et al*, 1987).

Nos termos de Rotelli, pode-se entender as transformações efetuadas em Trieste como parte de um processo de *Desinstitucionalização*, ou seja, da desarticulação do aparato científico, normativo e administrativo que se configura em torno da concepção de enfermidade mental. No caso da Itália, esse processo foi aplicado em um sentido técnico e político radical, que visa à abolição de instituições de controle social. A ideia é que o indivíduo seja considerado em sua existência-sofrimento, que o seu cuidado seja promovido levando-se em consideração os diversos aspectos que conformam a sua vida e sem que seja apartado do contexto social no qual se insere (ROTELLI *et al*, 1987).

No caso de outras regiões da Europa e nos Estados Unidos, a *Desinstitucionalização* teria sido aplicada em um sentido meramente administrativo, em que o número de leitos dos hospitais psiquiátricos foram reduzidos tendo em vista a contenção de gastos em um contexto de decadência do Estado de bem-estar social. Nesses países, o internamento continuou a ter um peso grande no tratamento em saúde mental e a *desospitalização*, além de gerar outras formas de internamento (como o que ocorre em abrigos e asilos), gerou, também, o abandono e a excessiva especialização entre os serviços. Assim, tais serviços teriam funcionado, na verdade, como uma espécie de circuito, perpetuando, ao invés de combater, a cronicidade (ROTELLI *et al*, 1987).

Desse modo, pode-se concluir que as mudanças operadas pela PDI não se restringiram a um processo de atualização do poder psiquiátrico, renovando os mecanismos por meio dos

quais este se legitima ou restringindo-se à *desospitalização*. A transformação sobre a qual se fundamentou a PDI não se completa, sendo continuamente reinventada. Nela, não se adota um modelo fixo para os serviços de atenção à saúde mental e o indivíduo que procura o tratamento não é privado do seu direito de liberdade e de oposição. Ao invés da “*desumanização*”, promove-se, assim, a conscientização e o desenvolvimento das condições necessárias para uma vida mais autônoma.

4. METODOLOGIA

Neste capítulo foram desenvolvidas discussões acerca do objeto de estudo, da metodologia e dos agentes pesquisados. Primeiramente, buscou-se definir em que consiste a categoria de análise representação, tendo como pano de fundo a perspectiva da síntese comum a Moscovici e a Bourdieu. Em seguida, foram expostos os motivos para a escolha de uma metodologia qualitativa, sendo averiguada a pertinência do emprego da entrevista em profundidade e da análise de conteúdo em relação ao objeto de estudo. Por fim, foi empreendida a caracterização dos agentes a serem pesquisados, sendo analisada a importância destes no que se refere à formulação, implementação e legitimação da política de saúde mental no município de Goiânia.

4.1. REPRESENTAÇÕES

Tendo em vista que o objetivo é compreender a fundamentação teórica e política, adotou-se como categoria de análise a noção de representação formulada por Bourdieu, que, no âmbito da teoria elaborada por Moscovici, paradoxalmente, não é vista enquanto representação social, mas como parte do conhecimento de caráter científico e ideológico.

Na teoria formulada por Moscovici as representações sociais são um tipo de conhecimento compartilhado de caráter eminentemente prático, atrelado ao senso comum, que dá conta do universo consensual. O seu objetivo é fornecer um sentido imediato ao mundo; orientar as ações na vida cotidiana tendo como referência principal as experiências passadas. É um conhecimento que tem como função restaurar a consciência coletiva e dar um sentido ao mundo de modo que este possa coincidir com nossos interesses imediatos (MOSCOVICI, 2003).

As representações convertem o que é desconhecido em familiar por intermédio de dois mecanismos: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem é feita por meio da nomeação e da classificação. Nomear é tirar algo do anonimato, inseri-lo na matriz da cultura. Nomear implica descrever características; distinguir a partir destas e converter algo em objeto de convenção por parte daqueles que a compartilham (MOSCOVICI, 2003).

Classificar é comparar algo com um protótipo e, a partir da maior ou menor conformidade em relação a este, associá-lo a uma classe. Essa operação implica tomar decisões superapressadas, que, por sua vez, podem se fundamentar em generalizações ou particularizações:

Generalizando, nós reduzimos as distâncias. Nós selecionamos uma característica aleatória e a usamos como uma categoria: judeu, **doente mental**, novela, nação agressiva etc. A característica se torna, como se realmente fosse, co-extensiva a todos os membros dessa categoria. Quando é positiva, nós registramos nossa aceitação; quando é negativa, nossa rejeição. Particularizando, nós mantemos a distância e mantemos o objeto sob análise, como algo divergente do protótipo. Ao mesmo tempo, tentamos descobrir que característica, motivação ou atitude o torna distinto. (MOSCOVICI, 2003, p. 65, grifo meu)

Já no processo de objetivação, ideias, conceitos e palavras são convertidos em imagens pertencentes a um núcleo figurativo, ou seja, um “[...] complexo de imagens que reproduzem visivelmente um complexo de ideias”. Em uma etapa posterior, essa imagem deixa de ser um signo e passa a ser entendida como a própria realidade (MOSCOVICI, 2003, p. 72).

O conhecimento científico, por sua vez, dá conta do universo reificado, desigual, no qual os indivíduos são divididos e associados a diferentes classes e papéis a depender da competência adquirida. Assim, o que ele tem em vista é a desnaturalização do que é visto como familiar pautando-se na evidência intelectual e na precisão empírica. O seu objetivo é questionar, testar, desconstruir esse universo consensual que é visto como naturalmente segmentado (MOSCOVICI, 2003).

O papel do conhecimento ideológico consiste na mediação entre o universo consensual, que é a base para a elaboração das representações, e o universo reificado, que é a base do conhecimento científico. Sua função é facilitar a transformação das categorias consensuais em categorias reificadas e a subordinação daquelas em relação a estas. É na “fase ideológica” que:

[...] a representação é apropriada por uma escola de pensamento ou um órgão de estado e é logicamente reconstruída, de tal modo que um produto, criado pela sociedade como um todo, pode se legitimar em nome da ciência. Toda ideologia possui, pois, esses dois elementos: um conteúdo, derivado da base e uma forma, que provém de cima, que dá ao senso comum uma aura científica (MOSCOVICI, 2003, p. 96).

Desse modo, pode-se concluir que o conceito de representação social, tal qual elaborado por Moscovici (2003), não se mostra adequado à análise do objeto de estudo adotado nessa dissertação. Os agentes que foram entrevistados são acadêmicos, pessoas que participam ou participaram do processo de implementação de serviços de saúde mental, gestores e militantes. Assim, possuem uma concepção acerca da Reforma Psiquiátrica e do processo de *Desinstitucionalização* que não pode ser vista como senso comum, estando atrelada à produção de caráter científico e político a respeito do tema.

Tendo em vista essa incompatibilidade com o conceito de representação social, foi feita a opção de se associar, na teoria de Moscovici (2003), o objeto de estudo às ideias de conhecimento científico e ideológico e relacioná-las ao conceito de representação de Bourdieu.

Para este autor, as representações podem ser entendidas como a manifestação subjetiva do poder simbólico, como a manifestação de um poder que, ao nomear, confere uma função social, um encargo, uma atividade autorizada àquilo que nomeia (BOURDIEU, 1998, 2007).

O poder de nomeação oficial, legitimado pelo Estado, assim, como o poder sobre o senso comum, é entendido como o Poder Político. Este, consiste no poder de definição dos princípios de divisão da realidade social, de segmentação desta em grupos e classes distintas; e sobre a conservação ou transformação dos esquemas classificatórios e instituições decorrentes dessa divisão. Além disso, esse poder também implica a detenção do monopólio dos instrumentos de poder objetivados, ou seja, dos poderes públicos (direito, exército, polícia, finanças públicas) (BOURDIEU, 1998, 2011).

O poder em questão é conferido aos responsáveis, porta-vozes políticos, que detêm o capital necessário para atuar no campo em questão e que são capazes de proferir ideias-força, ou seja, “[...]ideias que dão força ao funcionar como força de mobilização” (BOURDIEU, 2011, p. 203). Além do capital objetivado, ele se estrutura, também, sobre a detenção do capital simbólico e sobre os títulos de que os agentes são dotados. A legitimidade dos esquemas classificatórios proferidos por meio do poder político, pode ser vista, assim, como estando embasada, em grande parte, no conhecimento científico, já que este lhe confere a ideia de neutralidade.

Em outras palavras, as representações só exercem funções de caráter político e ideológico na medida em que detêm, também, uma função gnoseológica e uma estrutura lógica. Isso quer dizer que a classe dominante só consegue legitimar a sua visão de mundo e os seus interesses como os interesses universais na proporção em que detém o domínio sobre instrumentos de conhecimento e comunicação que apresentam as relações de força inerentes à formulação de sistemas simbólicos como relações sentido (BOURDIEU, 1998).

Assim, aplicando os conceitos de Bourdieu e Moscovici ao objeto de estudo aqui analisado, pode-se dizer que os agentes pesquisados buscam, a partir do capital objetivado e simbólico de que são dotados, dar legitimidade, no campo político, às representações sobre as quais se estruturam a defesa do modelo de atenção psicossocial. Parte-se da hipótese de que tais agentes têm em vista, a partir de representações de caráter científico que demonstram a inefetividade e o propósito de controle social (e não terapêutico) que subjaz o modelo manicomial, não só que os poderes públicos sejam direcionados àquele modelo, mas que seja reconhecido, pelo senso comum, como o mais legítimo.

Desse modo, entende-se, que é com base no conhecimento científico e no poder político que os agentes pesquisados visam desconstruir a ideia de que a internação se constituiria no

tratamento mais eficaz para lidar com o sofrimento psíquico. Tal qual visto no segundo capítulo, essa desconstrução seria dificultada, entretanto, por representações, vigentes no contexto ocidental desde o início da Idade Moderna, que vêm o isolamento e a restrição de direitos como o meio mais adequado para curar e punir os indivíduos em sofrimento psíquico que, por sua vez, são associados ao perigo e à inutilidade.

4.2. ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS E ANÁLISE DE CONTEÚDO

A metodologia que se mostra mais adequada ao estudo das representações é a metodologia qualitativa. Isso, porque não se tem como objetivo a construção de relações estatísticas entre dados comparáveis entre si ou a mensuração destes, mas a análise das especificidades dessas representações no que diz respeito às diferentes interpretações, posicionamentos e opiniões acerca da realidade social (BAUER *et al*, 2012; HAGUETTE, 1987).

A apreensão dessas representações foi realizada por intermédio de entrevistas semi-estruturadas. Esta técnica de pesquisa:

[...] É uma interação, uma troca de ideias e significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. Com respeito a isso, tanto o(s) entrevistado(s) quanto o entrevistador estão, de maneiras diferentes, envolvidos na produção de conhecimento. Quando nós lidamos com sentidos e sentimentos sobre o mundo e sobre os acontecimentos, existem diferentes realidades possíveis dependendo da situação e da natureza da interação. Desse modo, a entrevista é uma tarefa comum, uma partilha e uma negociação de realidades (BAUER *et al*, 2012, p. 74).

Na entrevista semi-estruturada, esse processo de interação é mediado por um roteiro de entrevistas. Este, consiste num conjunto de tópicos, de temas que lembrou à entrevistadora os objetivos e o problema de pesquisa. Esse roteiro serviu para iniciar a entrevista e para que esta não se desviasse de seus propósitos e fins iniciais. Não consistiu, portanto, em um questionário fechado, sendo utilizado mais como um conjunto de ideias a partir das quais as (os) entrevistadas (os) puderam conduzir os seus relatos (BAUER *et al*, 2012; HAGUETTE, 1987).

Depois de transcritas, as falas dos entrevistados passaram por um processo de análise de conteúdo. Esta é entendida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 1977, p. 42).

A análise dessas falas envolveu três etapas: a pré-análise; a análise; e a inferência e a interpretação. Na pré-análise, foi realizada uma leitura superficial das falas transcritas, o que possibilitou a formação de uma primeira impressão acerca do objeto de estudo e a elaboração de um esquema para o desenvolvimento das etapas seguintes. A fase da análise (ou descrição analítica)¹⁴ abarcou, por sua vez, a categorização dos dados (RICHARDSON, 2012).

No processo de codificação, foram definidas as unidades de registro e as unidades de contexto. As unidades de registro são as unidades básicas, elementares do processo de análise do conteúdo. Aqui, tais unidades foram associadas às frases proferidas pelos entrevistados. Como unidades de contexto, que têm como função alocar em uma referência mais abrangente as unidades de registro, definiu-se, por sua vez, os tópicos do roteiro de entrevista a que as frases se referiam (BARDIN, 1977; RICHARDSON, 2012).

No processo de categorização, optou-se pela realização de uma análise temática. Desse modo, as frases proferidas pelas(os) entrevistadas(os) foram classificadas a partir dos temas abordados. As regras para tal classificação foram formuladas com base nos critérios de homogeneidade (mesmo princípio de classificação), exaustividade (cobriram a totalidade das falas), objetividade (indicadores e variáveis bem definidos), exclusividade (um mesmo elemento não foi alocado em mais de uma categoria) e pertinência (adequação ao problema e aos objetivos) (BARDIN, 1977; RICHARDSON, 2012).

Por fim, foram realizadas a inferência e a interpretação. A inferência está entre a descrição analítica e a interpretação (processo por meio do qual se atribui um significado às características levantadas na análise). É por intermédio dela que se chega, a partir de proposições de natureza semântica já aceitas como verdadeiras, a outras proposições, de natureza histórica, psicológica e sociológica. Em outras palavras, com a inferência, pôde-se entender as condições de produção das falas das(os) entrevistadas(os) (BARDIN, 1977).

4.3. OS AGENTES

Foram entrevistadas 12 pessoas que exercem (ou exerceram), no âmbito da saúde mental em Goiânia, um papel relevante. Essa relevância pôde ser determinada a partir da produção científica; da ocupação de cargos de gestão em órgãos vinculados à saúde no município; da implementação de políticas, programas e serviços; da militância em movimentos sociais; e da

¹⁴Essa etapa pode ser associada ao processo de descrição analítica, que consiste no “tratamento das informações contidas nas mensagens” e que “[...] funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1977, p. 34).

participação em associações. Adotou-se como critério para a interrupção das entrevistas, a saturação. Assim, estas se restringiram a 12, porque já não traziam pontos de vista, percepções e representações novas (BAUER *et al*, 2012). Metade dos entrevistados tinham um histórico mais antigo de atuação (seja enquanto acadêmica(o), profissional ou militante) na saúde e, a outra metade, passou a atuar depois de 1999¹⁵.

Duas das pessoas que foram entrevistadas não estão ligadas diretamente à saúde mental, mas a movimentos e associações envolvidas com a luta pela Reforma Sanitária (ou com princípios e propostas que resgatam essa luta). Tais indivíduos foram selecionados, porque, tal qual visto no primeiro capítulo da dissertação, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica surgiram no mesmo contexto histórico e possuíam objetivos semelhantes, estando as conquistas de um movimento diretamente relacionadas às conquistas do outro.

Algumas informações relativas às pessoas que participaram da pesquisa, como a atuação política e profissional, foram sistematizadas no quadro que se segue:

¹⁵Esse ano foi adotado como marco por ter sido quando o primeiro CAPS da cidade foi estruturado (CAPS Novo Mundo).

Quadro - Atuação política e profissional das (os) entrevistadas (os), Goiânia, 2018

Entrevistada (o)	Tempo de atuação na saúde mental	Profissão	Movimentos Sociais e Associações	Partido Político
Entrevistada nº 1	4	Estudante de Enfermagem	- Coordenadora Administrativo-Financeira do CEBES/GO - Coletivo “Cuidar é Lutar” - Membro da “Juventude anti-capitalista” - Representante da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde em Goiás	-
Entrevistada nº 2	7	Psicóloga	- Fórum Goiano de Saúde Mental - Coletivo Desencuca	-
Entrevistada nº 3	10	Psicóloga	Coletivo Desencuca.	-
Entrevistada nº 4	14	- Psicóloga - Professora Universitária	Fórum Goiano de Saúde Mental	-
Entrevistada nº 5	17	Musicoterapeuta	- Coletivo Liberdade - Fórum Goiano de Saúde Mental	-
Entrevistada nº 6	18	Psicóloga	Coletivo Liberdade	-
Entrevistada nº 7	22	Psicóloga	-	Foi secretária da juventude do Partido dos Trabalhadores (PT) na década de 1980.
Entrevistada nº 8	23	Psicóloga	-	-
Entrevistada nº 9	35	Psicóloga	Coletivo Desencuca	-
Entrevistado nº 10	36	Psiquiatra	- Fórum Goiano de Saúde Mental - Coletivo Liberdade	-
Entrevistada nº 11	36	Psiquiatra	- Atou no Fórum Goiano de Saúde Mental - Atuou no Fórum de Trabalhadores em Saúde Mental	Foi filiada ao Partido dos Trabalhadores (PT)
Entrevistado nº 12	41	-Médico sanitaria - Professor Universitário	Abrasco	Mencionou atuação no Partido Comunista Brasileiro juntamente com militância no antigo MDB.

Fonte: Informações concedidas pelos entrevistados.

Assim, tendo em vista que a militância em movimentos sociais e a participação em associações se constituiu num critério de seleção dos entrevistados (apesar de não ser o único)¹⁶, cabe, aqui, definir tais entidades e caracterizar aquelas a que pertencem as (os) entrevistadas (os). Os movimentos sociais e associações são vistos enquanto parte da Sociedade Civil, que pode ser definida como:

[...] una esfera de interacción social entre la economía y el Estado, compuesta ante todo de la esfera íntima (em especial la familia), la esfera de las asociaciones (em especial las asociaciones voluntarias), los movimientos sociales e las formas de comunicación pública. La sociedad civil moderna se crea por medio de formas de autoconstitución y automovilización. Se institucionaliza e generaliza mediante las leyes, y especialmente los derechos objetivos, que estabilizan la diferenciación social. Si bien las dimensiones autocreativa e institucionalizada pueden existir por separado, a largo plazo se requiere tanto de la acción independiente como de institucionalización para la reproducción de la sociedad civil (COHEN, ARATO; 2000, p. 8-9).

A formação da Sociedade Civil teria como pressuposto uma estrutura jurídica e uma constituição. Ela seria conformada por instituições encarregadas da reprodução de tradições, solidariedades e identidades, assim como da limitação e regulamentação das estruturas sistêmicas. A sua mediação com os outros subsistemas seria realizada pela Sociedade Política (formada por partidos, organizações e públicos políticos) e pela Sociedade Econômica (formada por organizações de produção e distribuição, como empresas e cooperativas) (COHEN; ARATO, 2000; AVRITZER, 1995).

No contexto brasileiro, a Sociedade Civil teria se constituído na década de 1970 a partir do surgimento de atores modernos e democráticos; e da recuperação das ideias de livre associação e crítica política em uma conjuntura de liberação e busca por autonomia. Os atores em questão consistem tanto na população urbana mais pobre, que reivindicava o acesso a serviços públicos, quanto na classe média, que se opunha à transfiguração das políticas de planejamento urbano, saúde e educação em questões tecnocráticas e, junto a setores liberais, à “[...] ausência de regras e accountability nos processos políticos e civis [...]” (AVRITZER, 1995, 2012, p. 387).

Esses atores estavam ligados ao projeto de modernização, agindo de forma reflexiva e rejeitando as normas sociais ligadas ao autoritarismo. Em um contexto em que o Estado passou

¹⁶É de extrema relevância ressaltar que o foco não é o posicionamento dos Movimentos Sociais, mas as representações dos agentes que fizeram e/ou fazem parte do processo de implementação do modelo de reabilitação psicossocial em Goiânia. Desse modo, tais movimentos serão caracterizados, aqui, de forma resumida, tendo em vista o entendimento do seu papel na Reforma Psiquiátrica.

a conceder autorização para reuniões públicas de associações voluntárias, buscaram constituir-se de forma autônoma (principal característica de tais entidades segundo Avritzer), ou seja, sem as limitações impostas pelo Estado e propondo formas de administração sem a participação deste. Essa autonomia, entretanto, estaria atrelada à dependência, na medida em que a articulação das entidades que compõem a sociedade civil com o Estado e os partidos políticos lhes conferiria maior poder, mas não implicaria no seu controle (AVRITZER, 1995, 2012).

Tendo apresentado o conceito de Sociedade Civil, resta, agora, caracterizar, resumidamente, algumas das entidades às quais pertencem os agentes pesquisados. Elas consistem nas seguintes: a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde; o Fórum Goiano de Saúde Mental (FGSM); o Coletivo Liberdade; e o Coletivo Desencuca. Enquanto os dois primeiros são entidades ligadas à Reforma Sanitária no contexto nacional, os três últimos inserem-se no âmbito da Reforma Psiquiátrica em Goiás e em Goiânia. No caso dos três últimos movimentos, mostra-se relevante mencionar que, devido à escassez de fontes bibliográficas, recorreu-se a informações presentes em blogs e páginas do Facebook.

4.3.1. Abrasco

A Abrasco, originalmente denominada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, foi fundada em setembro de 1979, na I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Coletiva. Sua origem remonta tanto aos propósitos mais amplos de democratização e à busca por canais de intermediação com o Estado, quanto a questões mais específicas envolvendo a saúde. Dentre essas questões, destacam-se: a instituição do Programa de Apoio às Residências em Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR/MP/MS/SP), que congregava os programas de residência e o financiamento destas; a formação de um novo campo de estudo e atuação profissional (a Saúde Coletiva¹⁷); e a incorporação de um debate político ao âmbito da saúde, de embasamento marxista (BELISÁRIO, 2002).

¹⁷ “Invenção brasileira, o termo Saúde Coletiva está hoje presente na agenda acadêmica e política de países da América Latina, do Caribe e da África. Trata-se, mais que tudo, de uma forma de abordar as relações entre conhecimentos, práticas e direitos referentes à qualidade de vida. Em lugar das tradicionais dicotomias – saúde pública/assistência médica, medicina curativa/medicina preventiva, e mesmo indivíduo/sociedade – busca-se uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como universalidade, equidade, democracia, cidadania e, mais recentemente, subjetividade emergem como questões principais.” (LIMA, SANTANA, 2006, p. 9).

A Abrasco se constituiu, assim, de modo a congregar preocupações de caráter político a questões acadêmicas havendo, entretanto, ao longo da sua trajetória, maior ênfase em um ou outro elemento. Para os objetivos desta dissertação destaca-se, sobretudo, as funções que exerceu no decorrer de sua fase mais política, em meados da década de 1980. Nesse período, a associação se constituiu num dos principais agentes da Reforma Sanitária, lutando, no contexto da Assembleia Nacional Constituinte, para que a saúde fosse um direito assegurado pelo Estado. Também participou da elaboração de documentos e manifestos nas Conferências de Saúde e da proposição de meios de intermediação entre a Sociedade Civil e o Estado, como os Conselhos (BELISÁRIO, 2002; FONSECA, 2006).

No que diz respeito à Reforma Psiquiátrica, destaca-se, além do papel dentro da Reforma Sanitária, a atuação da associação por intermédio do Grupo de Trabalho¹⁸ (GT) de Saúde Mental. Por meio desse GT, são divulgadas denúncias, notas de repúdio, pareceres, cartas e notícias que abordam os avanços, retrocessos e desafios da Política de Saúde Mental vigente. Também é promovida maior articulação com outras entidades, tal como pode ser evidenciado pela divulgação de documentos¹⁹ formulados por outras associações (ABRASCO, 2018).

4.3.2 Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

A Frente congrega fóruns de saúde, associações, sindicatos, partidos políticos, movimentos sociais e projetos universitários. Foi instituída em novembro de 2010, em um seminário na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), tendo se configurado em um desdobramento da “Frente Nacional Contra as OSs e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) n. 1.923/98”. A Frente resgata os objetivos da Reforma Sanitária, tal qual abordado no primeiro capítulo, opondo-se ao processo mercantilização da saúde (BRAVO, MENEZES, 2011; RAVAGNANI, 2013).

Esse processo se manifesta, além da já mencionada privatização da gestão dos serviços públicos, nos subsídios às administradoras de seguros de saúde, na compra de serviços privados pelo Estado e no investimento do capital estrangeiro. O SUS passa a ser entendido como

¹⁸ Os Grupos de Trabalho e as Comissões são entendidos como estruturas internas da Associação, que não foram originariamente incluídas no seu estatuto, mas que com o seu desenvolvimento e a ampliação dos papéis que passou a exercer se tornaram indispensáveis ao funcionamento desta (NUNES, 2006).

¹⁹ Dentre esses documentos, destaca-se a divulgação da carta elaborada pela Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) no dia 3 de janeiro de 2018. Essa carta se opõe às novas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, aprovadas em 14 de dezembro de 2017, dentre as quais destacam-se a expansão de vagas em Comunidades Terapêuticas, a criação de novos leitos em Hospitais Psiquiátricos e a extinção do PNASH/PSIQUIATRIA (COMUNICAÇÃO ABRASCO, 2018; ABRASME, 2018).

direcionado às populações mais pobres, sendo pautado na oferta de serviços básicos e em medidas focalizadas, e busca-se legitimar o discurso neoliberal de que a iniciativa privada teria condições de oferecer serviços qualitativamente superiores (RAVAGNANI, 2013).

Em reação a esse processo, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde operacionaliza as propostas de sua Agenda para a Saúde a partir de cinco eixos estruturantes. O primeiro deles é intitulado “Determinação social do processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais”. Por intermédio dele, propõe-se que a luta pela saúde seja inserida no âmbito mais geral da luta pela igualdade social e democratização e contra um sistema que privilegia a acumulação do capital financeiro. A ideia é que a saúde seja vista como parte de mudanças macroestruturais (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

O segundo item consiste em “Gestão e financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde”. Nesse eixo, além da abolição dos novos modelos de gestão, propõe-se o maior investimento na rede pública estatal (gastos com pessoal, equipamentos, pesquisas, produção de medicamentos) e a maior participação de outros setores, como a academia e a sociedade civil (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

O terceiro eixo é nomeado “Modelo assistência que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade”. Por meio dele, são apontados os problemas decorrentes de um sistema de saúde que se pauta na doença e não na promoção e prevenção da saúde, tais como a subordinação aos interesses da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos. São apresentadas como alternativas um sistema de saúde que leve mais em conta as necessidades da população, sendo adotado um modelo assistencial que se pautar no cidadão de direitos, não sendo regido pelo sistema de metas e mais desburocratizado no que diz respeito às instâncias de negociação consensuada (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

O quarto eixo é “Política de Valorização do Trabalhador da Saúde”. Nele, a precarização dos serviços de saúde é analisada como decorrente da precarização das condições de trabalho no SUS (baixos salários, terceirização, ausência de incentivos, desarticulação). Assim, propõe-se a melhoria dessas condições de trabalho através da garantia da estabilidade, de incentivos à qualificação e de uma maior intersetorialidade (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

O quinto e último eixo, “Efetivação do controle social”, coloca como problemático o fato das decisões de Conselhos e Conferências de Saúde não estarem sendo respeitadas pelos gestores, além da cooptação de Movimentos Sociais que vem ocorrendo nesses espaços. São

explicitadas como possíveis soluções a criação de mais espaços autônomos (como os Fóruns de Saúde), a maior participação dos movimentos sociais nas instâncias de controle e uma maior articulação entre essas instâncias e outras instâncias do governo, como o Ministério Público (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

4.3.3 Fórum Goiano de Saúde Mental

O FGSM é um movimento integrante da Renila que promove a luta antimanicomial em Goiás desde de março de 1994. Por meio da articulação de profissionais, familiares e usuários, além de outras pessoas e entidades que se interessam pelo tema, tem desenvolvido ações em prol do avanço da Reforma Psiquiátrica e da garantia de direitos de pessoas em sofrimento psíquico. Dentre tais ações destacam-se: eventos, seminários e congressos; atos públicos (passeatas, manifestações); cursos e capacitações; e elaboração e divulgação de documentos direcionados ao poder público (FGSM, 2008, 2017)

No que diz respeito aos eventos, o FGSM esteve presente na organização desde o início da Reforma em Goiás, quando a rede de saúde mental ainda não havia sido sequer implantada. No contexto atual, um dos eventos mais relevantes promovidos pelo movimento são as comemorações relativas ao dia nacional da luta antimanicomial (18 de maio). A programação engloba exposições, exibição de filmes, confraternizações e seminários. Abarca atividades dirigidas não só aos trabalhadores, usuários e familiares, havendo o intuito de dar maior visibilidade às reivindicações e princípios da luta antimanicomial na sociedade como um todo (FGSM, 2017).

Pode ser citado como um dos atos públicos de maior destaque nos últimos anos o papel dos militantes na ocupação da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas no Ministério da Saúde (CGMAD/ MS) em Brasília. Junto a movimentos de outros estados e de âmbito nacional, o FGSM se opôs à nomeação de Walencius Wurch Duarte Filho como gestor dessa coordenação. Outros atos públicos promovidos e/ou apoiados pelo movimento foram as passeatas que tinham por intuito dar visibilidade à violência sofrida pela população em situação de rua. (FGSM, 2013b, 2017).

Dentre os documentos elaborados pelo movimento, podem ser citadas como exemplo as cartas direcionadas aos candidatos à prefeitura de Goiânia no período eleitoral, nas quais são expostas as fragilidades da rede e o que se espera de cada um deles caso sejam eleitos. Também foram divulgadas notas de repúdio, como a que se opunha à nomeação de gestores no Wassily Chuc ligados ao setor empresarial da loucura (FGSM, 2012, 2013a).

Outra publicação de destaque foi o posicionamento acerca do CREDEQ, em que foi evidenciada a contrariedade dessa instituição em relação às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e em que foi reafirmada a ineficiência de dispositivos pautados na exclusão social. A instituição é caracterizada como uma “Gaiola de ouro”, tal qual pode ser visto no trecho que segue:

Trata-se de obra com características de isolamento e exclusão. Em seu projeto arquitetônico, dentro dos muros, reproduz instituições existentes na cidade: segurança (torres de vigilância); espaço ecumênico; escola; dormitórios e oficinas laborativas, invertendo a lógica da convivência social em liberdade, fazendo surgir muitas perguntas. Por que colocar “tudo” dentro dos muros e não usar as instituições existentes no território, mais próximas da casa das pessoas? Ou ainda, por que não descentralizar aquelas instituições que continuam existindo apenas no centro da cidade? O que temos ali é uma verdadeira “gaiola de ouro”. A que serve uma gaiola? As pessoas serão distanciadas de seu ambiente familiar e do convívio. Em que isso poderia contribuir? Qual será o projeto técnico a ser desenvolvido nesse lugar? É como ensinar futebol dentro de um elevador... A que serve uma gaiola de ouro? Para cuidar de pessoas ou para “limpar” a cidade, principalmente em véspera de eleições? (FGSM, 2017).

4.3.4. Coletivo Liberdade

É um coletivo de trabalhadores que atua na Reforma Psiquiátrica em Goiás tendo por foco assegurar os direitos dos usuários de substâncias psicoativas e das populações em situação de vulnerabilidade e exclusão social. Suas ações se centram na organização de seminários, na produção de documentos e cartas abertas e na realização de capacitações de profissionais que atuam com as populações mencionadas (socioeducadores, profissionais da área da saúde, do setor de segurança pública) (COLETIVO LIBERDADE *et al*, 2017).

Um dos seminários de maior visibilidade realizado pelo coletivo foi o seminário “Coerção e punição X Cuidados Humanizados e democráticos” em maio de 2015. O seminário teve como objetivo principal discutir como a internação forçada, tendo por base a justificativa de que seria uma forma de cuidado, tem sido utilizada como uma forma coercitiva de lidar com a questão dos toxicômanos. O evento contou com debates, conferências e roda de conversa onde foram discutidas a Política de Redução de Danos (RD) e as estratégias de defesa que podem ser tomadas frente à violência inerente ao uso da internação forçada (COLETIVO LIBERDADE, UFG, 2015).

Um exemplo de documento produzido pelo coletivo (em conjunto com duas outras entidades²⁰) foi uma carta dirigida ao então coordenador do Centro de Apoio Operacional (CAO) da Infância e da Juventude. Na carta foi exposto que as unidades socioeducativas de Goiânia estavam com um quadro insuficiente de funcionários (o que acarretava uma sobrecarga de trabalho para os profissionais que estavam trabalhando), situações de violações aos direitos humanos dos socioeducandos (uso de práticas análogas à tortura para a punição) e suspensão e irregularidade de aulas e do atendimento em saúde (COLETIVO LIBERDADE *et al*, 2017).

4.3.5. Coletivo Desencuca

É um coletivo que se organizou depois do fechamento do Centro de Convivência Cuca Fresca (setembro de 2016) tendo por fim, dentre outros propósitos, a reabertura, o resgate dos objetivos e o desenvolvimento de atividades antes desenvolvidas por esse serviço. O coletivo articula usuários, trabalhadores e a comunidade em geral por meio de atividades culturais e políticas que se estruturam sobre os princípios da Reforma Psiquiátrica, como o respeito à diversidade, a promoção da autonomia e a defesa do cuidado em liberdade (COLETIVO DESENCUCA, 2017).

Na página do coletivo no facebook lê-se o seguinte:

O Desencuca é um coletivo independente que desenvolve atividades de convivência, promoção da saúde e inclusão social, através da arte-cultura na cidade de Goiânia, trazendo novas perspectivas no cuidado às pessoas com vulnerabilidade social – sofrimento mental, situação de rua e outros segmentos. Esta é a nossa linguagem de tecer arte, direitos humanos, cidadania, educação popular e luta antimanicomial. Criamos espaços de liberdade para o diálogo e produzimos encontros na diversidade, derrubando barreiras do preconceito e facilitando o acesso aos bens culturais, possibilitando maior autonomia, saúde integral e direito à loucura. (COLETIVO DESENCUCA, 2017)

Dentre as atividades culturais promovidas pelo coletivo, estão o Bloco Desencuca e o Cineclube Desencuca. O primeiro, além de se apresentar em eventos e encontros, destaca-se por sua atuação no carnaval de Goiânia. Já o Cineclube, projeto contemplado pela lei de incentivo à cultura da Prefeitura, busca, além de possibilitar um momento de lazer, viabilizar a percepção e a discussão de diferentes realidades, assim como desenvolver uma maior capacidade crítica por meio do cinema (COLETIVO DESENCUCA, 2017).

²⁰Movimento Meninos e Meninas de Rua do Estado de Goiás (MMMR-GO) e Cajueiro - Centro de formação, assessoria e pesquisa em juventude.

Quanto a atividades de caráter mais científico e político, destacam-se a divulgação de notas de repúdio, de atos e manifestações públicas, a promoção da educação popular e a participação em seminários. A educação popular, pautada nas ideias e princípios de Paulo Freire, busca conferir maior autonomia aos usuários, dando-lhes condições para o entendimento dos mecanismos necessários para o alcance de suas demandas. Ela é promovida, dentre outros mecanismos, por meio dos grupos de estudo. Já no que diz respeito à participação em seminários, destaca-se a atuação no Encontro de Bauru, para onde organizou-se a ida de um ônibus com membros do coletivo (COLETIVO DESENCUCA, 2017).

5. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Neste capítulo, são expostos os resultados da análise de conteúdo, em que se procurou relacionar as representações dos entrevistados aos conceitos abordados nos capítulos teóricos. Foram elaboradas 8 categorias com base nos objetivos inicialmente propostos. São elas:

- *Conceito de Sofrimento Psíquico*
- *Modelo de Atenção Psicossocial*
- *Modelo Manicomial*
- *Novos dispositivos adequados à lógica manicomial*
- *Reforma Sanitária*
- *Reforma Psiquiátrica Brasileira*
- *Reforma Psiquiátrica em Goiânia*
- *Rede de Saúde Mental em Goiânia*

5.1. CONCEITO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Ao abordar esse tema observou-se que foi dado um peso grande às questões sociais para se definir o sofrimento psíquico. Este foi associado à cultura, à inadequação a uma lógica produtivista e a situações de violência. Ficou claro, assim, que não é visto como determinado, exclusivamente, por fatores biológicos, apesar destes também serem levados em consideração. O uso crônico de substâncias psicoativas, por sua vez, é visto como um sintoma desse tipo de sofrimento e de problemas relacionados às desigualdades sociais.

[...] A pessoa que não produz no nosso sistema, ela é um dejetivo. Ela é considerada um dejetivo. E, ao ser um dejetivo, ele está à margem, e aí não se pensa nessa pessoa enquanto cidadã. Pensa nessa pessoa como algo que precisa de um depósito para tirar ela das vistas, para não incomodar. (Entrevistada nº 6 - Psicóloga)

Se estou insatisfeito, se eu não sigo a lógica da sociedade de consumismo, de apresentar uma personalidade que seja pró-ativa, trabalhadora e bem-sucedida, eu começo a sofrer. Se eu sou homem, o sofrimento vai ser apoiado para que seja utilizando drogas. Alcool e drogas, principalmente álcool, nesse sentido. Se eu sou mulher, eu vou...A sociedade estimula para que ela se encaixe nos rótulos de depressão, ansiedade, mulher que sofre no casamento. Então, nesse sentido, eu vejo que a gente co-forma tanto papéis, rótulos para que as pessoas estejam em sociedade, quanto a forma que elas devem adoecer em sociedade. (Entrevistada nº 8 - Psicóloga)

Nas falas acima o indivíduo em sofrimento psíquico é representado como aquele que é punido e desprovido de seus direitos por não ser considerado útil dentro de uma sociedade burguesa, na qual é dado ao trabalho um papel de centralidade. Pode ser feito, assim, um

paralelo com Foucault (2002, 2006), na medida em que este vê o “louco” como o *resíduo*, como aquele que não pode ser normalizado pelas instituições que são responsáveis por torná-lo útil e dócil. A questão de gênero também é problematizada, sendo o sofrimento psíquico visto como algo distinto entre homens e mulheres. Nesse sentido, pode-se resgatar, também a noção desenvolvida por Butler (2001) de que a formulação de identidades de gênero mutuamente exclusivas acarretaria na atribuição de papéis considerados naturalmente femininos e masculinos.

[...] Conseguir compreender qual que é a questão social que está por trás desse diagnóstico, o emocional, o psicológico, o de construção de identidade, é... cultural, biológico, por que não né? (Entrevistada nº 4 – Psicóloga e Professora Universitária)

E, a gente trabalhando o tema da violência, a gente sabe que, quando ela aparece em fases muito precoces do desenvolvimento, o efeito que essa situação de violência traz no organismo não é só no que a gente considera, usando a linguagem da informação, né, da informática, não é só, por exemplo, no programa, no software, no comportamento, nos sentimentos, nas emoções, mas na estrutura cerebral. [...]. E não é só no plano das emoções, da auto-imagem, do comportamento, da afetividade, mas nas relações neurofisiológicas. (Entrevistada nº 7 - Psicóloga)

Porque não aparece num exame, não aparece num raio-x, não aparece em nenhum exame por mais sofisticado que a gente tenha. Ainda não aparece sentimento, as bipolaridades, né, as alucinações. Ainda não aparece em nenhum aparelho né? Então, a gente precisa lidar com o sujeito. O sujeito é quem vai nos informar e nos mostrar o caminho. O que faz bem para ele e o que não faz bem para ele. (Entrevistada nº 9 - Psicóloga)

A minha lógica é, primeiro, conceber esse indivíduo como multifacetado, né, que tem n dimensões, e que todas elas estão envolvidas nesse desequilíbrio, nessa... Nesse desequilíbrio. Então, é um cara que, né, tem um jeito de ser, que ele tem aspirações, que ele tem frustrações, que ele tem um tipo de vida, uma condição socioeconômica, uma condição social, relacional, familiar, né. E ele está dentro de um contexto maior; macro, econômico e político [...]. (Entrevistada nº 11 - Psiquiatra)

A partir dessa concepção multideterminada do sofrimento psíquico pode-se estabelecer um distanciamento em relação ao diagnóstico da psiquiatria tradicional, que se fundamenta na crise de realidade para determinar quem pode ou não ser considerado “louco”. Observa-se que é dada certa relevância à questão biológica, mas esta não é vista como o único determinante desse tipo de sofrimento, sendo dado grande peso ao fator socioeconômico, assim como às experiências vivenciadas pelos sujeitos.

Interessa mencionar, também, que a questão biológica não é apontada pela psiquiatra, mas por duas psicólogas. Isso se configura em algo que não foi previsto na formulação das hipóteses, tendo em vista que, tal qual apresentado no segundo capítulo teórico, a Psiquiatria é a ciência que, dentre aquelas que compõem a função psi, teria como maior base de legitimidade a inserção da doença mental num quadro nosológico e anatomopatológico (FOUCAULT, 2006).

Se por um lado há um distanciamento em relação à psiquiatria tradicional, há uma aproximação em relação à perspectiva de Basaglia (1978, 2005), que propõe que a doença mental, assim como o contexto social no qual essa se manifesta, seja colocado entre parênteses. Isso, porque o sofrimento é visto como decorrente não só da alienação, do aprisionamento da realidade em um delírio de natureza neurótica ou psicótica, mas como resultado dos processos de exclusão e rejeição de que o indivíduo foi alvo dentro e fora da instituição psiquiátrica.

E, na verdade, o que eu percebo é que o uso de droga, ele não é problema, né? Existe uma série de outras questões, também, sociais, né, de falta de perspectiva de vida, né, de desigualdade social e que a droga é mais um elemento, né. E que eu acho que é uma tendência, né, da gente olhar para o sintoma. Acho que seria muito próximo em relação ao, né, quando a gente fala da questão de transtorno mental, que a gente ainda tem essa tendência a separar, né, assim: é transtorno mental, é uso de droga. Como se fossem as coisas tão separadas, assim. Mas eu enxergo, também, como um sintoma, né. Como sintoma e não como causa. Então, assim, se a gente for lidar só com o sintoma, não vai surtir efeito. (Entrevistada nº 3 - Psicóloga)

Que essa droga, ela é um sintoma, ela não é o problema. A pessoa que começa a usar droga, ela começa, porque ela tem alguma dificuldade ou essa droga veio para tapar algum buraco, alguma carência, alguma angústia muito grande na vida dela. Então, essa droga tem alguma função na vida desse sujeito, por isso ele se tornou dependente. (Entrevistada nº 5 - Musicoterapeuta)

Na visão das duas entrevistadas, o sofrimento psíquico e o uso crônico de substâncias psicoativas não são elementos dissociados. Esse uso surge como um sintoma de algo com o qual indivíduo tem dificuldade de lidar ou como o reflexo de uma contradição social. Nesse sentido, a substância psicoativa aparece, tal como é abordado Saporì e Medeiros (2010), como algo destinado a suprir um vazio existencial, a estruturar identidades ou como uma evidência da falência dos sistemas de oportunidades.

5.2. MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

As representações acerca do Modelo de Atenção Psicossocial se mostraram em conformidade com as diretrizes da PNSM, sendo reconhecidos os princípios de corresponsabilidade, horizontalidade e territorialização do cuidado. A Redução de Danos (RD) também foi levantada enquanto princípio norteador desse tipo de cuidado. Por outro lado, foi criticado o fato desse modelo ter demorado ou ainda não ter abarcado a questão de gênero, as toxicomanias e a centralidade que ainda é atribuída à figura do médico.

Eles têm direito a acessar toda a cidade, porque uma coisa que é muito básica para a Reforma Psiquiátrica é a questão da territorialização, que também é base para o SUS, né. Então, esse sujeito poder circular na cidade. A gente entender que o modelo manicomial não consegue tratar esse sujeito sozinho, porque, aí, depois que ele volta para a comunidade dele, como é que ele vai conseguir se reorganizar se não tem

artifícios, se não tem equipamento social para poder dar o suporte para ele. (Entrevistada nº 2 - Psicóloga)

Dentro do modelo psicossocial, é mais horizontal essa questão desse poder. Então, não existe só o saber médico. Então, existe o saber da psicologia, o saber da musicoterapia, o saber da educação física, da enfermagem, que... E todo mundo trabalha junto com esse paciente. Então, não é para o paciente, é com ele. Ele participa de todo planejamento do Projeto Terapêutico dele. [...] Então, o nosso contexto, o nosso tratamento é ajudar a pessoa a desenvolver ferramentas para lidar com as dificuldades que ela tem na vida, usando drogas ou não. Então, assim, a gente trabalha com ideia da Redução de Danos. Quem vai parar esse uso não sou eu, é essa pessoa. [...] Porque se é alguém que vai falar que não tem vínculo com ele, ele não vai nem pensar no assunto, vai continuar levando a vida dele do mesmo jeito. Então, se a gente cria uma relação de vínculo, o que eu disser para ele pode ter um significado, e aí, ele pode passar a pensar e olhar aquele...aquele apontamento que eu fiz como algo que ele realmente precisa prestar a atenção, porque quem está dizendo para ele é alguém que gosta, que se interessa por ele, que está querendo cuidar. Então, esse modelo é o nosso modelo psicossocial. Então, é por isso que eu defendo, eu acredito muitíssimo nesse modelo, só que ele é muito mais difícil de trabalhar do que no modelo da internação. Muito mais. Porque no da internação, você cria um laboratório fechado. (Entrevistada nº 5 - Musicoterapeuta)

[...] Junto com o usuário, saber o que é que ele sente, como é que uma determinada técnica ou um determinado medicamento faz para ele. Se isso ajuda ou não. Se isso contribui no seu bem-estar ou não, né. É cada sujeito. (Entrevistada nº 9 - Psicóloga)

De acordo com as representações acima, o cuidado, quando se dá no âmbito do modelo de atenção psicossocial, prioriza aquilo que o sujeito em sofrimento psíquico entende como mais adequado para que esse sofrimento cesse ou seja amenizado. Ele não é desprovido de seus direitos civis ou de sua capacidade de escolha e o saber médico não é o único a ser levado em consideração. Há uma participação ativa no Projeto Terapêutico e é priorizado o cuidado no território.

É, assim, visto como um modelo que exige mais tempo e trabalho, já que exige a formação de vínculos e o respeito à decisão de aderir ou não ao tratamento prescrito. É uma perspectiva condizente com a PDI, na medida em que a *Desinstitucionalização* pressupõe não somente o tratamento em liberdade, mas uma reconfiguração do papel da equipe e da relação entre esta e os indivíduos em tratamento, um trabalho “homeopático” de desmontagem do aparato institucional e normativo que foi erigido em torno da concepção de doença mental (ROTELLI *et al*, 1987).

Eu acho que a figura do médico ainda é uma figura, é, muito centralizadora. Eu acho que essa coisa, não só da população, né, de ver o médico quase como um deus, eu acho que as equipes reproduzem muito isso, de que sem o médico a gente não dá conta, sem um médico, não é possível. Assim, eu não tiro o papel do médico, acho que é importante, né, mas eu acho que ainda tem uma relação de muita hierarquia, né. E, aí, eu acho que isso mostra o quanto a gente ainda não conseguiu, de fato, fazer essa mudança, para o modelo psicossocial, né. O uso, por exemplo, se a gente for olhar, né, no Brasil, né... Tem várias pesquisas falando do uso de benzodiazepínicos, né. É um problema de saúde pública. É um fator...E a gente, assim, vê isso diariamente, né,

todos os nossos usuários são dependentes, né, de calmantes, né. (Entrevistada nº 3 - Psicóloga)

Só que o mesmo diagnóstico dentro do CAPS, quando a gente começa a olhar, rapidamente a gente consegue manejar para que o homem estabilize sintomas positivos e rapidamente o projeto terapêutico dele vai ser para que ele volte a trabalhar, a fazer alguma coisa. Já a mulher, ela estabiliza, só que cada vez mais a gente inclui ela dentro dos grupos dos CAPS. E os grupos dentro dos CAPS vão se tornando cada vez mais femininos, com grande número de mulheres e com coisas que mulheres gostam de fazer (entre aspas né). (Entrevistada nº 8 - Psicóloga)

A Reforma Psiquiátrica, ela andou atrasada com algumas questões. A questão da infância e da juventude, com a questão das toxicomanias, com a questão...É...Do louco infrator, né. E...no caso específico em que você está falando, das toxicomanias. (Entrevistada nº 10 - Psiquiatra)

As falas acima corroboram o que foi apontado na bibliografia sobre os desafios enfrentados pela RPB no contexto atual: o encapsulamento, a dificuldade para incorporar o sofrimento psíquico associado ao uso de substâncias psicoativas e a reprodução de práticas características da psiquiatria tradicional, como a centralidade da figura do médico e da prescrição de medicamentos. Com relação ao encapsulamento é adicionada, ainda, a crítica em relação ao tratamento diferenciado que se aplica a depender do gênero.

5.3. MODELO MANICOMIAL

O modelo manicomial é representado como fundamentado no isolamento, na tutela, na perda de autonomia e na violação dos direitos humanos. É atribuída também, dentro desse modelo, centralidade à medicina biomédica e à prescrição medicamentosa. A sua manutenção e defesa é, por sua vez, associada a interesses econômicos.

[...] Qual que é o objetivo da internação, né? Geralmente, é desintoxicar, né, é tirar a pessoa que esteja numa situação de risco naquele momento. Mas, e depois, né? Depois ela vai voltar para aquele local de risco de mesma forma, ela vai continuar sem uma perspectiva de vida, né, porque não tem emprego, porque não tem estudo, porque...Enfim, né. Porque...Por questões de que já sofreu muita violência, né. [...] É...De tutela...No sentido, assim, de que: “Eu digo para ele que o melhor para ele é ficar internado nesse momento, porque ele não está em condições de decidir por si, né”. Então, eu acho que tem um problema, também, né, de você não ver a pessoa enquanto sujeito. (Entrevistada nº3 - Psicóloga)

A gente acha que um dos problemas mais graves que a gente tem hoje, não só dentro da Psiquiatria, mas dentro da medicina como um todo, é medicalizar o que é social. Entende? Ela ser chamada para cumprir, né...Aí, sim, né...Cumprir um papel ideológico, que é usar o subterfúgio, né, da ciência entre aspas para explicar um fenômeno que é mais de ordem social e que precisa, mesmo quando ele traz um sofrimento psíquico, ser entendido a partir da sua constituição, né. Então não se pode deixar de entender o social com o ângulo do sujeito. Ao lado de, logicamente, de outras, de outras questões. (Entrevistado nº 10 - Psiquiatra)

[...] É alguma coisa que tenha que tirar, então, a responsabilidade do meio social ou do próprio indivíduo, das próprias relações para dizer que :“Não, isso daqui é uma pereba na cabeça”. E muitas pessoas acham isso mais palatável do que ficar imaginando o que que elas fizeram para meter o pé na jaca e estar sofrendo, estar, né... Então, isso é uma argumentação que, vamos dizer assim, interessa e muitas pessoas simplesmente aderem a isso sem muita crítica, né. E é uma forma de criar bonsais, pessoas, né, contidas quimicamente. Antigamente...Então, nós saímos do mecânico, do físico, né, para o químico, mas o princípio continua o mesmo, né, que essas pessoas só têm pereba, são perigosas para a sociedade e, aí, precisam ser guardadas, de alguma forma contidas, né. (Entrevistada nº 11 - Psiquiatra)

Ou seja, a classificação de doença mental se caracterizava ou se transformava imediatamente numa sentença de isolamento permanente, né, como se fosse uma prisão perpétua. E isolamento em serviços para onde as preocupações com o bem-estar, com a dignidade humana, foram sendo progressivamente minimizadas pelas próprias circunstâncias. Pelo volume, pela quantidade de pessoas e pela absoluta despreocupação do Estado com a dignidade das pessoas. Isso, certamente, transformou esses serviços ou reforçou esse perfil, que já acontecia em outros serviços, também, né, não de saúde mental, mas de hanseníase, de tuberculose e alguns outros. O doente mental ou o serviço do hospital psiquiátrico assumia muito essa característica. Aliado a isso, a privatização dessa assistência, face ao grande volume de pessoas que eram classificadas como doentes mentais, de certa maneira, colocou um outro elemento muito...Que se mostrou muito preocupante, muito danoso, também, à essa assistência na medida em que o propósito era manter afastado das populações, dos olhares da sociedade. E me parece que esse era o propósito principal. (Entrevistado nº 12 - Médico Sanitarista e Professor Universitário)

É um posicionamento que se mostra de acordo com as teorias desenvolvidas por Foucault (2006), Goffman (1990) e Castel (1978) ao se referirem, respectivamente, à “*Microfísica do Poder Asilar*”, aos “*Processos de mortificação do eu*” e à “*Ordem asilar*”. A institucionalização é entendida como um dispositivo de normalização em que os indivíduos são submetidos à contenção física e química e desprovidos do direito de se opor ao tratamento. Ela é vista como ineficaz, já que o indivíduo é distanciado da realidade e dos problemas que o levaram ao sofrimento.

Esse é um processo que, apesar de não se mostrar em conformidade com os princípios de sociedades democráticas, é legitimado pelo reconhecimento da Psiquiatria como uma ciência. Um reconhecimento que, por sua vez, se fundamenta num diagnóstico e numa linguagem similar à anamopatologia e à neurologia, mas que se estrutura, na verdade, sobre a crise de realidade, em que o papel do psiquiatra se resume a determinar o que é doença mental e o que não é (FOUCAULT, 2006).

A diária era 450 reais. Isso é diária, né. Então, isso é por dia. Segundo a equipe de lá, ele precisava ficar pelo menos uns três anos internado para o tratamento. Lógico, né, você ganhando 450 reais por dia de atendimento, quanto mais tempo essa pessoa ficar lá, melhor. Então, assim, só que aí, ele recebeu alta antes do tempo, porque teve problema no pagamento. [...] Então, são gastos muito grandes. Então, isso interessa a uma parcela da população que são os donos de hospitais, os donos de clínica. Esse pessoal gosta muito da internação. (Entrevistada nº 5 - Musicoterapeuta)

A visão mais tradicional, né, o que ela quer com essa criteriologia é criar várias condições para apresentar o seu arsenal terapêutico, bastante invasivo e lucrativo, como as medicações. Então, se agora eu não tenho nem mais a obrigação de saber quem é doente, porque eu vou tratar todo mundo, então, é um critério-diagnóstico perfeito. Tanto é que a cada versão do DSM a gente vai multiplicando exponencialmente o número de categorias-diagnósticas por uma manipulação conceitual. (Entrevistada nº 11 - Psiquiatra)

São apresentadas acima visões que não destoam da definição de Lucro de Anomalias desenvolvida por Foucault (2006), segundo a qual a internação, além de se constituir numa forma de exercício do poder disciplinar, também asseguraria os interesses financeiros da burguesia. São posicionamentos que também remetem à Bourdieu (1983, 2008), na medida em que o diagnóstico psiquiátrico embasado na autoridade científica é visto como uma forma de assegurar a posição dos agentes em outros campos sociais. No caso aqui analisado, o campo mencionado é o campo econômico.

5.4. NOVOS DISPOSITIVOS ADEQUADOS À LÓGICA MANICOMIAL

Essa categoria foi formulada para abarcar as falas que se referem ao CREDEQ e às Comunidades Terapêuticas (CTs). Além de serem associados às características das instituições clássicas do modelo manicomial, como o isolamento, a ineficácia do tratamento oferecido e os interesses econômicos, esses dispositivos foram relacionados ao contexto neoliberal, ao apelo social criado em torno do *crack* e a interesses políticos. São representados, também, como estando pautados numa proposta de higienismo social, na abstinência e na violência.

Há muitas comunidades abrindo pela própria questão de ter demanda. Então, tem meninos, porque as famílias estão realmente desesperadas. Não é fácil você ter um usuário de drogas se metendo em confusão o tempo inteiro dentro de casa. E, assim, muitas vezes, essa confusão chega na família também. Então a gente sabe relatos de vários familiares, aqui, que tiveram que mudar de endereço várias vezes porque o menino estava envolvido com outras pessoas da...do contexto de tráfico, do contexto de roubos, assaltos, e, aí, estava correndo risco de morte. Então, muda muito a vida da família inteira, por conta de algumas questões assim. Então, tem muita relação de abandono. Às vezes o pai ou a mãe cansa daquele menino e, aí, deixa para lá, e ele acaba ficando em situação de rua. (Entrevistada nº 5 - Musicoterapeuta)

As Comunidades Terapêuticas, como o CREDEQ, é uma proposta que vai contra todas as nossas defesas, né. Elas têm uma estrutura que, nem sempre, cumpre os objetivos, normalmente ligadas a instituições religiosas, né. O que a gente defende é uma saúde pública laica, né, que não se baseie, aí...É lógico se a pessoa quer recorrer a esse tipo de atendimento, mas não é isso que a gente deve incentivar com recurso público, né. O que a gente quer... E a gente sabe que há muitas denúncias de muitas violações nesse tipo de serviço que, às vezes, se organiza para poder captar esse recurso e que a gente...O modelo de fiscalização e de acompanhamento não é tão sistematizado quanto é no serviço público, né. (Entrevistada nº 7 - Psicóloga)

Existem centenas de casos que não são conhecidos, que não se apresentam a si para a sociedade, que se disseminaram, porque virou uma questão de mercado e, depois uma visão política. Essa onda neoliberal de punição do pobre, né. Ou de punição e morte do pobre. (Entrevistado nº 10 - Psiquiatra)

Comunidade Terapêutica não é um serviço de saúde. Comunidade Terapêutica é um serviço religioso, geralmente, que funciona como funcionava os hospitais psiquiátricos de antes. Que é assim: você aluga uma casinha; pega uns 3, 4 fortões para ficar; lá vigiando; põe o povo que interna para trabalhar e é isso. Você ganha a sua grana. Geralmente, essa pessoa...O que que acontece...No governo Dilma, como a saúde mental, dentro da saúde, não deixava, por conta do controle social, que se pagasse para as Comunidades Terapêuticas sem que as Comunidades Terapêuticas cumprissem as regras da vigilância sanitária e outras em relação a ser um serviço de tratamento e eles nunca quiseram se adequar. Então, se desviou esse dinheiro que era para pagar a saúde, que está dentro da política de saúde mental na saúde, para a justiça e para a seguridade social. Então, vem o dinheiro que financia as comunidades terapêuticas pelo Senad, pela Seguridade Social, mas não é pago pela saúde. Agora, estão querendo trazer a comunidade terapêutica como serviço de saúde, né, e destinar 120 milhões, que vai ser o maior orçamento dentro de álcool e drogas para pagar Comunidades Terapêuticas em detrimento dos CAPS. (Entrevistada nº 11 - Psiquiatra)

As falas reafirmam aquilo que é apresentado na bibliografia (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015; MEDEIROS, 2010). As Comunidades Terapêuticas são representadas como em desconformidade com os princípios do modelo de atenção psicossocial, pautando-se no trabalho compulsório, na religiosidade e em longos períodos de internação. A fiscalização é concebida como falha, sendo difícil garantir que as normas estabelecidas pela ANVISA sejam cumpridas. Por outro lado, é visto como algo que responde a uma demanda real, como situações de abandono.

Eu acho que fala de dependência química, mas o crack, pensando na exposição midiática da coisa, né, foi quem colocou isso como menina dos olhos para algumas pessoas. Foi o caso do governo estadual, de usar isso como instrumento político marqueteiro mesmo. Então, eu percebo que é muito mais uma política de governo, do que de Estado, né. Desse governo, especificamente, contando com o apelo da população. (Entrevistada nº 4 - Psicóloga e Professora Universitária)

Então, o CREDEQ não é credenciado ao Ministério da Saúde. Então, ele é, literalmente, um elefante branco que gasta milhões. O modelo é o modelo totalmente contrário ao que a Reforma prevê, então, de uma rede em que a gente poderia ter hospitais...É... Hospitais gerais com leitos em qualquer local, você pega e junta trinta e não sei quantos leitos que eles colocaram a disposição lá agora para uma internação prolongada e, mesmo assim, afastada do território. Então, assim, é aquela lógica que a gente combateu há anos. É... Eu tive uma reunião...Um encontro com uma pessoa da equipe que...que você tentava pegar alguma coisa teoricamente que legitimasse o modelo e a pessoa não conseguia defender. (Entrevistada nº 8 - Psicóloga)

O CREDEQ é uma gaiola de ouro, mas é uma gaiola. Ou seja, é uma comunidade terapêutica...Foi pensado com a lógica de uma comunidade terapêutica, mas mais perversa, porque ele pensou em colocar lá tudo o que está aqui dentro da sociedade.[...] Quer dizer, botou a cidade dentro do muro? Dentro da gaiola? Sabe... Então, assim, a lógica é que é ruim. É uma lógica de prisão. (Entrevistada nº 9 - Psicóloga)

Uma colega chamou de “Gaiola de ouro”, né, o CREDEQ e tal. Quer dizer, é como se falasse: “Não, vamos criar algo que pode até um dia caminhar para um campo de concentração, mas vamos colocar uma piscina, vamos colocar um trem e tal.” Mas o modelo estava claro que era manicomial. O pessoal: “Estão criticando antes de ver?”. Não, nós estamos criticando o modelo. Nós já sabemos aonde isso vai dar. Esse modelo já existe há décadas. Então, esse modelo, ele não serve para nós. Ele pode vir pintado, o que for. Pode vir a gaiola dourada como for, mas ele sabe que ele é contra o humano, né. Quer dizer, ele vai aprisionar o humano e não é isso que nós queremos. (Entrevistado nº 10 - Psiquiatra)

E o que que a gente viu acontecer no CREDEQ? Uma subutilização. Por quê? A porta de entrada somos nós e nós damos conta, né, da grande maioria que chega nos CAPS, de alguma forma, a gente dá conta, com o hospital geral, de resolver essas questões. Como não é dos gravíssimos que o hospital quer tratar, ele quer tratar dos que nós poderíamos tratar, só que na lógica da abstinência. Prende ele lá, dá uma justificativa para aquele leito lá por mês e joga essa pessoa sem nenhum trabalho de mudança de nada na rua de novo e ele vai voltar e é sempre a mesma pessoa (Entrevistada nº 11 - Psiquiatra).

O CREDEQ é analisado como um instrumento político que surgiu a partir do apelo social do *crack*. As falas remontam os argumentos expostos nas notas do OGDH e do FGSM, onde é descrito como uma instituição que é contrária ao modelo de atenção psicossocial. Por mais que se reconheça que possui uma boa estrutura e profissionais capacitados, o fato de se pautar no isolamento, na abstinência e no distanciamento do indivíduo do território e da comunidade na qual se insere são vistos como fatores que culminam na ineficácia desse tratamento.

5.5. REFORMA SANITÁRIA

A Reforma Sanitária foi um assunto abordado nas entrevistas pela intermediação que possui com a Reforma Psiquiátrica. Ambas se desenvolveram num contexto semelhante de luta pela democracia, cidadania e direitos humanos. Entende-se, assim, que as conquistas de um movimento estão diretamente relacionadas às do outro. Além disso, foi contemplada a questão de como o processo de privatização da saúde se contrapõe aos princípios desses movimentos.

Assim, se for pensar bem resumidamente, a defesa da Frente Nacional é pelo direito à saúde. Artigo 196, né. “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. E, aí, quando a gente parte desse princípio, é, a gente ver muito claramente a bandeira de ser contra a privatização da saúde em qualquer instância. (Entrevistado nº 1 - Estudante de Enfermagem)

O Sistema único de Saúde, ele não é uma proposta só de organização, ele é uma proposta de repensar o nosso funcionamento enquanto sociedade, mesmo, assim, né. Porque a gente parte de princípios...É...Que são calcados na comunidade, na solidariedade, na compreensão de cada sujeito como um sujeito único. (Entrevistado nº 2 - Psicóloga)

Eu não consigo, é, fazer essa divisão... Que eu acho que a Reforma Psiquiátrica ela veio junto, na toada, do movimento da Reforma Sanitária, né. Então, ali na década de 70 ali, final dela, o movimento da Reforma Psiquiátrica, que vê muito a partir dos trabalhadores, né, que é contestar aquele modelo de cuidado que não é de cuidado, né, porque não cuida aquilo. Mas que, e a partir também das condições de trabalho, que o único modelo que tinha era o hospital psiquiátrico naquela época. Naquele momento político no Brasil, a gente tinha reabertura política, né. Então, a gente estava voltando no processo de redemocratização, saindo da ditadura militar. E... de construção de um modelo de saúde que é o SUS. Não tinha o nome de SUS, mas era essa ideia de modelo de sociedade, por que ele diz que modelo de sociedade que eu quero para mim. E a Reforma Psiquiátrica veio nesse bolo todo. (Entrevistada nº4 – Psicóloga e Professora Universitária)

Luta por anistia, eleições diretas, constituinte e luta pela assistência à saúde. Isso permitiu, no meu entendimento...Permitiu ou obrigou, né...Isso, sabe exatamente como...Que o processo de articulação de reivindicações dos profissionais da área da saúde, construído a partir desse campo, incorporasse alguns conceitos de democracia para dentro da assistência à saúde. E, isso junto com essas outras articulações amadureceram bastante a ideia de uma Reforma Sanitária que incorporasse princípios de maior participação, princípios mais solidários, e, aí, entra a universalidade, entra a equidade junto, né, desses debates, dessas discussões. (Entrevistada nº 12 - Médico Sanitarista e Professor Universitário)

Em conformidade com Paim (2008), a luta da Reforma Sanitária é representada como parte de um processo de democratização da saúde, do estado e da sociedade. A luta pelo sistema de saúde público é alocada num plano maior de reelaboração do próprio conceito de saúde, não restrito à concepção biomédica, e de transformações sociais (reabertura política, urbanização, intensificação das desigualdades sociais). Sua articulação com a Reforma Psiquiátrica evidencia-se tanto pelo contexto de surgimento, quanto pela busca dos princípios de equidade, solidariedade e participação social.

Quem era contra a EBSEERH que está lá está sendo colocado à disponibilidade... É... Do governo. São mudados de áreas quando não aceitam o tipo de compra que eles querem fazer. Eu vejo isso todo dia. Lá no [nome do hospital] foi feito um abaixo assinado dos trabalhadores por causa do tipo de material que estava sendo adquirido. Eram luvas que rasgavam ao calçar as luvas. Então... Assim... Aí, é risco para o paciente, para o usuário do SUS, é risco para o estudante, é risco para o trabalhador, né. (Entrevistada nº 1 – Estudante de Enfermagem)

As pessoas fazem toda uma cumplicidade com o poder público e o poder privado, para, realmente, quem detém o poder público, né, o gestor do poder público, para sucatear as propostas públicas para entregar para o privado. E quem vai pagar o preço são as classes menos favorecidas, porque cada vez menos serviços gratuitos ela vai ter. “Ah não, a gente vai ofertar, aí, serviços de saúde cobrando taxas mínimas”. Não. Serviços de saúde tem que ser completamente gratuito e de qualidade. Condições para isso a gente tem. (Entrevistada nº 6 - Psicóloga)

O que a gente observa é que há uma rotatividade muito grande, ou seja, o grau de stress que esses servidores ficam, até porque diminui o número de servidores até para ter essa margem de lucro. É... As decisões não são só técnicas, de questão clínica, ou seja, a administração interfere no processo, por exemplo, da compra de medicamento, de que tipo de procedimento que vai ser aceito. (Entrevistada nº 7 - Psicóloga)

Nem a EBSEPH (a EBSEPH de modo especificamente) e nem a maior parte das fundações que eu conheço fazem parte do setor privado. Elas fazem parte do setor público. As organizações sociais, sim. Elas são instituições com características privadas. Eu tenho a impressão que os dois modelos respondem a uma necessidade concreta e objetiva. É impraticável a condução de serviços de saúde desse porte, mesmo de portes menores, sem a construção de um ambiente descentralizado, de desconcentração de poder e que alia a autonomia gerencial. Ou seja, não é possível administrar um serviço de saúde que tenha 50, 100, 200 e no caso da EBSEPH, 2000 trabalhadores, 3000 trabalhadores sem um alto grau de autonomia gerencial. Nós não conseguimos responder à necessidade de autonomia gerencial dentro dos marcos do serviço público/administração direta, muito embora seja possível, né. Eu tenho a impressão de que gente não teve um esforço na construção de novas, novas matrizes gerenciais que privilegiassem o campo da autonomia administrativa, sem o qual não é possível que esses serviços funcionem adequadamente. Então, eu acho que essa é uma primeira necessidade. Alguns governos encontraram saída via fundações públicas de direito privado, outros governos via empresa como a EBSEPH e outros governos via Organizações Sociais. Eu penso que a pior alternativa é a das OSs. E a melhor alternativa não está aí colocada que seria a construção de novos marcos administrativos dentro da administração direta [...]. (Entrevistado nº 12 - Médico Sanitarista e Professor Universitário)

Nas falas, os novos modelos de gestão se apresentam como alternativa pelo fato dos serviços públicos de saúde já não conseguirem suprir as demandas da população, o que, por sua vez, é visto como algo planejado pelo setor privado, que tem interesse nesse sucateamento. A maioria das pessoas entrevistadas, assim, apresentam um posicionamento contrário a todos esses modelos, relacionando-os à corrupção, a serviços de má qualidade, a substituição dos princípios que regem o SUS pela busca de lucro e à precarização do trabalho. Houve uma discordância, entretanto, em uma das entrevistas (entrevista nº 12) com relação à associação entre as FEDP e a EBSEPH a formas de privatização da saúde. No caso específico da EBSEPH foi apontado, ainda, que é uma alternativa que, apesar de não ser a melhor, permite a administração de serviços de grande porte, já que, dentro da administração direta, não há modelos que possibilitam uma maior autonomia gerencial.

5.6. A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Nessa categoria, foi dada prioridade às falas que mencionam os desafios enfrentados no contexto atual, caracterizado como anti-democrático e neoliberal. As dificuldades foram associadas aos interesses de determinados setores no modelo privatista e à influência destes sobre a gestão. Também foi abordada a questão do conflito entre inserção institucional e mobilização social, sendo exposto como a ocupação em cargos de comando em gestões favoráveis ao processo de *Desinstitucionalização* teria se constituído em algo, ao mesmo tempo, benéfico e ruim para os movimentos sociais.

Hoje, a gente tem ministro que é contra a reforma. Um discurso que “não, não, não”, mas as ações, os decretos, o cerceamento de verbas, recursos, tirar pessoas chaves dos locais onde poderiam estar motivando essa continuidade. Foram trocadas, né. Então, houve um desinvestimento muito grande a nível nacional. E isso desmotivou algumas lideranças, alguns movimentos. (Entrevistada nº 6 - Psicóloga)

Então, eu sei que, em algum momento, houve uma perda do movimento social com a entrada desses atores para a gestão, certo? Em alguns momentos, inclusive, um processo de tutela do movimento, mas, também, aí nós temos que pensar dialeticamente. Foram esses atores que acabaram implementando as políticas, né, sejam locais, estaduais ou nacionais de atenção. Então, é uma contradição social, né. Eu não posso dizer como se resolve, mas ela existiu e, de um lado ou de outro, houve perdas e ganhos, mas a gente acabou implantando políticas a partir disso, né. (Entrevistada nº 7 - Psicóloga)

E é um retrocesso que se reflete lá no Ministério da Saúde. O Ricardo Barros, que não é da saúde, mas estava ministro, né, as ideias dele, realmente, são ideias para atender setores que favorecem a sua candidatura, que, coincidentemente, são os setores da saúde privada, onde estão as clínicas psiquiátricas ou os manicômios. (Entrevistada nº 9 - Psicóloga)

Então, o desestímulo foi bastante grande, as razões foram diversas, né, os estudiosos vão apontando cada vez mais razões que mostram esse enfraquecimento nosso. É...Um dos questionamentos é exatamente o país ter caminhado um pouquinho para o centro ou um pouquinho para a esquerda, né, e ter se despolitizado, né. E ter se despolitizado nesse sentido, porque as pessoas precisavam permanecer dentro do controle social. É...Ter um embate digno entre partido e movimento social que agora está sendo cobrado pelos partidos, mas estão enfraquecidos, porque foram um tanto quanto dizimados no processo e tal. (Entrevistado nº 10 - Psiquiatra)

Então, hoje, nós estamos vendo que a Psiquiatria se reorganizou para retomar o controle da área, né. E essa política, é...Ela...Além de permitir, de reinserir o hospital psiquiátrico sem muito controle, porque ela diminui o PNASH, praticamente não tem verba para avaliar o tratamento hospitalar. Então, ou seja, vai ser o desmando, né. Não tem verba para investir em novos serviços. Ela destina, ela traz a comunidade terapêutica para rede como principal serviço de tratamento em álcool e drogas. [...] Esse sistema médico-hospitalar, equipamentóide, enfim, que captura toda a situação de vida para transformar em algum tipo de lucro, né; esse modelo mercantilista da saúde está retomando o poder, porque está retomando o poder em termos macroeconômicos, também, né. Tudo o que a gente está vendo é uma dissolução dos direitos, né, que a gente conquistou a toque de canetadas e uma desconstrução dessas políticas de uma forma muito rápida, como a gente está vendo agora nos últimos meses (Entrevistada nº 11 - Psiquiatra)

As falas refletem um descontentamento em relação à gestão atual e às medidas tomadas por esta em relação à Política Nacional de Saúde Mental, tal qual a proposição de maiores investimentos em CTs e Hospitais Psiquiátricos, além da redução dos investimentos no PNASH (BRASIL, 2017). Tais fatores são ligados ao contexto político vigente, assim como aos interesses econômicos e ao aumento do capital simbólico da psiquiatria, o que está de acordo com o que foi dito na revisão bibliográfica por Vasconcelos (2010, 2012). Também se reconhece que o processo de desmobilização dos movimentos sociais está ligado à inserção institucional em governos anteriores (“de esquerda”), mas, ao mesmo tempo, entende-se que tal inserção foi necessária à conquista de determinados objetivos.

Mas sempre fica uma, uma...Um peso de responsabilidade de quem é de fora e que ainda não entende essa circulação da loucura mesmo. Porque não é a circulação só de pessoas, mas é a circulação de pessoas que têm um modo de funcionar diferente que não é pior, nem melhor; mas ele é diferente e exige uma atenção diferente, exige uma circulação diferente, que o nosso mundo infelizmente não dá conta de abarcar assim, né. (Entrevistada nº 2 - Psicóloga)

E acho que a gente ainda tem, se a gente for lá naquelas quatro dimensões do Paulo Amarante, naquela parte sociocultural, a gente ainda tem um modelo social que ainda é manicomial. Eu ainda enxergo o outro, a população, né, os diversos órgãos, as pessoas que... Ainda tem uma percepção manicomial do usuário. O manicômio, hoje, ele é muito mais um manicômio mental do que de exclusão, de exclusão... De não dar autonomia, de tutelar o usuário de saúde mental do que outra coisa. (Entrevistada nº 4 - Psicóloga e Professora Universitária)

Então, a gente tem vários... Alguns psiquiatras que escrevem colunas em jornais, aqui em Goiânia, inclusive, falando do... Que o modelo da internação é o melhor modelo. Então, é... Eu me lembro que, quando a gente inaugurou a nossa Unidade de Acolhimento Transitório foi feito...O rapaz do [nome do jornal] veio entrevistar nossa equipe aqui, que tinha trabalhado para a inauguração da casa e, na mesma entrevista eles foram procurar o Doutor [nome do psiquiatra], que na época ele era presidente do CRM [Conselho Regional de Medicina]. E aí, eu... O Doutor [nome do psiquiatra] colocou lá que o nosso modelo era o modelo do faz de conta. E aí, então, isso ficou na manchete da matéria. (Entrevistada nº 5 - Musicoterapeuta)

[...] Eles vão nos acusar; que eles vão dizer: “Vocês não fazem ciência. Vocês fazem ideologia”. Como se você pudesse ter uma clínica que não é política, ou que não tem...É como se a visão conservadora: “Essa é científica. Essa é biológica. Então, ela está fora do mundo social.” (Entrevistado nº 10 - Psiquiatra)

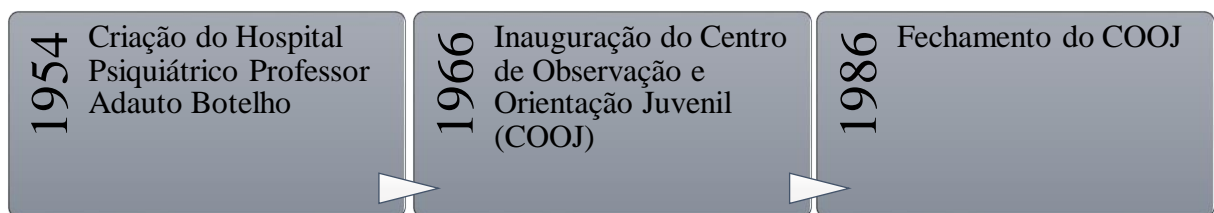
Nas falas acima foram identificadas críticas em relação ao desenvolvimento da dimensão sociocultural da RPB, que tem como pretensão a reconfiguração do lugar social da loucura, da relação entre esta e a sociedade (AMARANTE, 2015a). Entende-se que, no senso comum, o sofrimento psíquico ainda é associado a uma forma de desrazão, irracionalidade, o que, por sua vez, dá base ao entendimento de que o modelo manicomial seria o mais apropriado. Essa visão, por seu turno, seria corroborada por setores que têm interesses na manutenção desse modelo, que associam o modelo de atenção psicossocial a uma espécie de ideologia, que não se pauta em critérios científicos.

Essa constatação mostra que a reforma não conseguiu atingir o que, na concepção de Amarante (2015a) seria o seu principal objetivo, que é justamente essa dimensão sociocultural. Pode-se concluir, também, tendo por base as noções desenvolvidas por Bourdieu (2011) a respeito do campo político, que, mesmo quando o governo federal se mostrou favorável à implementação de um modelo de atenção psicossocial (2012-2016), não se obteve êxito na reconfiguração dos princípios de divisão da realidade, do senso comum. Esse último fator é atribuído, aqui, ao fato dos setores contrários à RPB, tal qual a Psiquiatria tradicional, ainda contarem com um maior volume de capital dentro dos campos, e, possuírem, assim, maior poder para legitimar um modelo que favoreça a manutenção da posição social de seus agentes.

5.7. REFORMA PSIQUIÁTRICA EM GOIÂNIA

A Trajetória da Reforma Psiquiátrica em Goiânia foi dividida aqui em três períodos distintos. O primeiro (1982-1993) foi caracterizado por tentativas de humanização do tratamento oferecido pelo Hospital Adauto Botelho e de implementação dos primeiros serviços abertos. O segundo período (1994-1998) envolveu a organização das primeiras associações e movimentos sociais (AUSSM e FGSM) e a criação de legislações que regulamentassem serviços adequados à lógica psicossocial. O último período (1999-2017), por sua vez, tem como marco a constituição do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) Novo Mundo (hoje CAPS). Foi nesse período em que se observou a implementação de serviços mais diversificados em Goiânia, em que se colocou em prática as diretrizes da PNSM e em que foram formados novos movimentos sociais (Coletivo Liberdade e Desencuca).

Figura 2. Fluxograma da trajetória da Reforma Psiquiátrica em Goiânia (1º período).



Fonte: (DEDO..., 1987; PAULA, 2009; TEIXEIRA, 2017).

[...] A gente encontrou lugares em que as pessoas tomavam banho de mangueira, usava-se sabão em pó, né. Jogavam sabão em pó assim e jogavam a mangueira. Uma coisa esquisita. A comida era praticamente arroz, né. Eu tenho fotos da época, aqui, do Adauto Botelho, em que as pessoas estão cheias de moscas, assim, porque os lugares eram sujos. Ficavam nus. Não usavam roupas, né, nos pátios, assim. Então, quer dizer, se você é tratada como bicho, como você fica? Então as pessoas, elas regrediram muito. E começou-se a achar que a doença, ela era evolutiva e que as pessoas eram inviáveis, né. Eram pessoas que estavam, ali, realmente, para se acabar daquela forma, né. Então, muito triste essa situação. Mas alguns trabalhadores desses lugares, alguns familiares que não se conformaram com essa situação, começam a discussão. Envolve a academia, alguns estudantes, também, vão participar dessa discussão.[...]A gente teve essa tentativa. Outra tentativa foi o centro aberto. O centro aberto acho que é em 1986. O centro aberto acho que era para o atendimento de pessoas com o uso abusivo de álcool e outras drogas. (Entrevistada nº 9 - Psicóloga)

Algumas pessoas que trabalhavam lá, também querendo alguma mudança que fosse... Abriram uma portinha de um lugar lá para fora e criaram o hospital-dia dentro do Adauto Botelho. Ai, eram médicos e enfermeiros que trabalhavam lá. Não sei bem quem eram essas pessoas. (Entrevistada nº 11 - Psiquiatra)

A assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico, nesse primeiro momento, era fornecida, basicamente, pelas clínicas privadas e pelo Hospital Psiquiátrico Professor Adauto Botelho, instituições caracterizadas por graves violações aos direitos humanos. Tal qual

descrito na entrevista nº 9, eram locais em que se promovia o que na concepção de Basaglia (2005) consiste na “*desumanização*”, ou seja, a objetificação do indivíduo na instituição, a sua sujeição. Também são declarações que remetem à Amarante (1995, 2005) na medida em que o Aداuto Botelho pode ser visto como um macro-hospital, usado como uma espécie de depósito para tipos sociais inadequados à sociedade disciplinar.

Esse processo começa a se reverter por iniciativa de alguns usuários, familiares e profissionais. São iniciativas ainda tímidas comparativamente ao que acontecia no contexto nacional, mas que já representavam um questionamento desse modelo de assistência. Assim, surgem alguns serviços mais humanizados, como é o caso do hospital-dia (onde os usuários eram tratados durante o dia, mas poderiam retornar às suas residências à noite), o Centro Aberto (que consistia numa espécie de ambulatório para indivíduos com problemas relacionados ao uso crônico de substâncias psicoativas) (ARANTES; TOASSA, 2017).

Houve, também, o fechamento do Centro de Observação e Orientação Juvenil (COOJ). Era uma instituição que inicialmente se destinava à reeducação de jovens do sexo masculino em conflito com a lei. Com o passar do tempo, adquiriu características de uma instituição total e foi, de forma recorrente, caracterizada pela estrutura física precária e pelas torturas físicas e psicológicas dos internos. Além dos ideais de progresso e do higienismo social, tinha em comum com o Hospital Psiquiátrico Aداuto Botelho a psiquiatrização do social, sendo a situação de vulnerabilidade social dos internos atribuída a “*psicopatologias*” (DEDO..., 1987; TEIXEIRA, 2017).

Figura 3. Fluxograma da trajetória da Reforma Psiquiátrica em Goiânia (2º período).



Fonte: (ARANTES, TOASSA; 2017; FGSM, 2008; GOIÂNIA, 2016; MARTINS, 2003; RODRIGUES, 2011; SILVA, 2014).

Então, o Fórum Goiano de Saúde Mental, como movimento, ele foi criado nessa época e ele ajudou bastante nas discussões. Inclusive a Associação de Usuários de Saúde Mental, também, nessa época, tinha bastante força, mais do que agora, e ajudou, é... nesse processo de construção da organização dos serviços, né. (Entrevistada nº 5 - Musicoterapeuta)

Então, quando fechou o Adauto, parte do ambulatório ficou funcionando eu não me lembro aonde, eu acho que foi lá para o Setor Sul. Um que era chamado de Hospital-dia, que tinha anos que funcionava já no modelo que as pessoas iam, passavam o dia e voltavam para casa, tinha parte da equipe dentro do CAPS Água-Viva na 115. (Entrevistada nº 8 - Psicóloga)

Aqui em Goiânia a gente fez algumas tentativas antes de 2001. A gente construiu, por exemplo, a casa Água-viva. A casa Água-viva, quando ela surgiu, era para atendimento de adultos com transtorno mental dentro dessa lógica aberta, mas a demanda da cidade foi tão grande nessa área psi que crianças com dificuldade de aprendizagem, enfim, n demandas das escolas foram parar lá. Mulheres em situação de violência, também, situações difíceis, foram parar lá. De repente, a casa, ela já não era mais uma casa de atendimento de adultos. Tanto é que, depois que a gente abriu os CAPS, a gente redefiniu o papel da casa água-viva, que passou a ser uma unidade de atendimento de criança e adolescente, né, com transtorno mental. (Entrevistada nº9 - Psicóloga)

De repente, do dia para a noite, eles derrubaram o Adauto. Do dia para a noite. A gente dormiu negociando, acordou com o Adauto derrubado. E eles pegaram as pessoas, que muitas não tinham família, e jogaram nas clínicas do interior, privadas ou públicas, ou beneficentes, como a Clínica São Contolengo, e Hospitais Privados do interior ficaram com esses moradores. E, o Adauto Botelho, que já foi do CRER até a ponte do Jaó, era o Adauto Botelho original, não sobrou nada disso para a saúde mental. E o único registro que a gente tem do Adauto Botelho são os arcos que estão lá na frente do CRER. Aqueles arcos eram a entrada do Adauto Botelho. Então, a saúde mental não ficou com nada. Absolutamente nada, né. E isso foi, aqui, vamos

dizer assim, a questão direta que...Do primeiro embate com o modelo que foi o fechamento com o Adatauto. (Entrevistada nº11 - Psiquiatra)

Nesse segundo período, a reforma já encontra outro nível de organização. O FGSM e AUSSM passam a atuar na defesa da instauração do modelo de atenção psicossocial por meio de eventos, protestos e da reivindicação dos direitos dos usuários do sistema de saúde mental. Alguns serviços substitutivos são instalados, mas, tal qual será abordado no próximo tópico, em número insuficiente para suprir a clientela antes assistida pelas instituições manicomialis. Com a desativação do Adatauto Botelho, centenas de pessoas são realocadas para clínicas privadas ou hospitais públicos do interior, enquanto outras, simplesmente, acabam ficando em situação de rua (ARANTES; TOASSA, 2017).

Dentre os serviços instalados nesse período, destacam-se a Casa de Atenção Integral Água-viva e o PSPWC. Enquanto o primeiro serviço pode ter sua importância dimensionada pela proposta do atendimento diuturno (apesar de ainda preservar características ambulatoriais), o segundo tem sua importância atribuída ao fato de passar a ser a porta de entrada para as internações, podendo se constituir, assim, em uma forma de integração dos serviços e de evitar, pelo menos em certa medida e no âmbito do sistema de saúde público de saúde, as internações arbitrárias. Há, também, certo avanço na garantia de uma maior estabilidade a esses serviços, já que são aprovadas legislações e projetos de lei (ARANTES; TOASSA, 2017; TAVARES, 2007).

Figura 4. Fluxograma da trajetória da reforma psiquiátrica em Goiânia (3º período)
(Continua).

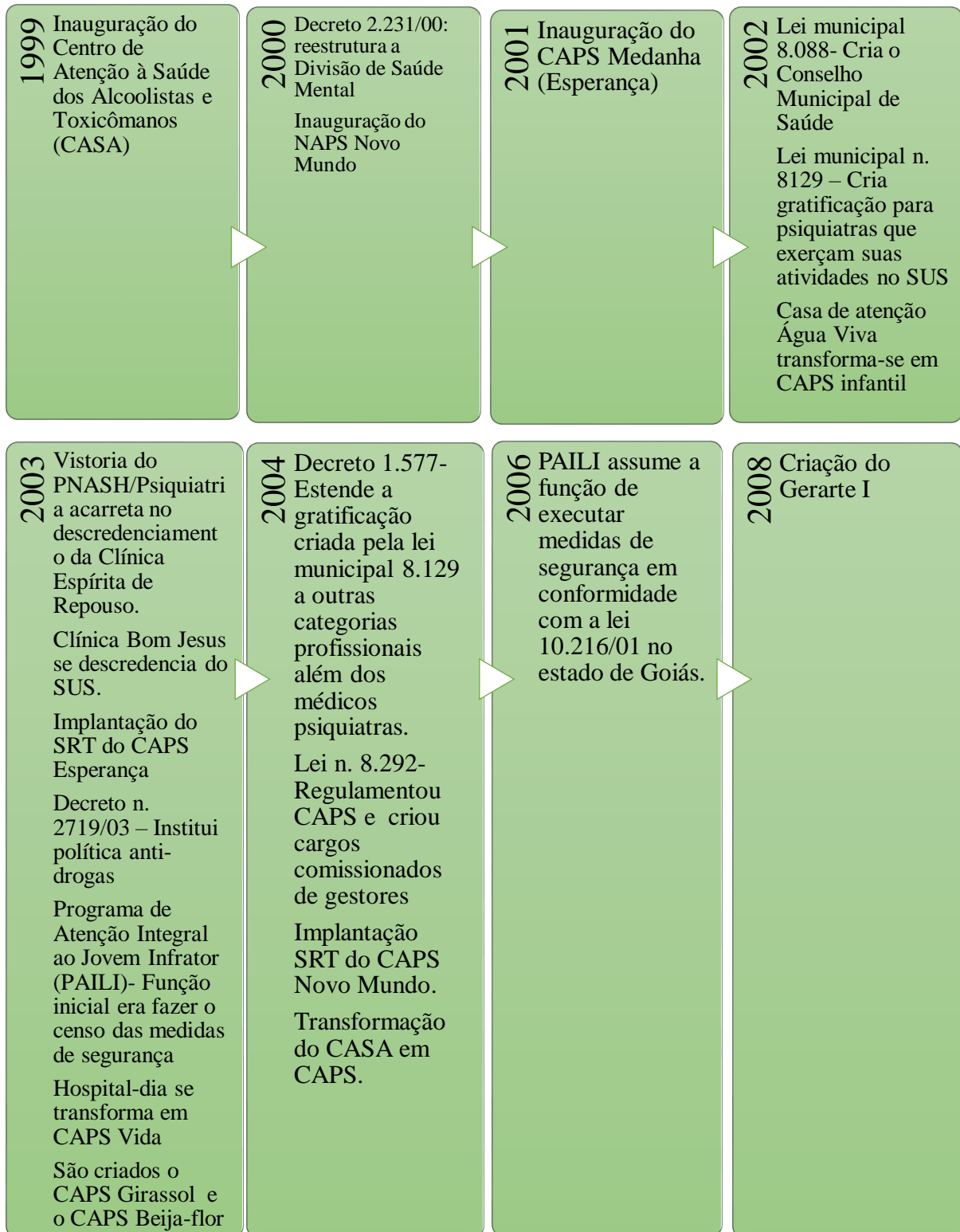
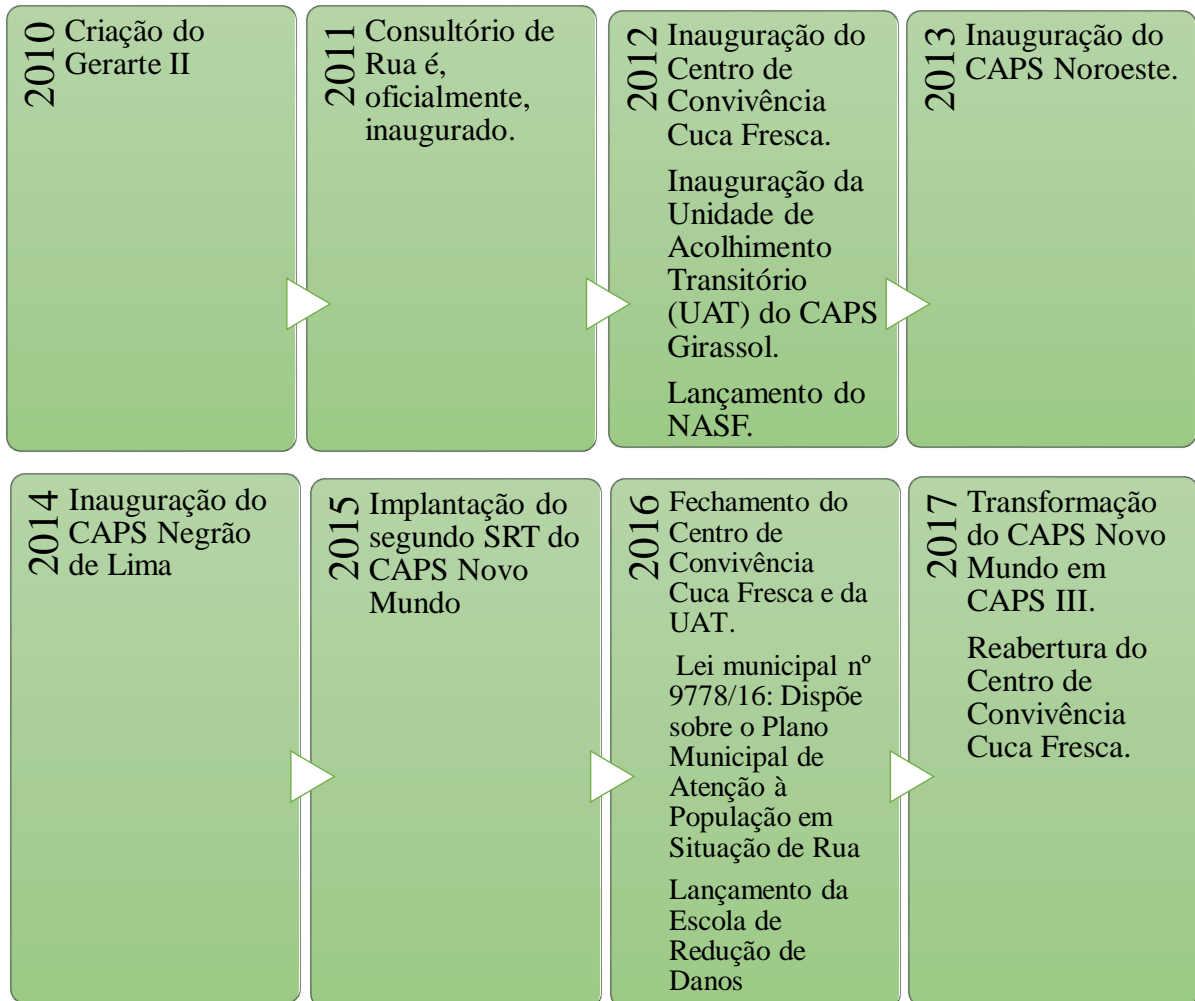


Figura 4. Fluxograma da trajetória da reforma psiquiátrica em Goiânia (3º período) (Conclusão).



Fonte: (ARANTES; TOASSA, 2017; ALVES, 2015; ARAUJO, 2013; AUTONOMIA, 2006; BORGES, 2014; CASTRO, 2014; DPE/GO, 2017; GUIMARÃES, 2012a, 2012b; LIMA, SEIDL, 2015; MPMGO, 2009; RODRIGUES, 2016).

O fechamento [do centro de convivência Cuca Fresca] aconteceu sem aviso prévio nem a profissionais, nem a usuários. A unidade estava funcionando, ela estava aberta. [...] Aí, tudo aconteceu bem encima da hora e, aí, já o caminhão parou e já foi botando as coisas. O secretário mandou uma ordem e fechou a unidade. (Entrevistado nº 2 - Psicóloga)

Um hospital-dia para adultos com transtorno não podia funcionar junto com um CAPS cheio de crianças. [...] E daí saiu a ideia: “Não. Peraí, a gente está discutindo CAPS, o Novo Mundo já existe, a gente tem uma equipe aqui, por que que a gente não faz uma proposta de um projeto de um CAPS e transforma o Hospital-dia em CAPS e pega financiamento? E, aí, surge a ideia da gente: “A gente vai sair daqui, vai tirar o hospital-dia, vai acabar com o hospital-dia, e vai transformar em CAPS, que aí virou o CAPS da Região Sul. Foi o primeiro...O CAPS Vida. Que foi com a transformação da equipe que a gente tinha no Hospital-dia. (Entrevistada nº 8 - Psicóloga)

Aqui, em Goiânia, por exemplo, a gente teve a implantação da Reforma Psiquiátrica na gestão, se eu não me engano, do Nion Albernaz [1997 a 2001], final da gestão do Nion Albernaz, quando o Dr. Elias Rassi era o secretário de saúde. Isso lá em

1998/99, é que ele comprou a chácara do Novo Mundo, eles compraram a chácara do Novo Mundo e construiu o Novo Mundo para, assim, ser inaugurado no finalzinho da gestão. É... Já tinha feito algumas modificações na casa água-viva, no ambulatório, que facilitaram, para quando a gente entrou, em 2001... 2001 o prefeito era Pedro Wilson e o secretário era o Libânio, Dr. Libânio Neto. É... E eu estava na coordenação de saúde mental nessa época. É... Estou dizendo eu no sentido de que a gente foi convidado enquanto movimento social. Nós fazíamos a discussão e levávamos isso para os prefeitáveis, né. Teve reunião com os candidatos a prefeito e a gente levou essa proposta e quando o Pedro Wilson venceu a eleição a gente foi lá: "E aí, como é que fica o nosso projeto? Vamos implantar a Reforma?" Ainda não era lei. A lei é de 2001 e ele entra no ano de 2000, né. Então, a gente foi atrás. E, aí, ele topou, tanto é que nos convidou para a gestão, né. Eu estava na Coordenação. Eu e colegas do Movimento. Nesse momento, a gente acaba enfraquecendo um pouco o movimento, porque a gente entra para a gestão. Mas na gestão a gente faz isso, a gente prioriza a construção de novos CAPS. Então, a prefeitura que tinha 7 distritos sanitários, a gente queria um CAPS por Distrito Sanitário. A gente não conseguiu construir, mas a gente conseguiu construir 4 CAPS na gestão. E, ainda, residências terapêuticas, e, ainda, o de volta para casa, que é um projeto de desinstitucionalização. [...] Depois o governo Paulo Rassi, ou seja, a gestão era Íris Rezende e o secretário de saúde era o Paulo Rassi. Parou. Trancou a Reforma Psiquiátrica. Ficou com o que tinha. É... Aí, depois, novamente... É... Paulo Garcia e, na secretaria municipal de saúde, Elias Rassi de novo. Aí, eu fui para a gestão de novo. Aí, a gente continuou avançando. Aí, nós criamos o Cuca Fresca. É... nós criamos mais CAPS: o Noroeste, o CAPS Noroeste, a construção do Noroeste, que é um CAPS para ser 24 horas e hoje não é. E a reconstrução do Novo Mundo e a transformação dele em 24 horas. E, ainda, o consultório de rua, dois consultórios na rua, né. É... Para atender a população em situação de rua e a UA, que é para adolescentes em situação de vulnerabilidade por conta do uso de drogas e que, também, foi fechada. (Entrevistada 9 - Psicóloga)

Houve problemas, às vezes, até aqui que a gente teve (vou falar mais para a frente) com a clínicas que fecharam as portas de uma hora para outra e a gente ficou com um monte de pacientes que era morador e que não tinha para onde ir. Isso até obrigou aqui em Goiânia, por exemplo, a abertura do... Das residências terapêuticas. As três primeiras vieram do fechamento da clínica Bom Jesus [2003]. Aí, tinha um monte de gente para instalar, porque eram moradores e não tinha para onde, né. [...] E, aqui, a gente sempre teve muito mais dificuldade de prosseguir com os nossos gestores e a gente avançou aqui em Goiânia nas duas gestões do Elias Rassi [...] Então, na gestão... Primeira gestão dele foi que abrimos o CAPS, o primeiro, e avançamos na abertura de alguns CAPS. Na segunda gestão dele... É... foi mais recente... A gente abriu mais CAPS, né, e avançou um pouco mais nessa questão da saúde da família e tudo mais, né. Essa relação entre a saúde mental e a saúde da família. (Entrevistada nº 11 - Psiquiatra)

[...] Esse era um processo, então, de formação de um novo cenário, de uma explicitação por parte do poder público de uma relação de respeito, de formação de novos atores e novos personagens e incorporação de novos atores e de emancipação de pessoas que tinham sob o jugo de tratamento psiquiátrico, na verdade ficaram presos e estariam presos indefinidamente em serviços que tinham esse propósito e esse processo de emancipação também é um processo de aprendizado de parte a parte. É, acho que foi esse o privilégio que eu tive de poder estar participando dentro desses movimentos, mas na sequência, né, em vários momentos, isso se consubstanciou. Na segunda oportunidade que eu tenho de participar como secretário de saúde, eu tenho a impressão de que os choques foram mais... Mais explícitos e violentos. A retaliação que eu sofri por parte do Conselho Regional de Medicina por esse posicionamento favorável à Reforma Psiquiátrica foi uma retaliação... Não do Conselho, né... Vou reparar a minha fala... Mas de expressões importantes dentro da categoria médica em Goiânia que, num outro momento, isso ocorre através do Conselho Regional de Medicina. Mas foi um... Uma resistência muito grande à composição de uma equipe

de coordenação com um perfil claramente favorável à Reforma Psiquiátrica. (Entrevistado nº 12 - Médico Sanitarista e Professor Universitário)

Tal qual pode ser vislumbrado pelo fluxograma e pelas representações dos entrevistados, esse período é marcado pela implementação de uma rede de serviços em conformidade com a lei 10.216/01. A importância de gestores vistos como favoráveis à reforma é deixada clara nas falas e corroborada pelo fluxograma feito com base na bibliografia, já que são em gestões comprometidas com o processo de *Desinstitucionalização* (1997-2001) (2001-2004) (2011-2012) que é instaurada a maior parte dos serviços (7 CAPS, 3SRTs, Consultórios de Rua e Centro de Convivência), além do PAILI. Em gestões com um menor comprometimento, por outro lado, nota-se uma estagnação da reforma, com a inauguração de poucos serviços (Gerarte I e II) e o fechamento, inclusive sem aviso prévio, de outros. (ARANTES; TOASSA, 2017).

Nota-se, por um lado, a aprovação de uma legislação condizente com os preceitos da PNSM, como o decreto 1.577/04, que cria gratificações para profissionais que exerçam suas atividades na área de saúde mental, e a lei 8.292/04, por meio da qual os CAPS passam a ser parte da estrutura básica da SMS. Por outro lado, há aprovação do decreto 2.719/03, que regulamenta Comunidades Terapêuticas (CTs), e a manutenção do ambulatório e do PSPWC, que se adequam ao modelo manicomial.

[...] o Centro de Convivência e Cultura foi fechado e aí foi quando o Coletivo Desencuca ganhou um pouco mais de força, porque não tinha mais a estrutura física do Centro de Convivência. E aí, com o fechamento do Centro de Convivência, a Marla procurou algumas pessoas que já eram parceiras do Fórum, que já vinham na luta aqui em Goiânia, para a gente tentar, pelo menos, não minar toda a força política que o Centro de Convivência criou durante os quatro anos em que funcionou.[...]A gente tem as atividades é... Organizadas semanalmente. Então, tem o cineclube, tem o bloco de percursão e tem o teatro do oprimido, que são as três frentes em que a gente está trabalhando agora. E sempre tentando, é... Proporcionar autonomia, formação política para os usuários, para que eles consigam entender qual que é o papel deles no meio de toda essa política que a gente tenta propor do tratamento em liberdade, com base na cultura, na inclusão social, essas coisas todas. (Entrevistado nº 2 - Psicóloga)

Eu faço parte do Coletivo Liberdade, que é um grupo de profissionais que discutem esses assuntos relativos à população em situação de rua, populações vulneráveis de uma maneira geral. O público, o usuário de drogas, os meninos que estão no contexto do sistema socioeducativo. Então, a gente atua nessa...nesses campos assim ...com as populações mais vulneráveis, mesmo. Então é um grupo que pensa e produz alguns seminários, a gente produz alguns textos que a gente...normalmente, cartas abertas que a gente produz para tentar chamar as pessoas a essa criticidade em relação ao que está posto aí, né.[...] Então, dentro do álcool e outras drogas, o que a gente percebe e o que a gente tem tentado desesperadamente fazer, o Coletivo Liberdade, é lutar para a sensibilização da sociedade através de eventos. Então, como assim? A gente tem feito seminários desde o ano de 2009 e a gente nunca parou. (Entrevistada nº 6 - Psicóloga)

No que diz respeito aos movimentos sociais que se organizaram no período, destacam-se o Coletivo Desencana e o Coletivo Liberdade. Tal qual é relatado na entrevista nº 2, o primeiro movimento, que atua desde 2016, surgiu a partir do fechamento de um serviço e se alinha a uma perspectiva mais cultural, organizando sessões de cinema, blocos de percussão e promovendo a educação popular. Já o segundo, procura promover a sensibilização da sociedade focando em eventos científicos e documentos escritos e tem como cerne a questão das toxicomanias, da socioeducação e das populações em situação de vulnerabilidade social.

Assim, apesar de ambos atuarem no âmbito da reforma psiquiátrica, possuem focos diferenciados, sendo um mais voltado para atividades culturais e outro para atividades de caráter científico. Apresentam, também, pelo que pode ser inferido dos documentos pesquisados, da bibliografia e dos relatos dos entrevistados, uma proposta inovadora em relação aos movimentos e associações que os antecederam (FGSM e AUSSM). Isso, porque entende-se aqui que estes, justamente por terem atuado desde o início da Reforma, possuem uma proposta mais geral no sentido da garantia da viabilidade do processo *Desinstitucionalização* e dos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Então, a gestão não está oferecendo, como é que os trabalhadores estão se organizando para cobrar? Porque a gente tem instrumentos de... De... Que nos auxiliam para cobrança. O Ministério Público é um. Só que exige trabalho, exige que você junte documentação, que você vá lá, marque uma ou duas reuniões com o defensor público. Às vezes com esse aqui não deu certo, você vai ter que tentar com outro. E por aí vai. Então, eu vejo uma... Uma... Sei lá... Descrença, mesmo, de muita gente. (Entrevistado nº 2 - Psicóloga)

Eu percebo muito em relação aos Conselhos Locais de Saúde. Isso eu percebo, né. Quanto... É problemático, né, assim. Então, por exemplo, aqui na nossa região, a gente tem os vereadores da região e que a gente percebe o quanto, às vezes, usa, os Conselhos de saúde para conseguir votos, né, para serem reeleitos. (Entrevistada nº 3 - Psicóloga)

Mas, em termos de lideranças, isso em todas as áreas, a gente não conseguiu uma renovação. A gente não conseguiu. E isso não é um problema da saúde mental. Isso é um problema de todos os movimentos sociais, né. A dificuldade de renovação. (Entrevistada nº 7 - Psicóloga)

Eu acho que eles teriam mais autonomia se tivessem uma formação política. Até brigassem com a gente: “Olha, não é isso que a gente quer, a gente está falando de outra coisa”. Então, eu sinto que eles são muito tutelados sim. Aqui, assim, aqui no estado de Goiás em muitos momentos eu vejo assim, se os trabalhadores não se unem e não apoiam, parece que não sai do papel e a coisa não anda. Por outro lado, uma associação, ela tem que ter dinheiro, verba, né, de onde viria? (Entrevistada nº 8 - Psicóloga)

Agora, aqui em Goiânia, em Goiás, nós sempre fomos da contracultura total. E, aqui, a gente tem que lembrar que foi, continua sendo, um dos bastiões de resistência dessa Psiquiatria privada. Quando a Reforma começou, a gente tinha o maior parque hospitalar privado do país. Era aqui, proporcionalmente à nossa população, né.

Então, houve um desmonte gigantesco. Então, isso não se perdoa, entendeu?
(Entrevistada nº 11 - Psiquiatra)

Quanto aos problemas enfrentados pelos movimentos sociais, os entrevistados relataram uma certa desmotivação, descrença por parte de alguns militantes de usar os meios que são disponibilizados para cobrar e reivindicar do Estado, como a defensoria pública e os conselhos de saúde. Esses relatos estão em conformidade com o que é mencionado por Bravo e Menezes (2011) ao abordar como o controle social muitas vezes é visto pela população como emanando exclusivamente do Estado, não havendo a utilização dos mecanismos previstos em lei para que o contrário se efetive.

A AUSSM ainda é vista como muito dependente de interferências externas. É algo que pode ser inferido, também, a partir dos relatos de Deusdet Martins (2003) acerca do período em que ocupou o cargo de assessora dessa entidade (1999-2001). Nesse período, a associação passava por problemas organizacionais e financeiros e requisitou um assessor a secretaria de saúde. Também é algo que remete à Vasconcelos (2010), na medida em que esse autor propõe um maior esforço no sentido de integração e formação política dos associados para que seja dificultada a cooptação política.

Haveria dificuldades relacionadas, também, ao fato da Reforma Psiquiátrica em Goiânia girar em torno de pessoas chave, ser muito dependente de poucas lideranças. Assim, a morte, aposentadoria ou mesmo afastamento dessas pessoas teria acarretado um processo de desmobilização. Isso não seria, entretanto, segundo uma das entrevistadas, um problema exclusivo dos movimentos ligados à Reforma, havendo dificuldades de renovação de lideranças nos mais diversos movimentos sociais.

5.8. A REDE DE SAÚDE MENTAL EM GOIÂNIA

Nessa categoria deu-se prioridade às falas que apontam as dificuldades enfrentadas pela rede no contexto vigente, tendo em vista que as conquistas puderam ser contempladas quando se abordou os fundamentos do modelo de atenção psicossocial. Segundo as representações dos entrevistados, a rede apresenta problemas relacionados à cobertura, à permanência de práticas e serviços adeptos à lógica manicomial e à integração entre os serviços. Tais problemas foram associados, por sua vez, a interesses políticos, à falta de planejamento e a uma formação profissional que não abrange conteúdos e práticas em conformidade com o modelo de atenção psicossocial.

Para Desinstitucionalizar essas pessoas a gente precisaria fortalecer todos os equipamentos sociais. Então, cultura, lazer, educação, trabalho, saúde. Então, como é que essas pessoas vão conseguir se não têm um suporte efetivo de CAPS III, caso ela tenha uma crise no meio da noite; um centro de convivência, que é um lugar que desenvolve muito e que ajuda muito o sujeito a lidar com os próprios sintomas, com as próprias questões. [...] Então, é...E aí...Pensar em territórios, mesmo. Se a gente pensa em Goiânia como território de saúde, é um problema, porque as unidades de saúde são muito espalhadas, o usuário do sistema de saúde mental, ele não é só usuário do sistema de saúde mental. Ele precisa acessar outras coisas. E, aí, quando ele precisa dessas outras coisas, ele é atendido? Não tem leito. Eu não tenho notícia de leito psiquiátrico e hospital geral aqui (Entrevistado nº 2 - Psicóloga)

Acho que as outras áreas, que é a gerência de equidade, a gerência de atenção primária, que também estão... de urgência e emergência, que também estão envolvidas com a RAPS na teoria, estão pouco comprometidas com a saúde mental. A gente não tem a qualificação do SAMU, por exemplo, para o atendimento à crise. É... a gente não conseguiu o que poderia ser feito, que é articular as UPAS que a gente tem. Já abrir essas UPAS com habilidades para o atendimento à crise de saúde mental, enquanto não são criados os CAPS. (Entrevistada nº 4 - Psicóloga e Professora Universitária)

[...] Cada CAPS abarca mais do que o dobro do que seria a sua população de referência. [...] A rede das moradias, das residências terapêuticas, como eu te falei, o grosso...Nós temos 5. O Grosso, as três primeiras, foi com o fechamento da Bom Jesus. Então, tinha que abrir. Não tinha como ficar morando no Wassily Chuc. E, as duas outras, também, fechou não sei quem aí, não sei se foi a Clínica de Repouso de Goiânia. E era a mesma situação, ou seja, obrigação. O Cuca Fresca fechou. O Gerarte sobrevive, porque não tem ligação com a saúde mental. Então...É...O consultório na rua está crescendo como uma estrutura muito mais ligada ao dinheiro da seguridade, pela justiça, senad, bê bê bê, do que pela saúde. Então, mas nós temos duas equipes. Mas está progredindo. É uma área que está progredindo. Mas, progredindo, assim, saiu de uma migalha, para duas migalhas. Porque duas equipes de Consultório na Rua para uma cidade de 2 milhões de habitantes...O que que é isso, né? Então, esse sempre foi um grande problema. Quer dizer, o potencial da rede, ele seria atingido se eu tivesse a rede necessária funcionando da forma necessária, pelo menos próxima. E a gente nunca teve a rede necessária e a gente sempre foi perdendo condições e nunca ganhando condições, né. E as pessoas vão desistindo, as pessoas vão cansando, as pessoas vão se protegendo, se enrijecendo, fazendo automaticamente, porque tem dependência de salário, mas todo o resto vai se perdendo. Eu vejo, aqui, que o que resta é a nossa relação com os clientes, que é muito boa. (Entrevistada nº 11 - Psiquiatra)

A partir das representações dos entrevistados é possível inferir que a rede, apesar de contar com uma certa diversidade, não se restringindo aos CAPS, possui um número insuficiente de serviços. A atenção à crise é vista como comprometida pelo fato de haver apenas um CAPS III na cidade, de não haver leitos em hospitais gerais e dos serviços da atenção básica que, em teoria, deveriam ser capazes de ofertar o cuidado a saúde mental, não possuem condições estruturais e humanas para tal. Outra questão que é vista como problemática por dificultar o acesso dos usuários é o fato dos serviços de saúde mental não estarem integrados com os outros serviços de saúde, concentrando-se em determinados distritos.

Se, na hora H, eu acho que tem que chamar o SAMU e levar para o Wassily, né, aí a gente fica se questionando, né. Assim, será que a gente está sendo, realmente, antimanicomial, né. Então, o Wassily também é um serviço que não é proposto pela

RAPS, né. E, aí, teve uma época em que saiu na mídia que ia fechar o Wassily. E, aí, foi um fuzuê até entre os próprios profissionais. Então, é como se o Wassily fosse um mal necessário, sabe, assim. Então... E, aí, eu fico me questionando isso, né. De que forma a gente poderia superar isso, né? (Entrevistada nº 3 - Psicóloga)

[...]Eu faço uma comparação em que eu brinco que a gente criou um modelo de CAPS com tudo dentro. Quando a gente foi criando os CAPS aqui, a gente não criou uma rede. Quando os CAPS foram criados na Rede, eles foram criados encapsulados mesmo. Lá eu tenho convivência, lá eu tenho geração de renda, lá eu tenho atenção especializada. Aí, por conta disso, as pessoas, inclusive os profissionais, ficaram encapsulados e cronificados, né. Então eu acho que, isso reflete o modelo manicomial, inclusive, porque eu só estou mudando o lugar de cronicidade e dependência. (Entrevistada nº 4 - Psicóloga e Professora Universitária)

[...]O pronto-socorro, ele continua com a sua missão: atender emergências e crises. Se ele foi humanizado ou não, agora, eu não sei. Mas, assim, muito difícil. Ele é como se fosse assim: o apêndice da saúde mental. Aquela parte que todo o mundo quer extirpar, mas ainda não consegue, porque se extirpar agora, vai que leva o intestino todo junto e não dá conta. Ele sempre foi esse apêndice para a gente, mas a gente pensava: “Se criar os CAPS 24 horas, a gente consegue legitimar que vai fechar o pronto-socorro”. Por outro lado, sou muito solidária às equipes que ainda se mantêm. Tem pessoas que têm tentado muito. Então, eu não jogo pedra falando: “Nossa, um manicômio e as pessoas estão lá e são coniventes”. (Entrevistada nº 8 - Psicóloga)

[...]A gente cria bolhas, mas a gente não permeia a sociedade, né, para que essas pessoas sejam absorvidas no mercado de trabalho com uma certa proteção em relação às necessidades e às potencialidades dela. Enfim, essas pessoas, elas não vão no cinema, elas não vão no shopping, elas não têm uma série de coisas, assim, que depende, também, da gente conseguir mudar esses valores sociais para que os diferentes também tenham o seu espaço e não sejam simplesmente etiquetados como doentes. (Entrevistada nº 11 - Psiquiatra)

A manutenção de práticas e serviços adequados à lógica manicomial também foi outro tema abordado nas entrevistas. O encapsulamento e a cronicidade são constatados pela restrição dos usuários aos CAPS e às atividades que são desenvolvidas dentro deles. Não haveria a inserção desses indivíduos no mercado de trabalho e nem seriam dadas condições para que pudessem, efetivamente, circular no território. Tais problemas foram associados ao fato de, no início de sua constituição, a rede ter atribuído centralidade aos CAPS, que passaram a exercer as funções de outros serviços.

São relatos que remetem à Furtado *et al* (2017) e à Pande e Amarante (2011). No caso do primeiro artigo, os autores abordam as dificuldades dos profissionais de levarem os usuários para fora do ambiente dos CAPS, seja por questões operacionais (como a inexistência de veículos nas unidades de saúde e pouca quantidade de técnicos), seja por questões subjetivas (como o estigma enfrentado pelos indivíduos em sofrimento psíquico em certos ambientes). Já no caso do segundo, chegou-se à conclusão de que a excessiva dependência de alguns pacientes em relação aos CAPS também é o reflexo da reprodução de práticas meramente desospitalizadoras ao invés de, efetivamente, desinstitucionalizadoras.

O fechamento do Centro de Convivência foi um golpe de gestão, mesmo, porque aquela unidade estava incomodando e, na minha opinião, ela estava cumprindo um papel político e assistencial, né. Extrapolou o nível da assistência e conseguiu trazer muito mais coisas. Os usuários ganharam prêmios na área da arte, na área da cultura. O Centro de Convivência sempre foi muito citado em muitos locais. (Entrevistada nº 2 - Psicóloga)

[...] Falta planejamento. Por exemplo, essa situação o Cuca Fresca, né. Na época, assim, a forma como ele foi implantado, né, assim, não sei dizer de forma aprofundada mas eu acho que foi a forma que foi possível, digamos, né. Já existia esse convênio, a [Nome da OS que administrava o serviço], ela já mantinha as Residências Terapêuticas, né. Os Gerartes. E, aí, através desse convênio foi possível se criar o Cuca Fresca. Mas, assim, eu acho que faltou, talvez um planejamento maior, né, de fazer uma coisa mais consolidada, né. Então, por exemplo, quando ele foi fechado, uma das coisas é que ele não era uma unidade de saúde, porque ele não tinha CNES. Então, porque que... Né... Assim... A Secretaria funciona muito assim, espera as coisas acontecerem para depois tomar providência, né. Então, não sei se também falta de... De prioridade, talvez, né, em relação à questão da saúde mental, né. (Entrevistada nº 3 - Psicóloga)

Por que às vezes são dados instrumentos que poderiam reverter essa situação, mas por falta de cobrança, por falta de controle social e pela persistência, ou morosidade ou negligência dos gestores a gente não consegue ter; realmente, funcionando as unidades da forma como deveria estar funcionando. [...] Tem ações que são urgentes. Então, precisava, de alguma forma, haver o desejo político de simplificar ações que são diárias, que não dá para ficar esperando, né. Como a gente vê questão de compra de medicação, de compra de alimentação, de contratação para pontos que são urgentes e que, né. Então, a burocracia, nesse ponto, eu falo que é um grande gargalo que a gente precisa vencer. (Entrevistada nº 6 - Psicóloga)

[...] Agora eu estou no Conselho de Psicologia, a gente visita muitas instituições e nos assombrou o quanto, por exemplo, psicólogos, não tiveram nenhuma aula que fala sobre a Reforma Psiquiátrica nos anos que estudaram na Universidade, não sabem do que se trata e carregam para o CAPS ou os serviços da Rede de Atenção em Saúde Mental....Eles carregam apenas aquela identidade de psicólogo clínico, sem questionar o que que ele está fazendo lá. Então, por exemplo, questionar culturalmente a loucura é algo que se constrói nas relações com os usuários, com a música, com o cinema, com as artes, com o território. Então, o que...Esses psicólogos querem debater a loucura no território? Eles querem atender uma pessoa vítima de depressão e fazer um atendimento clínico; atender a família de um usuário que é esquizofrênico e fazer a psicoeducação. Isso aí é o máximo que as pessoas fazem. Então, eu vejo avanços em a gente conseguir expandir o conceito, mas o conceito expandido apenas a partir dos serviços. (Entrevistada nº 8 - Psicóloga)

[...] Quem indica os gestores de tudo quanto é unidade (não é só da saúde não) é o vereador. Porque os vereadores, eles são donos, assim, dos territórios né. E, isso, faz com que ele indique os coordenadores. Porque...É...Tem verba quando... E, quando não tinha gratificação, a gente pôde fazer um projeto maravilhoso, porque a gente escolheu esse perfil. Quando passou a ter ganho e que mudou a gestão e a escolha foi política, a gente percebeu uma dificuldade enorme de manter o projeto. (Entrevistada nº 9 - Psicóloga)

As falas acima, por seu turno, evidenciaram os motivos para a rede enfrentar os problemas já mencionados. Em primeiro lugar, observa-se que determinados interesses políticos dificultam a constituição de serviços que se pautem na lógica psicossocial, já que é comum a adoção de critérios alheios aos técnicos para a escolha dos gestores. A falta de comprometimento com os princípios que orientam a Política Nacional de Saúde Mental por

parte dos indivíduos que ocupam esses cargos estaria atrelada à morosidade, à burocracia e à falta de prioridade à saúde mental.

Essa questão foi abordada por N. S. Silva (2012) quando pesquisou a percepção dos gestores de unidades de saúde mental no interior do estado de Goiás. Para os entrevistados, a saúde mental não seria uma prioridade devido ao fato dos indivíduos em sofrimento psíquico serem uma parcela estigmatizada da população e não haver, assim, muito retorno eleitoral quando se investe em serviços adequados ao seu cuidado.

Outro fator ao qual estaria relacionado as dificuldades enfrentadas pela rede é a capacitação dos profissionais que nela atuam. Na percepção dos entrevistados, além de haver, durante a graduação, pouco contato com as unidades adequadas à lógica psicossocial, também haveria pouco conhecimento teórico no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica. É uma percepção que encontra embasamento em Carneiro (2010). Nessa publicação, mediante a análise de currículos de cursos de graduação de universidades de Goiânia, chegou-se à conclusão de que, em profissões que atuam no contexto da RAPS do município, são poucas as disciplinas que abordam o tema e que a maioria das atividades práticas ainda são em estabelecimentos adeptos à lógica manicomial.

Por outro lado, têm sido desenvolvidas iniciativas que visam aprimorar a qualificação dos profissionais, como é o caso do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde no âmbito da Saúde Mental (PET Saúde/ Saúde Mental²¹). Na Universidade Federal de Goiás, no âmbito do PET Estratégia da Saúde da Família (ESF)/ SM, destacou-se o desenvolvimento do projeto de extensão **“Saúde Mental na Roda”**: EP para a clínica ampliada em saúde. No projeto em questão, utilizando a metodologia do “Arco de Maguerez”, foi possível a construção coletiva de conhecimentos referentes a temas como a Redução de Danos (RD), os desafios enfrentados pela PNSM e os sofrimento psíquico no contexto da universidade. Entre as ações práticas, destacaram-se as referentes ao acolhimento e ao matriciamento (CAIXETA *et al*, 2013; STECCA, 2013).

Desse modo, pode-se dizer que, nas representações de agentes que possuem um papel relevante na Política de Saúde Mental de Goiânia, a instauração do modelo de atenção psicossocial no município envolveu um processo de mobilização intenso que culminou no fechamento de instituições caracterizadas por graves violações aos direitos humanos. Esse

²¹ É um programa do governo federal que visa uma maior integração entre os profissionais de saúde, os usuários do SUS, e a academia (professores e estudantes universitários). São concedidas bolsas para a realização de projetos no SUS, onde os estudantes têm a oportunidade de obter uma capacitação em conformidade com os seus princípios (BRASIL, 2010).

fechamento, entretanto, ocorreu sem que houvesse, ainda, uma rede que tivesse condições de atender a população antes assistida por tais instituição, sendo o tratamento desta realizado em clínicas privadas (ainda adequadas ao modelo manicomial) ou nos poucos serviços que já existiam.

A cronicidade e o encapsulamento são relacionados a essa sobrecarga encima de alguns serviços, assim como a outros fatores tais como a burocracia, a pouca intersectorialidade e a qualificação dos profissionais. Estes, por sua vez, também são vistos como associados à morosidade na elaboração de projetos e implementação de serviços e à estrutura precária de algumas unidades de saúde. Apesar de existir todo um esforço por parte dos movimentos sociais, dos trabalhadores e de gestões comprometidas com o processo de *Desinstitucionalização* observa-se que a reversão desses problemas é dificultada por três fatores principais: a tomada de decisões técnicas com base em critérios políticos (como a escolha dos gestores), a atuação de setores contrários à reforma e ao fato da dimensão sociocultural da reforma no município ainda não ter sido bem desenvolvida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da pesquisa de campo, juntamente com a revisão bibliográfica, permitiu que a pergunta de pesquisa inicialmente proposta fosse respondida. O posicionamento dos agentes está em conformidade com a Política Nacional de Saúde Mental vigente desde 2001, com a PDI e com os autores que se dedicaram ao estudo da RPB. O objetivo principal, que era o entendimento do que dá fundamentação política e científica à defesa do modelo de atenção psicossocial, também foi atingido, sendo evidenciado como o cuidado em liberdade mostra-se mais apropriado às necessidades dos indivíduos em sofrimento psíquico do que a internação em “*Instituições totais*”.

O modelo de atenção psicossocial é entendido como mais humanizado por não tirar o indivíduo do contexto em que o sofrimento psíquico surgiu e por possibilitar, assim, que ele lide com os fatores aos quais esse sofrimento está relacionado. Ele não adviria apenas de questões biológicas, sendo multiderminado e englobando questões sociais, tais como situações de violência, a exclusão do mercado de trabalho e a impossibilidade de ter acesso a direitos básicos (como a educação e o lazer). Desse modo, observa-se que o acesso ao tratamento psiquiátrico não é visto como suficiente, sendo necessário um trabalho de mudança mais amplo para reconfigurar as condições que levaram o indivíduo à situação de sofrimento.

É uma posição que se distancia do modelo biomédico, no qual se atribui uma posição central ao diagnóstico e à medicação e que se aproxima da proposta de colocar a doença mental entre parênteses de Basaglia (1978, 2005). Isso, porque, o que se propõe é a constituição de uma relação de vínculo com o usuário do serviço de saúde mental, sendo levado em consideração as limitações provenientes da doença e aquelas que lhe foram impostas pela sociedade em decorrência desta. O sofrimento não se resume ao diagnóstico, a opinião do indivíduo em sofrimento psíquico é levada em consideração no tratamento e à sociedade é imputada a responsabilidade de assegurar os direitos do indivíduo que sofre.

O modelo manicomial, por sua vez, é reconhecido como uma forma historicamente construída de dominação que tem como propósito esconder e punir aqueles que não são considerados úteis em uma sociedade burguesa. Os “*loucos*” são aqueles que a escola, o trabalho e as outras funções psi não puderam normalizar. A sociedade se recusa a se reconhecer neles e, então, os aprisiona. Não há, assim, tanto na bibliografia pesquisada quanto nos relatos dos entrevistados, qualquer argumento científico que dê fundamento à internação em “*Instituições totais*”, sendo a estes locais atribuída uma função, essencialmente, normalizadora.

A manutenção desse modelo pode ser explicada não por sua eficácia terapêutica, mas pelos interesses de determinados segmentos sociais. Aplicando a concepção de Bourdieu (1990, 1998) de que o capital econômico é o que detém maior influência sobre os outros campos que conformam o espaço social, pode-se inferir que as organizações profissionais e empresariais (ABP, Abramge, CFM) alinhadas à psiquiatria tradicional possuem maior influência sobre o processo político e decisório.

Possuindo controle sobre o campo político, esses segmentos sociais detém o controle sobre os princípios de divisão da realidade social, sobre as representações, e, assim, sobre o senso comum. Seguindo esse raciocínio é que se pode explicar o fato da dimensão sociocultural da reforma ainda ser pouco desenvolvida. No imaginário social, o “*louco*” ainda é representado como alguém que não deveria circular no território e fazer uso dos mesmos espaços que os indivíduos que não estão em sofrimento psíquico. Desse modo, pode-se concluir que a reforma não atingiu o seu principal objetivo, que é a reconfiguração da relação entre a sociedade e a loucura (AMARANTE, 2015a).

A proeminência das organizações médicas profissionais e empresariais no campo político também explica a tomada de decisões nos últimos anos que priorizam o investimento em novos dispositivos adequados à lógica manicomial (como as CTs e os CREDEQs) em detrimento da RAPS. Foram aprovadas legislações que contrariam quase quatro décadas de luta pela garantia do cuidado em liberdade. O que se observa, ao invés disso, é que as políticas proibicionistas e punitivas, antes associadas ao Senad e Sisnad, também passam a direcionar as medidas tomadas pelo Ministério da Saúde.

São decisões que refletem um contexto marcado pelo neoliberalismo, em que as políticas sociais são colocadas em segundo plano em prol das políticas fiscais. No âmbito da saúde, de maneira mais geral, a privatização ocorre de maneira progressiva pelos denominados “novos modelos de gestão”. Como relatado pelos entrevistados, são alternativas que respondem a necessidades objetivas, mas que colocam em risco os princípios de universalidade e igualdade que regem o SUS e estão relacionadas à corrupção, a um menor controle social e à interferência da administração em decisões técnicas. A prioridade passa a ser o lucro e não o acesso a um tratamento de saúde adequado.

No que se refere ao contexto mais específico do município, até o final da década de 90, a assistência era realizada, sobretudo, por meio do modelo manicomial. No âmbito da assistência pública funcionava o Adauto Botelho, um macro-hospital que era usado como depósito para os “casos sociais” (AMARANTE, 2015b). Essa instituição foi fechada antes da implementação de uma rede de saúde mental e os serviços já existentes que se aproximavam de

uma lógica psicossocial tiveram que atender uma quantidade maior do que a recomendada de pacientes e suprir demandas que deveriam ser direcionadas a outros serviços.

Isso estaria relacionado, na percepção dos entrevistados, aos problemas enfrentados por algumas unidades de saúde, como a cronicidade e o encapsulamento. Teria sido implantado um modelo de “CAPS com tudo dentro”, havendo o desenvolvimento de atividades, dentro desses serviços, que deveriam ser realizadas em outros dispositivos da RAPS ou mesmo fora das unidades de saúde. Além disso, estrutura de boa parte dos serviços é precária, alguns deles adequam-se à lógica manicomial e não há integralidade do cuidado e nem cobertura suficiente. Tais dificuldades foram relacionadas à burocracia, à qualificação dos profissionais, à pouca integração, mas, principalmente, ao pouco comprometimento de alguns governos, que se fundamentam em critérios políticos para a escolha dos gestores.

Apesar disso, tal qual pode ser evidenciado por pesquisas realizadas no interior do estado, a rede ainda é mais diversificada que os outros municípios e é em Goiânia que se tem uma maior articulação dos movimentos sociais. A atuação dessas entidades foi e continua sendo indispensável para o desenvolvimento do processo de *Desinstitucionalização*. O FGSM foi o primeiro movimento a ser formado. Ele participou da organização dos primeiros eventos (congressos, manifestações), serviços e seus membros fizeram parte das primeiras gestões que se dedicaram à instauração do modelo de atenção psicossocial. Apesar desse último fator ter, em certa medida, gerado um processo de desmobilização, ele é entendido pelos entrevistados como fundamental para uma série de conquistas.

Os dois outros movimentos se organizaram mais recentemente e, por isso, foram capazes de abarcar questões que não foram muito desenvolvidas desde o início pela RPB, como é o caso do uso crônico de substâncias psicoativas. O coletivo liberdade, segundo uma das entrevistadas, promove eventos desde o ano de 2009 procurando sensibilizar a população, a academia e os profissionais para as demandas de populações em situação de vulnerabilidade social. Defende a estratégia de Redução de Danos para lidar com a questão das toxicomanias, assim como a perspectiva do acolhimento.

Já o Coletivo Desencuca surgiu como uma forma de resistência ao fechamento do Centro de Convivência Cuca Fresca, lutando, desde 2016, por sua reabertura e para que as pessoas que frequentavam esse espaço de saúde pudessem, pelo menos em certa medida, participar de atividades que ali eram desenvolvidas. Sua atuação, entretanto, extrapolou essa motivação inicial e, hoje, o movimento é uma referência na promoção de atividades políticas, culturais (como o cineclube e os blocos de percussão) e na educação popular.

Haveria, entretanto, um processo de desmotivação por parte da sociedade civil de Goiânia, no sentido proposto por Cohen e Arato (2000), desencadeado pela descrença em relação aos instrumentos de controle social disponibilizados à população; pela morte, aposentaria ou afastamento de lideranças-chave dos movimentos sociais e pela não renovação desses líderes. A AUSSM também é vista como “tutelada”, já que a sua organização ainda demandaria muito dos profissionais.

Assim, pode-se concluir que, dentro do que se propunha inicialmente, os objetivos de pesquisa foram atingidos. Tendo por base a bibliografia e as representações dos entrevistados, entende-se que Goiânia passa por dificuldades similares ao que é enfrentado no contexto nacional, como a não integralidade do cuidado, a falta de integração dos serviços e a persistência de práticas manicomiais. Haveria, entretanto, comparativamente a municípios onde o processo de *Desinstitucionalização* se iniciou mais cedo, maiores problemas associados ao fato de algumas unidades serem sobrecarregadas com demandas que deveriam ser atribuídas a outros serviços. A causalidade para tais problemas pode ser atribuída, por sua vez, tanto a dificuldades inerentes ao contexto político e econômico vigente em nível nacional, que tem priorizado os lucros da iniciativa privada em detrimento do direito à saúde pública e de qualidade, quanto a nível municipal, onde não se parte de critérios de natureza técnica para a escolha dos gestores dos serviços e para o investimento do dinheiro público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Bernardo Starling. “Idade doída da pedra: configurações históricas e antropológicas do *crack* na contemporaneidade. In: MEDEIROS, R.; SAPORI. **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte: Puc Minas, 2010.

ALVES, Thais. Consultório leva atendimento médico a pessoas em situação de rua. **Secretaria Municipal de Goiânia**, Goiânia, 27 de maio de 2015. Disponível em: <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/15/05/Consultorio-atendimento-medico-pessoas-situacao-rua.shtml>>. Acesso em: 15 de março de 2018.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. A (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: _____. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagodoni, 2015a, p. 109-127.

_____. Loucura, Cultura e Subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: _____. **Teoria e crítica em Saúde Mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagodoni, 2015, p. 16-52.

ARANTES, Débora Jerónima; TOASSA, Gisele. Movimento da reforma psiquiátrica em Goiânia, GO: trajetória histórica e implantação dos primeiros serviços substitutivos. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 47-60, 2017.

ARAÚJO, Karla. CAPS AD Casa realiza mais de 2.500 atendimentos. **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia**, Goiânia, 21 de maio de 2013. Disponível em: <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/13/05/CAPS-AD.shtml>>. Acesso em: 15 de março de 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (Abrasco). **GT Saúde Mental**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudemental/>>. Acesso em: 9 de fevereiro de 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (Abrasme). A (re)volta dos que não foram - Ou a falácia da segunda reforma psiquiátrica. **Abrasme**, 1 jan. 2018. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=372>. Acesso em: 22 de março de 2018.

AUTONOMIA. Direção e produção: Lourival Belém Júnior. Goiânia: Cineclube Antônio das Mortes, 2006. 1 DVD.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade civil: além da dicotomia estado-mercado. In: _____. **Sociedade Civil e Democratização**. Belo Horizonte: Livraria Del Rey, 1994, p. 23-40.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade Civil e independência no Brasil: da autonomia à interdependência política. **Opinião Pública**, Campinas, vol. 18, nº 2, novembro, 2012, p. 383-398.

AZEVEDO, Américo Orlando, SOUZA, Tadeu de Paula. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n.3, 2017, p. 491-510.

BASAGLIA, Franco. As Instituições da Violência. In: _____. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: _____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva–Abrasco**. 2002. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas, 2002.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. **Comunidades Terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas**. História, Ciências, Saúde–Manguinhos, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, 2015.

BORGES, Rafael. CAPS Negrão de Lima é inaugurado em Goiânia. **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia**, Goiânia, 25 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/14/02/Caps-Negrao-Lima-inaugurado.shtml>>. Acesso em: 15 de março de 2018.

_____. Prefeito e ministra inauguram CAPS na Região Noroeste. Secretaria Municipal de Goiânia, 26 ago. 2013. Disponível em: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/13/08/Prefeito-Ministra-inauguram-Caps.shtml>. Acesso em: 15 de março de 2018.

BOURDIEU, Pierre. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo e Rio Grande do Sul: Edusp e Zouk, 2007, p. 434- 447.

_____. El conflicto de las facultades. In: **Homo Academicus**. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 2008, p. 53-98.

_____. Espaço Social e Poder Simbólico. In: **Coisas Ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

_____. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

_____. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu** (Coleção Grandes Cientistas Sociais). São Paulo: Ática, 1983, p. 122-155.

_____. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papirus, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório Crack, é possível vencer. **Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>>. Acesso em: setembro de 2017a.

. _____. Congresso. Câmara dos deputados. Projeto de Lei 3.657/89, de 28 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. **Diário do Congresso Nacional**, Brasília, 29 de setembro de 1989, seção I, 152 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União (D.O.U)**, Brasília, 27 de janeiro de 2012, seção I, 40p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União (D.O.U)**, Brasília, 27 de outubro de 2016a, seção I, 51p.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria 3.088, 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). **Diário Oficial da União (D.O.U)**, Brasília, 26 de dezembro de 2011, seção I, 232p.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União (D.O.U)**, Brasília, 1 de agosto de 2003, seção I, 3p.

_____. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina. **Diário Oficial da União (D.O.U)**, Brasília, 11 de julho de 2013, seção I, 352 p.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União (D.O.U)**, Brasília, 22 de dezembro de 2017b, Seção 1, 239p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as diferentes modalidades de CAPS. **Diário Oficial da União (D.O.U)**, Brasília, 20 de fevereiro de 2002, Seção 1, 22p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde), o PET-Saúde/Saúde Mental. **Diário Oficial da União (D.O.U)**, Brasília, 30 de setembro de 2010, Seção 3, 61 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro, 2011b, 106 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial**. Relatório de gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016b, 143 p.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: _____. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

_____. Participação popular e controle social na saúde. In: _____. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BUTLER, Judith. **Mecanismos psíquicos do poder**. Madrid: Ediciones cátedra, 2001.

_____. Proibição, Psicanálise e produção da matriz heterossexual. In: _____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 61-109.

CAFÉ, A. L.; RIBEIRO, N. M.; PONCZEC, R. L.. Construindo uma cartografia do poder sob as óticas de Michel Foucault e Pierre Bourdieu. **Saberes**, Natal RN, v. 1, n. 14, Out. 2016, 238-262.

CAIXETA, C. C.; Amorim, P. G. ; Carneiro, L. A. ; Nascimento, S. R. ; Pires, H. B. . PET-Saúde Mental /Crack/UFG/SMS Goiânia: vivendo e aprendendo juntos para cuidar melhor. In: Lucilene Maria de Sousa; Marilda Shuvartz. (Org.). **Formação de profissionais de saúde na Universidade Federal de Goiás: contribuições dos programas de reorientação da formação.** Goiânia: Gráfica UFG, 2015, v. 1, p. 1-200.

CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14(1), 95-103, 2009.

CARNEIRO, Larissa Arbués. **A saúde mental em cursos de graduação na área de saúde em Goiânia/GO: interfaces com a Reforma Psiquiátrica e as Diretrizes Curriculares Nacionais.** 2010. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Medicina) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

_____. **A ordem Psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CASTRO, Marla Borges de. **Implantação do centro de convivência e cultura da rede de atenção psicossocial de Goiânia: olhares dos usuários, trabalhadores e gestor.** 2014. 188 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

CAVALCANTE, A. C.; ESPERIDIÃO, E.; SILVA, N. S.; SILVA, K. S.; SOUZA, A. C. S.. Indicativos do processo de avaliação de serviços de Saúde Mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** 2014 jan/mar; 16(1): 109-16.

COHEN, Jean L.; ARATO, Andrew. **Sociedad civil y teoría política.** México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

COLETIVO LIBERDADE; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Coerção e punição X Cuidados Humanizados e democráticos.** Goiânia, 2014. 1 folder.

COLETIVO LIBERDADE; MOVIMENTO DE MENINOS E MENINAS DE RUA DE GOIÁS; CAJUEIRO. [Carta] 24 de abr. 2017, Goiânia [para] Coordenador do CAO da infância e Juventude do Ministério Público de Goiás, Goiânia. 3p. Solicita que a sociedade em Goiás seja cumprida em conformidade com o SINASE.

COLETIVO DESENCUCA. **Página do Facebook.** Goiânia, 2017. Disponível em: <<https://www.facebook.com/ColetivoDesencuca/>>. Acesso em: 19 de janeiro de 2018.

COMUNICAÇÃO ABRASCO. A (re)volta dos que não foram – Ou a falácia da segunda reforma psiquiátrica. **Abrasco**, Rio de Janeiro, 3 jan. 2018. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opinio/carta_abrasme_segunda-reforma-psiquiatrica/32662/>. Acesso em: 22 de março de 2018.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra os novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e qualidade.** Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

_____. **Sociedade Civil e Teoria Social.** In: AVRITZER, L. Sociedade Civil e democratização. Belo Horizonte: Livraria Del Rey, 1994.

DEDO de Deus. Direção e produção: Lourival Belém Jr. e Márcio Gomes Belém. Goiânia: Cineclube Antônio das Mortes, 1987. DVD.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE GOIÁS. **Cuca Fresca é reaberto depois de ação da DPE- GO.** Goiânia, 2017. Disponível em: <http://www.defensoriapublica.go.gov.br/depego/index.php?option=com_content&view=article&id=1104:cuca-fresca-e-reaberto-apos-acao-da-dpe-go&catid=8:categoria-noticias&Itemid=180>. Acesso em: 9 de fevereiro de 2018.

DOSTOIÉVSKI, Fiódor. **Recordações da casa dos mortos.** São Paulo: Nova Alexandria, 2015.

ENCONTRO DE BAURU: 30 anos sem manicômios,4.,2017, Bauru. **Carta de Bauru- 30 anos.** [S.L]: Associação do Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM), 2017. Disponível em: <<https://asussam.wordpress.com/blog/>>.

ENGEL, Magali. **Psiquiatria e Feminilidade.** In: DEL PRIORI, M. **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2009, p. 322-362.

FANTAUZZI, Gustavo dos Santos; AARÃO, Bruna de Fátima Chaves. O advento do *crack* no contexto político brasileiro. In: MEDEIROS, R.; SAPORI. **Crack: um desafio social.** Belo Horizonte: Puc Minas, 2010.

FEDERICI, Silvia. **Calibán e la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria.** Madrid: Traficantes de sueños, 2010.

FÓRUM GOIANO DE SAÚDE MENTAL (FGSM). **Carta proposta do FGSM aos candidatos e candidata à prefeitura de Goiânia.** Goiânia, 27 de setembro de 2012. Disponível em: <<http://forumgoianosaudemental.blogspot.com.br/2012/09/carta-proposta-do-fgsm-aos-candidatos-e.html?q=carta>>. Acesso em: 11 de março de 2018.

_____. **Nota de repúdio ao Secretário Municipal de Saúde de Goiânia.** Goiânia, 10 de março de 2013a. Disponível em: <<http://forumgoianosaudemental.blogspot.com.br/search?q=wassily+chuc>>. Acesso em: 11 de março de 2018.

_____. **Página do facebook.** Goiânia, 2014. Disponível em: <<https://pt-br.facebook.com/forumgoianosm/>>. Acesso em: 11 de março de 2018.

_____. **Quem somos nós.** Goiânia, ago. 2008. Disponível em: <<https://www.blogger.com/profile/15256534680293785197>>. Acesso em: 11 de março de 2018.

_____. **18 de maio: dia mundial da luta antimanicomial.** Goiânia, maio de 2013b. Disponível em: <<http://forumgoianosaudemental.blogspot.com.br/search?q=SITUA%C3%87%C3%83O+DE+RUA>>. Acesso em: 11 de março de 2018.

FONSECA, Cristina M. O. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. ; SANTANA, J. P. **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 21-41

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. A casa dos loucos. In: _____. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1995, p. 113-129.

_____. **O Poder Psiquiátrico.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 2002.

FURTADO, R. P.; SOUSA, M. F.; Martinez, J. F. N.; RABELO, N. S.; OLVEIRA, N. S. R.; SIMON, W. J.. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 183-195, 2017.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Agenda para a saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; _____. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 64-89.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1990.

_____. Vida em sociedade pós-tradicional. In: _____. Beck, Ulrich; LASH, Scott. **Modernização reflexiva-política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Unesp, 1997.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1990, 3. Ed.

GOIÂNIA. Lei nº 7775, de 8 de abril de 1998. Dispõe sobre a política de saúde mental a ser desenvolvida no município de Goiânia em termos de prevenção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa e dá outras providências. **Diário Oficial Municipal (D.O.M)**, Goiânia, 14 de abril de 1998, 9 p.

_____. Lei 9.778, de 29 de março de 2016. Dispõe sobre o Plano Municipal de Atenção à População em Situação de Rua. **Diário Oficial Municipal (D.O.M)**, Goiânia, 29 de março de 2016, 30 de março de 2016, 6 p.

GOMES, I. M.; de ALMEIDA, F. Q.; VAZ, A. F. Sobre corpo, reflexividade e poder: Um diálogo entre Anthony Giddens e Michel Foucault. **Política e Sociedade**. Volume 8, nº 15, outubro de 2009.

GUIMARÃES, Caroline. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) completa um ano. **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia**, Goiânia, 22 jun. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/12/06/nasf.shtml>>. Acesso em: 15 de março de 2018.

_____. Unidade de Acolhimento Transitório complementar tratamento contra as drogas. **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia**, Goiânia, 29 set. 2012b. Disponível em: <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/12/09/Unidade-de-Acolhimento.shtml>>. Acesso em: 15 de março de 2018.

HAGUETTE, Teresa M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis, Vozes: 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada [2017]**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/panorama>>. Acesso em: 15 de março de 2018.

LIMA, Helizett Santos; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 1, p. 57-69, 2015.

LOURENÇO, Luana; WANDSCHEER, Lisiane. Programas de geração de renda ampliam auto-estima de portadores de transtornos mentais. **Agência Brasil**, Brasília, 29 jun. 2010. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2010-06-29/programas-de-geracao-de>>

renda-ampliam-autoestima-de-portadores-de-transtornos-mentais>. Acesso em: 14 de março de 2018.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento anti-manicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (2): 399-407, 2007.

MARTINS, Deusdet. Contribuição para a discussão do tema: loucura, política e ética. In: **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.

MEDEIROS, Regina. Clínica e Crônica(cidade). Impactos do uso/abuso do *crack* na configuração urbana e tratamento da toxicomania. In: _____; SAPORI. **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte: Puc Minas, 2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS (MPGO). Centro De Apoio Operacional de Defesa do Cidadão. **Implementação da Reforma Psiquiátrica na execução de medidas de segurança**. Goiânia: MPGO, 2009.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

PACHECO, Juliana Garcia. **Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização**. 2011. 392 f.,il. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) -Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PASSOS, Rachel Gouveia. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora. **Sociedade em debate**, v.23, n.2, p. 55-75, jul/dez 2017.

PAULA, E. M.. Hospital Psiquiátrico Prof. Adauto Botelho: Identidade, Política e Exclusão em Goiás. In: CONGRESSO NACIONAL DE HISTÓRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2., 2009, Jataí. **Anais do II Congresso Nacional**. Jataí, 2009.

PITA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16 (12): 4579-4589, 2011.

RAVAGNANI, Carmen Lúcia Cruz. **A frente nacional contra a privatização da saúde: direito garantido, não se compra, não se vende**. 2013. 189 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/123348>>.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2012,

RODRIGUES, Roberta. Saúde e UFG lançam Escola de Redução de Danos de Goiânia. **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia**, Goiânia, 19 dez. 2016. Disponível em: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/16/12/Saude_e_UFG_lancam_Escola_de_Reducacao_de_Danos_de_Goiania.shtml>. Acesso em: 6 de março de 2018.

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalización: outra vía. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria**, v. 7, n. 21, p. 165-188, 1987.

SASZ, Thomas. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. **Atendimento Psiquiátrico**. Disponível em: <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/secretaria/saudemental/atendimento.shtml>>. Acesso em: Setembro de 2017.

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Diagnóstico Situacional da Rede de Saúde Mental de Goiânia**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

SILVA, Elisa Alves da. **(Re) visitando a caixa de ferramentas em saúde mental**: o cuidado de si como condição para cuidar do outro. 2013. xv, 248 f., il. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) — Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SILVA, Giselle Souza da. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempo de crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

SILVA, Nathália dos Santos. **Panorama dos serviços de saúde mental no interior do estado de Goiás**. 2012. 234 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Farmácia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.

SIMIONI, Ana Paula Cavalcanti. Os efeitos dos discursos: saber e poder para Michel Foucault e Pierre Bourdieu. **Plural (São Paulo. Online)**, São Paulo, v. 6, p. 103-117, dec. 1999.

SOUZA, Jessé. **A radiografia do golpe**: entenda como e por que você foi enganado. Rio de Janeiro: Leya, 2016.

TAVARES, Rosana Carneiro. **A Reforma Psiquiátrica e Relações de Poder**: significados apreendidos entre os trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia. Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2007 (Tese de Mestrado).

TENÓRIO, Fernando. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTO, Maria Cristina Ventura; MARTINEZ, Renata Gomes (orgs.). **Saúde mental e saúde pública**: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: FUJB e NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007.

STECCA, Kharen. Projeto visa qualificar práticas em Saúde Mental. **Jornal UFG**, Goiânia, jun. 2013.

OBSERVATÓRIO GOIANO DE DIREITOS HUMANOS (OGDH); NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE CRIMINALIDADE E VIOLÊNCIA (NECRIVI); NÚCLEO DE DIREITOS HUMANOS, EDUCAÇÃO E MOVIMENTOS SOCIAIS. **Requerimento dirigido ao Ministério Público de Goiás (MPGO) para a instauração de procedimento investigativo**. Goiânia: OGDH, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 4, n. 8, p. 08-21, 2012.

_____. Desafios Políticos no campo da Saúde Mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In:_____. **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010a, p. 17-13.

_____. Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil. In:_____. **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010b, p. 141-162.

APÊNDICES

APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A (o) Senhora (Senhor) está sendo convidado a participar de uma pesquisa que se constituirá na base da dissertação de mestrado intitulada “**Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma análise da desinstitucionalização**”. Essa pesquisa está sendo desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) da Universidade Federal de Goiás (UFG) e tem por objetivo analisar a fundamentação teórica e política sobre a qual se baseia a defesa do modelo de atenção psicossocial.

Como o intuito é analisar as representações formuladas por agentes envolvidos no processo de *Desinstitucionalização* em Goiânia, mostra-se adequado o emprego da entrevista em profundidade. O tempo demandado para a realização da entrevista é, em média, 40 minutos, havendo, assim, caso seja autorizado pela (o) Senhora (Senhor), maior facilidade para o desenvolvimento da interação se for possível a **gravação** do relato, que será, posteriormente, transcrito.

Essa gravação será armazenada em um **banco de dados pessoal**, devido à relevância que pode apresentar no desenvolvimento de pesquisas futuras envolvendo o tema da saúde mental. Entretanto, a pretensão de usá-las novamente está sujeita à sua autorização e à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), e, quando for o caso, do Comitê Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP).

Ressalto que a pesquisa envolve **riscos** ligados a um possível desconforto emocional e/ou riscos psicossociais (como irritação, mal-estar, constrangimento). Além disso, destaco que não haverá a garantia do anonimato, já que mostra-se necessário a sua identificação para o entendimento do papel que desempenha/desempenhou na formulação, implementação ou legitimação da Política de Saúde Mental em Goiânia.

É assegurado, entretanto, a recusa em responder perguntas que gerem algum tipo de insatisfação; o direito à desistência em participar da pesquisa, sem nenhuma penalidade e a qualquer tempo; e a indenização por eventuais danos. Além disso, é garantido o ressarcimento, em dinheiro, por qualquer custo que a(o) Senhora (Senhor) possa ter devido à realização da entrevista. Contudo, salvo nos casos mencionados, não haverá a concessão de qualquer benefício econômico devido à participação.

Os resultados da pesquisa serão publicados no Programa de Pós-Graduação ao qual está vinculado (PPGS) e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), da Universidade

Federal de Goiás (UFG), mesmo se os resultados forem desfavoráveis. Assim, os participantes poderão ter acesso à dissertação através do endereço eletrônico <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/> ou através do contato direto com a pesquisadora.

A(o) Senhora (Senhor) terá direito a ficar com uma via desse termo, podendo, em caso de dúvida ou desistência contatar a pesquisadora pelos telefones, inclusive a cobrar, (61) 3234-4962 e (61) 9 8611-5842 ou pelo e-mail lorryrn@gmail.com. Além disso, qualquer problema poderá ser informado ao CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da UFG, departamento responsável por aprovar pesquisas com seres humanos, de telefone (62)3521-1215; e-mail cep.prpi.ufg@gmail.com; e endereço Universidade Federal de Goiás (UFG), Campus II (Samambaia), Prédio da Reitoria, Piso 1.

Eu, _____,
de RG/CPF _____, aceito participar da pesquisa acima descrita. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informada (o) e esclarecida (o) pela pesquisadora responsável _____ sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

() Permito a minha identificação através do uso do meu nome nos resultados publicados da pesquisa;

() Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa;

() Declaro ciência de que os meus dados coletados podem ser relevantes em pesquisas futuras e, portanto, autorizo a guarda do material em banco de dados;

Assinatura da(o) entrevistada(o)

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma análise da desinstitucionalização

Pesquisador: Lorrany Rodrigues do Nascimento

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68546617.5.0000.5083

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Sociais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.359.054

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa se intitula "REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA ANÁLISE DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO". Trata-se de estudo que ensejará a dissertação de mestrado junto à Faculdade de Ciências Sociais da UFG. O referido projeto apresenta delineamento qualitativo, onde é proposto a realização de um estudo de caso, mediante a realização de entrevistas em profundidade e da análise de conteúdo de publicações escritas, visado mapear os argumentos que dão sustentação ao posicionamento de atores políticos envolvidos no processo de implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Irá recrutar 5 participantes adultos para aplicar entrevista semi-estruturada com único respondente, o qual representará entidades envolvidas com a questão. No tocante ao orçamento, os custos serão cobertos pelos pesquisadores, caso não seja respaldado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo principal da pesquisa a ser realizada é a análise da fundamentação teórica e política sobre a qual se baseia e se legitima a defesa do modelo de atenção psicossocial.

Objetivo Secundário:

- i) Identificação de atores políticos que exercem um papel-chave no processo de implementação da Reforma (presidentes de associações, lideranças de movimentos sociais);
- ii) Reconhecimento das demandas que a Reforma não é capaz de suprir; e

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.359.054

iii) Entendimento de como o atual processo de desmonte das políticas sociais e expansão do neoliberalismo afeta o processo de desinstitucionalização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Como toma por objeto de estudo as representações formuladas acerca de uma determinada realidade social, um risco que a pesquisa abarca é a de empreender uma análise enviesada. Em outras palavras, a percepção do entrevistado pode ser constituir em uma espécie de filtro. Essa possível fonte de viés pode ser minimizada, entretanto, através do uso de outras fontes de dados, que, no caso da pesquisa a ser empreendida, consistirão, entre outros, em artigos de jornais e revistas, relatórios e notas de repúdio. Além disso, há, para os entrevistados, riscos de natureza psicossocial associados ao constrangimento, irritação e intimidação que as perguntas ou a interação com a entrevistadora possam ocasionar. Buscar-se-á evitar e minimizar tais riscos através da garantia, tal como expresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de que os entrevistados poderão se recusar a responder as perguntas e desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo e sem qualquer ônus.

BENEFÍCIOS:

No que se refere aos benefícios acadêmicos, a realização da pesquisa colaborará para a formação de uma nova pesquisadora e para o entendimento de questões relevantes no que diz respeito à compreensão do atual contexto de implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). No que diz respeito aos participantes da pesquisa, o benefício que lhes pode ser assegurado é a ciência de quando e onde os resultados da mesma serão publicados. Assim, estes serão avisados de que a defesa da tese está prevista para ocorrer entre janeiro e março de 2018 e de que esta será publicada, tendo em vista o tempo necessário para eventuais ajustes, no mais tardar, em abril de 2018 na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade Federal de Goiás.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A lista de inadequação levantadas previamente incluiu:

- 1- Incluir os termos de anuência das demais Instituições envolvidas com as entrevistas;
- 2- Explicitar a destinação das gravações das entrevistas;
- 3- Melhorar o entendimento do TCLE sobre a garantia ou não da anonimização.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.359.054

No entanto, após submissão do projeto a uma banca examinadora de qualificação, algumas mudanças de objetivos foram sugeridas para esta nova etapa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo se apresenta adequadamente instruído.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A lista de inadequações fora atendida ou readequada. O TCLE foi modificado, tornando-se claro que o entrevistado será identificado e resguardado quanto a anonimização. Houve esclarecimento a respeito da destinação das gravações. Em relação aos termos de anuência, não haverá razão da coleta pela simplificação metodológica após sugestão da banca de qualificação.

Sugere-se a APROVAÇÃO do presente protocolo, s.m.j.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para março de 2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_888669.pdf	15/09/2017 16:45:08		Aceito
Outros	topico_guiia.docx	15/09/2017 16:42:14	Lorrany Rodrigues do Nascimento	Aceito
Outros	cartaencaminhamento.pdf	15/09/2017 16:41:10	Lorrany Rodrigues do Nascimento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	15/09/2017 16:36:34	Lorrany Rodrigues do Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	15/09/2017 16:29:13	Lorrany Rodrigues do Nascimento	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.359.054

Ausência	TCLE.docx	15/09/2017 16:29:13	Lorrany Rodrigues do Nascimento	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.pdf	18/05/2017 21:31:17	Lorrany Rodrigues do Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	18/05/2017 19:30:25	Lorrany Rodrigues do Nascimento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 31 de Outubro de 2017

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

APÊNDICE C- TÓPICO-GUIA DAS ENTREVISTAS

Apresentação

- Apresentar-se enquanto pesquisadora do PPGS;
- Falar sobre a pesquisa: o objeto de estudo (representações formuladas por agentes envolvidos no processo de *Desinstitucionalização* em Goiânia) e o objetivo (apreender a fundamentação teórica e política sobre a qual se baseia e se legitima a defesa do modelo de atenção psicossocial.).
- Destacar algumas informações do TCLE: garantir indenização por eventual dano; pedir autorização para gravar; e mencionar o tempo aproximado de duração da entrevista.

Perfil da (o) entrevistada (o)

- Profissão
- Tempo de atuação na saúde mental
- Movimentos Sociais e Associações das quais faz parte
- Atuação Política

Representações sociais do sofrimento psíquico

- O conceito de sofrimento psíquico, o que a (o) entrevistada (o) entende por esse termo e o papel que é atribuído a questões sociais na determinação do que é o sofrimento psíquico.
- O que determina quem está em sofrimento psíquico e quem não está? Como e por quem essa distinção deve ser feita?
- Em que esse diagnóstico é análogo ao diagnóstico de uma doença física ou neurológica?
- Qual a responsabilidade da sociedade em relação ao sofrimento psíquico? Como deve ser o tratamento? Ele envolve alguma especificidade quando esse indivíduo é usuário de substâncias psicoativas?

Desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica Brasileira

- Compreender o que a (o) entrevistada (o) entende por esse conceito, mapeando os principais referenciais (autores, correntes teóricas, modelos) em que baseia a sua concepção acerca desse processo.

Reforma Psiquiátrica Brasileira

- Questionar a (o) entrevistada (o) se ele concorda com o modo como a RPB vem sendo instaurada e com os princípios que a orientam. Dar relevância à variação dos princípios originários em relação aos atuais.
- Perguntar se ele considera que a RPB tem atingido os objetivos a que se propõe e quais os principais avanços e falhas que a (o) entrevistada (o) vê no seu processo de implementação.
- Como a Reforma Psiquiátrica se relaciona à Reforma Sanitária? Qual o impacto das medidas de caráter privatizante no SUS, como a entrega da gestão de serviços públicos às Organizações Sociais (OSs) e às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), sobre ambos os processos?
- Indagar quais agentes ela/ele vê como sendo os mais afetados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. A instauração da RPB prejudica determinados segmentos sociais, no que diz respeito a interesses políticos e econômicos? Quais? De que forma? Como esses segmentos reagem a isso?
- Como avalia a atuação dos movimentos sociais, das associações de usuários, familiares e de profissionais?
- Aspectos que podem ser interessantes ressaltar: integração; cooptação política; conflito entre inserção institucional e mobilização social.

Reforma Psiquiátrica em Goiás e em Goiânia

- Caso a(o) entrevistada (o) tenha atuado na luta antimanicomial:
 - Pedir para descrever o seu papel nesse processo.
 - Pedir para falar sobre como a Reforma se iniciou no Estado e no município.
 - O modo como o processo vem sendo conduzido se distancia do modo como foi articulado inicialmente?
 - A morte de pessoas ligadas à Reforma levou-a a uma processo de estagnação em Goiânia?
- No que diz respeito ao estado de Goiás:
- Quanto aos serviços de saúde mental:
- Como avalia o tratamento ofertado pelos Centros de Referência em Dependência Química (CREDEQs)?

- Quanto às comunidades terapêuticas, como vê o fato de haver 1718 vagas em 137 estabelecimentos conveniados ao SUS?
- Como avalia a rede de saúde mental em Goiânia?
- Elementos que podem ser mencionados:
- Existência de hospitais psiquiátricos em Goiânia.
- CAPS:
 - Cronicidade e encapsulamento;
 - Nem todos os Distritos Sanitários têm CAPS.
- Fechamento do Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca.
- Funcionamento do Pronto Socorro Wassily Chuc e Ambulatório Municipal de Psiquiatria: tais serviços se adequam à lógica manicomial?
- Os serviços são suficientes para atender à demanda? São capazes de suprir suas especificidades (população usuária de *crack*, em situação de rua)?
- No que diz respeito à população em situação de rua, como vê as denúncias de violações aos direitos humanos por parte de setores da segurança pública?
- A aprovação da lei 9.778/16, que institui o Plano Municipal de Atenção à População de Rua, poderia ser vista como um avanço no sentido de combate a esse tipo de violência e estratégias para lidar com a questão da desfiliação social?
- O fato de grande parte dos serviços serem instaurados em imóveis alugados e contarem com uma estrutura precária.
- Como a burocracia afeta o funcionamento dos serviços?

Conclusão da entrevista

- Agradecer pela disponibilidade em participar da entrevista.
- Perguntar se não conhece alguém que possa indicar para participar da pesquisa.
- Informar quando e onde a pesquisa será publicada.