



**Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Política Social**

**NOS BASTIDORES DA LOUCURA:
DIÁLOGOS ACERCA DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DA (DES)PROTEÇÃO SOCIAL EM
SAÚDE MENTAL**

Jozieli Maria Sousa Barros

**Brasília – DF
2019**

Jozieli Maria Sousa Barros

**NOS BASTIDORES DA LOUCURA:
DIÁLOGOS ACERCA DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DA (DES)PROTEÇÃO SOCIAL EM
SAÚDE MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Andréia de Oliveira

**Brasília – DF
2019**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

BB277b Barros, Jozieli Maria Sousa
Nos Bastidores da Loucura: diálogos acerca da família no
âmbito da (des)proteção social em saúde mental / Jozieli
Maria Sousa Barros; orientador Andréia de Oliveira. --
Brasília, 2019.
89 p.

Tese (Doutorado - Mestrado em Política Social) --
Universidade de Brasília, 2019.

1. Saúde Mental. 2. Família. 3. Política Social. 4.
Proteção Social. 5. Contrarreforma do Estado. I. de
Oliveira, Andréia , orient. II. Título.

Jozieli Maria Sousa Barros

**NOS BASTIDORES DA LOUCURA:
DIÁLOGOS ACERCA DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DA (DES)PROTEÇÃO SOCIAL EM
SAÚDE MENTAL**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Andréia de Oliveira
Orientadora PPGPS/UnB

Profa. Dra. Marlene Teixeira Rodrigues
Membro Interno – PPGPS/UnB

Profa. Dra. Maria da Glória Lima
Membro Externo – FS/UnB

Prof. Dr. Reginaldo Ghiraldelli
Membro Suplente – PPGPS/UnB

*A todos que compartilham da luta pela
saúde mental e pelos direitos humanos.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profa. Dra. Andréia de Oliveira**, por ter investido no meu potencial de escrever uma dissertação de mestrado frente a tantos obstáculos. Pelas orientações com muita empatia e paciência. Pela oportunidade da prática docente em que redescobri o sonho de estar na condição de professora em sala de aula!

Às participantes da banca examinadora, **Profa. Dra. Marlene Teixeira e Prof. Dra. Glória Lima**, por terem norteado este estudo com suas contribuições inspiradoras desde a qualificação da pesquisa. Ao **Prof. Dr. Reginaldo Ghiraldelli** por se dispor a compor este time de avaliadores.

Pelas valiosas indagações à minha formação acadêmica com profícuos debates, aos professores do Departamento de Serviço Social, **Camila Potyara, Ivanete Boschetti, Angela Neves, Newton Narcisio e Evilasio Salvador**.

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola Superior de Ciências da Saúde, nas figuras de **Helícinia Peixoto, Waleska Batista, Eveline Pereira, Juliana Lima, Sheila Cabral e Camila Benarrós**, por terem sido flexíveis nas atividades teórico-práticas para que eu pudesse cumprir as disciplinas obrigatórias do curso de mestrado.

Aos meus **colegas nas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental do Adulto e em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde** que me deram força nos bastidores dos serviços de saúde nas horas de desespero, frustrações e choros na longa jornada de 60 horas semanais.

Aos meus colegas de trabalhos e companheiros de luta, **Paulo Gurgel, Claudia Calandrini, Marcelo Amorim, Vanira Guimarães e Leonardo Molina**.

Aos meus acolhedores **alunos de graduação** nas disciplinas **Seguridade Social II – Saúde (1/2018) e Tópicos Especiais em Serviço Social (2/2018)** por terem contribuído com o aprofundamento político e ideológico desta investigação. *Vocês foram muito especiais para mim!*

Ao **Programa de Pós-Graduação em Política Social** da Universidade de Brasília pela prorrogação do prazo para defesa da dissertação – *gratidão!*

À **Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal** pela oportunidade de participação na qualidade de autora no *II Encuentro Latinoamericano de Derechos Humanos Y Salud Mental* realizado em Montevideu no ano de 2018.

À equipe de técnicos administrativos do Departamento de Serviço Social pela resolutividade e auxílio nas questões burocráticas, **Domingas Teixeira e Alexandre Pires**.

Aos meus familiares e amigos que acreditaram no meu potencial, **Maria José, Tatiane Sousa (Mel), Ana Cristina, Vania Veronica e Pedro Malagoli**.

À minha base primordial, minhas mães, **Dona Joselina e Dona Maria Tereza**, por todos os sensatos conselhos, pelas preocupações diárias, e principalmente, por acreditarem que *eu conseguiria!*

“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”.

(Machado de Assis).

*“Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. **Morriam de tudo — e também de invisibilidade**”*

(Eliane Brum).

RESUMO

O presente estudo teve como intuito analisar a família no âmbito da política de saúde mental, considerando o processo de contrarreforma do Estado e o recuo da proteção social por meio de políticas sociais universais na sociedade brasileira sob forte inspiração do ideário neoliberal. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório e analítico de revisão narrativa bibliográfica e documental com a utilização do método materialista histórico dialético para a apreensão dos fenômenos sociais discutidos. Nesta condição, verificou-se o predomínio entre dois modelos em disputa de saúde mental: o primeiro, privatista, de mercado, hospitalocêntrico, institucionalizante, com expansão de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, centrado na sintomatologia da “doença mental” e na psiquiatria como campo de saber/poder; e, o outro, universal, integral, de respeito aos direitos humanos e à autonomia, com tratamento nos serviços territoriais e comunitários diversificados, focado na promoção da saúde mental, na reabilitação psicossocial, na existência-sofrimento dos sujeitos e na interdisciplinaridade das intervenções. Diante destas indagações, a loucura, objeto de reflexão da natureza do ser social, se articula com outras esferas importantes para a determinação social do processo saúde-doença, como a família, instituição secular e socialmente (re)construída, que tem suas responsabilidades reforçadas para amortecer as crises estruturais do modo capitalista de produzir e reproduzir suas relações sociais, tornando-se uma parceira na proteção social a ser potencializada para responder aos riscos sociais advindos do modo de organização da sociedade, com fomento à solidariedade e ao bem-estar familiar, ou seja, à perspectiva familista. O movimento de reforma psiquiátrica coloca a família como protagonista nos cuidados em saúde mental, trazendo-a para o tratamento dos seus entes em adoecimento psicossocial, porém ciente de suas limitações e oferecendo suporte nos serviços substitutivos a esta instituição que precisa ser cuidada para proporcionar cuidados. Nesta conjuntura de retrocessos ideopolíticos e sociais, esta subárea da saúde vem se afastando dos princípios norteadores da reforma psiquiátrica e dos objetivos em prol de uma “sociedade sem manicômios”, nos quais se pretendia a reorganização dos serviços assistenciais e da concepção de saúde mental para romper com a institucionalização, violadora da dignidade humana e assentada na loucura enquanto espaço de exclusão social. Assim, aponta-se duas tendências na relação entre família e saúde mental no contexto de aprofundamento da contrarreforma do Estado, a primeira são novas configurações ao familismo no cenário de restrição de políticas sociais universais, a segunda é a ancoragem de destinação do fundo público para os serviços manicomial com o sucateamento dos serviços substitutivos, dando um novo sentido à Rede de Atenção Psicossocial, que antes era direcionada pelo ideal de desinstitucionalização proposto no bojo da reforma psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: Saúde Mental; Família; Política Social; Proteção Social; Contrarreforma do Estado.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar a la familia en el contexto de la política de salud mental, considerando el proceso de contrarreforma estatal y la retirada de la protección social a través de políticas sociales universales en la sociedad brasileña bajo una fuerte inspiración de ideas neoliberales. Fue una investigación cualitativa de naturaleza exploratoria y analítica de revisión narrativa bibliográfica y documental utilizando el método dialéctico materialista histórico para la comprensión de los fenómenos sociales discutidos. En esta condición, hubo un predominio de dos modelos en disputa de salud mental: el primero, privatista, de mercado, centrado en el hospital, institucionalizado, con expansión de camas en hospitales psiquiátricos y comunidades terapéuticas, centrándose en los síntomas de "enfermedad mental" y la psiquiatría como campo de conocimiento / poder; y el otro, universal, integral, respetando los derechos humanos y la autonomía, con tratamiento en servicios territoriales y comunitarios diversificados, enfocados en la promoción de la salud mental, la rehabilitación psicosocial, la existencia-sufrimiento de los sujetos y la interdisciplinariedad de las intervenciones. Frente a estas preguntas, la locura, objeto de reflexión de la naturaleza del ser social, se articula con otras esferas importantes para la determinación social del proceso de salud-enfermedad, como la familia, institución secular y socialmente (re) construida, que tiene sus responsabilidades reforzadas. para amortiguar las crisis estructurales de la forma capitalista de producir y reproducir sus relaciones sociales, convirtiéndose en un socio en la protección social para ser potenciado para responder a los riesgos sociales derivados de la forma de organización de la sociedad, fomentando la solidaridad y el bienestar familiar, es decir, a la perspectiva familiar. El movimiento de reforma psiquiátrica coloca a la familia como protagonista en la atención de la salud mental, llevándola al tratamiento de sus seres queridos en enfermedades psicosociales, pero consciente de sus limitaciones y ofreciendo apoyo en los servicios de sustitución a esta institución que necesita cuidado para ofrecer cuidado. En esta coyuntura de reveses ideopolíticos y sociales, esta subárea de salud se ha alejado de los principios rectores de la reforma psiquiátrica y de los objetivos de una "sociedad sin asilos", en la que se pretendía la reorganización de los servicios de atención y la concepción de la salud mental para romper con la institucionalización, violadora de la dignidad humana y basada en la locura como espacio de exclusión social. Por lo tanto, hay dos tendencias en la relación entre la familia y la salud mental en el contexto de la profundización de la contrarreforma del estado, la primera son las nuevas configuraciones al familismo en el escenario de restricción de las políticas sociales universales, la segunda es el anclaje del destino del fondo público para los servicios de asilo con el desecho de los servicios sustitutos, dando un nuevo significado a la Red de Atención Psicosocial, que anteriormente estaba dirigida por el ideal de desinstitucionalización propuesto en la reforma psiquiátrica brasileña.

Palabras-Clave: Salud mental; Familia; Política Social; Protección Social; Contrarreforma del Estado.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the family in the context of mental health policy, considering the process of state counter-reform and the retreat of social protection through universal social policies in Brazilian society under strong inspiration of neoliberal ideas. It was a qualitative research of exploratory and analytical nature of bibliographic and documentary narrative revision using the dialectical historical materialist method for the apprehension of the social phenomena discussed. In this condition, there was a predominance between two models in dispute of mental health: the first, privatist, market, hospital-centered, institutionalizing, with expansion of beds in psychiatric hospitals and therapeutic communities, focusing on the symptoms of “mental illness” and psychiatry as a field of knowledge / power; and the other, universal, integral, respecting human rights and autonomy, with treatment in diversified territorial and community services, focused on the promotion of mental health, psychosocial rehabilitation, the existence-suffering of the subjects and the interdisciplinarity of interventions. Faced with these questions, madness, object of reflection of the nature of social being, articulates with other important spheres for the social determination of the health-disease process, such as the family, secular and socially (re)built institution, which has its responsibilities reinforced. to cushion the structural crises of the capitalist way of producing and reproducing its social relations, becoming a partner in social protection to be potentiated to respond to the social risks arising from the way of organization of society, fostering solidarity and family welfare , that is, to the familist perspective. The psychiatric reform movement places the family as a protagonist in mental health care, bringing it to the treatment of their loved ones in psychosocial illness, but aware of its limitations and offering support in substitution services to this institution that needs to be cared for to provide care. . In this conjuncture of ideopolitical and social setbacks, this subarea of health has been moving away from the guiding principles of psychiatric reform and from the objectives of a “society without asylums”, in which the reorganization of care services and the conception of mental health was intended. break with institutionalization, violating human dignity and based on madness as a space of social exclusion. Thus, there are two trends in the relationship between family and mental health in the context of deepening the counter-reform of the state, the first are new configurations of familism in the scenario of restriction of universal social policies, the second is the anchoring of the public fund's destination for the asylum services with the scrapping of substitute services, giving new meaning to the Psychosocial Care Network, which was previously directed by the ideal of deinstitutionalization proposed in the midst of the Brazilian psychiatric reform.

Keywords: Mental health; Family; Policy Science; Social Protection; Counter-Reformation of the State.

LISTA DE SIGLAS

ABRASME: Associação Brasileira de Saúde Mental
ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABP: Associação Brasileira de Psiquiatria
AFDM: Associação de Amigos e Familiares dos Doentes Mentais
AIS: Ações Integradas de Saúde
APS: Atenção Primária à Saúde
BPC: Benefício de Prestação Continuada
CAPs: Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad: Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas
CAPS i: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
CF: Constituição Federal
CFM: Conselho Federal de Medicina
CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados
CIT: Comissão Intergestores Tripartite
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CNSM: Conferência Nacional de Saúde Mental
CT: Comunidade Terapêutica
DINSAM: Divisão de Saúde Mental do Ministério da Saúde
DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental
ESCS: Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF: Estratégia de Saúde da Família
GDF: Governo do Distrito Federal
GM: Gabinete Ministerial
HCTP: Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IAPs: Institutos de Aposentadorias e Pensão
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
LBHM: Liga Brasileira de Higiene Mental

LOS: Leis Orgânicas de Saúde
MG: Minas Gerais
MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social
MS: Ministério da Saúde
MNLA: Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MTST: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
OPAS: Organização Pan-americana de Saúde
PDI: Psiquiatria Democrática Italiana
PNASH: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PPGPS: Programa de Pós-Graduação em Política Social
PRMSMA: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto
PIA: Projeto Individual de Tratamento
PT: Partidos dos Trabalhadores
PTS: Projeto Terapêutico Singular
PVC: Programa de Volta para Casa
RAPS: Rede de Atenção Psicossocial
RD: Redução de Danos
RENILA: Rede Nacional de Luta Antimanicomial
SER: Departamento de Serviço Social
SES/DF: Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal
SISNAD: Sistema Nacional de Política sobre Drogas
SPA: Substâncias Psicoativas
SRT: Serviço de Residência Terapêutica
SUS: Sistema Único de Saúde
UA: Unidade de Acolhimento
UAA: Unidade de Acolhimento Adulto
UAIJ: Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil
UnB: Universidade de Brasília
UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
<i>Problematização do Objeto de Investigação</i>	<i>16</i>
A PESQUISA: CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	21
<i>Sobre o Método.....</i>	<i>21</i>
<i>Sobre os Procedimentos metodológicos</i>	<i>24</i>
ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	26
CAPÍTULO I	
A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: REVISITANDO OS MARCOS FUNDANTES.....	27
<i>1.1 Contextualização da Loucura: construção do Paradigma Psiquiátrico.....</i>	<i>29</i>
<i>1.2 As Reformas Psiquiátricas no Panorama Internacional: da humanização do manicômio ao ideal de desinstitucionalização.....</i>	<i>33</i>
<i>1.3 O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil: a dicotomia entre velhas e novas perspectivas de saúde mental</i>	<i>37</i>
CAPÍTULO II	
CONTRARREFORMA DO ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: INCENTIVO À (DES)PROTEÇÃO SOCIAL	44
<i>2.1 Rede de Atenção Psicossocial: construção dos serviços substitutivos.....</i>	<i>45</i>
a) Centros de Atenção Psicossocial	51
b) Serviços de Residências Terapêuticas	53
c) Programa de Volta para Casa.....	54
d) Centro de Convivência e Cultura.....	55
e) Unidade de Acolhimento	56
<i>2.2 A contrarreforma do Estado e suas implicações para a política de saúde mental</i>	<i>59</i>
CAPÍTULO III	
FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL: REFLEXÕES DAS PARTICULARIDADES NA SAÚDE MENTAL.....	65
<i>2.1 Família e Política Social: uma teia complexa de relações sociais</i>	<i>66</i>
<i>2.2 Medidas Regressivas na Política de Saúde Mental: reforçando as diretrizes manicomialis</i>	<i>72</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS	81

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A opção por analisar a família na política de saúde mental, considerando o acirramento das medidas regressivas nas políticas sociais, surgiu em decorrência da vivência de 24 meses nos cenários obrigatórios de inserção do *Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto* (Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas III de Samambaia; Hospital São Vicente de Paulo; Centro de Atenção Psicossocial III de Samambaia), vinculado à Escola Superior de Ciências da Saúde e com atuação na *Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal* (PRMSMA/ESCS/SES/GDF).

Nesta experiência profissional de total imersão nos bastidores da loucura, espaço no qual a família desenvolve sua teia de relações sociais e práticas de protagonismo invisibilizadas na perspectiva familista de (des)proteção social, desenvolveu-se o interesse e a oportunidade de refletir de modo crítico sobre este fenômeno social tão desafiante, porém acolhedor. As indagações dos protagonistas destes serviços – usuários, familiares, comunidade e trabalhadores da saúde, instigaram reflexões e provocaram as motivações iniciais para aprofundar os estudos sobre a família e saúde mental em tempos de acirramento da contrarreforma do Estado.

A temática de investigação se coloca em visibilidade no contexto de aumento significativo do número de pessoas que vivenciam processos de adoecimento psicossocial. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) na publicação *World Health Statistics 2018*, os transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo, no qual quase 800 mil mortes ocorreram decorrentes de suicídio. Na América Latina e no Caribe mais de um terço das incapacidades totais são decorrentes de agravos no campo da saúde mental (OMS, 2018).

No Brasil, conforme aponta o relatório *Saúde Mental em Dados* do Ministério da Saúde divulgado em 2015, a estimativa é que 23 milhões de brasileiros passem ao longo da vida por algum processo de adoecimento psicossocial de moderado a grave com diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental nos moldes da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados (CID 10) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM V), (BRASIL, 2015).

No decurso do processo de implementação das proposições da reforma psiquiátrica com o serviços substitutivos e desinstitucionalizantes, estimava-se em 2005 que 3% da população

necessitava de cuidados longitudinais em saúde mental, em decorrência de transtornos mentais graves e persistentes (cerca de 5 milhões de pessoas¹), e 10 a 12 % dessas precisavam de cuidados em saúde mental na forma de prevenção secundária ou terciária por meio de atendimentos biopsicossociais de modo individual ou em grupo (BRASIL, 2005).

Concomitante à alta prevalência do adoecimento psicossocial e da pauta colocada em torno de estratégias de promoção da saúde mental na atual conjuntura da sociedade brasileira se evidencia a agudização das expressões da questão social², com centralidade do papel da família no sistema de proteção social diante de medidas neoliberais de minimização do Estado para com as políticas sociais e maximização do setor privado (BEHRING; BOSCHETTI, 2009; MIOTO, 2010; TEIXEIRA, 2010; PEREIRA, 2013).

As pesquisas que se dispõem a estudar a família no campo da saúde mental são importantes não apenas pelo aumento quantitativo e qualitativo ao estado das artes sobre a temática no âmbito acadêmico, mas também pela relevância de lançar novos olhares acerca deste assunto multissecular, polissêmico e complexo que impacta diretamente na reprodução sociofamiliar e na qualidade de vida por meio das políticas sociais de proteção social dispensada às famílias na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)³.

Nesta perspectiva, a reforma psiquiátrica com o paradigma da desinstitucionalização engendra novas possibilidades de relação entre loucura e sociedade, em que a família, surge como ator político permeada por pluralidade de sentidos e dimensões na construção da política de saúde mental. Com a sabedoria de vivências diárias junto a seus entes em adoecimento

¹ Este percentual é relativo, considerando o imaginário social construído em saúde mental, ainda vislumbrada como tabu e depreciada se comparada ao sofrimento biológico. Tal fator impacta diretamente na procura por serviços assistenciais, com maior incidência em situações de prevenção secundária e terciária, em que já se apresenta o adoecimento psicossocial, criando debilidades à promoção em saúde. Assim, argumenta-se que o aumento da precarização das condições de existência no processo em curso de contrarreforma do Estado, com focalização, privatização e descentralização das políticas sociais, gera novos incrementos de fomento às iniquidades sociais e às contradições da determinação social do processo saúde-doença. Nesta análise, não se coloca em pauta o viés de medicalização social tão comum em estudos epidemiológicos, porém reflete-se sobre a importância dos fatores socioeconômicos no adoecimento psicossocial (BASAGLIA, 2005; LUDERNIR, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2009; ROCHA; DAVID, 2015;).

² Em conformidade com Iamamoto (2009, p. 17), a "questão social diz respeito ao conjunto de expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado". Pereira (2001), Netto (2001) e Iamamoto (2001) concordam que ela surge em meados do século XIX como fenômeno da industrialização capitalista, e também convergem sobre o fato de que não existe uma "nova questão social", mas a renovação da velha questão social sob outras roupagens e novas condições sócio-históricas de produção e reprodução das relações sociais.

³ Salienta-se a importância de transversalidades das políticas sociais para atenção à saúde mental. Uma vez que a saúde é multifatorial e complexa, possuindo demandas que necessitam de integração de intervenções em várias áreas da sociedade. Percebe-se que no cotidiano dos serviços de saúde mental esta interdisciplinaridade ainda precisa ser melhor aprofundada para qualificar a inserção da família na RAPS e ultrapassar os ditames da política de saúde.

psicossocial a família precisa ser valorizada, respeitada, conhecida e integrada aos conhecimentos científicos disponíveis (ROSA, 2003; MELMAN, 2008; AMARANTE, 2008).

Problematização do Objeto de Investigação

No Brasil, a partir da aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Carta Magna de 1988, a saúde passou a ser compreendida como um processo multifatorial e complexo com base na determinação social do processo saúde e doença⁴. De acordo com o art. 3º da Lei nº 8.080/1990, a saúde possui como:

[...] fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. Neste sentido, o Estado assume a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas, que garanta a sua efetivação e a universalidade do acesso da população às condições mínimas de vida digna e bem-estar (BRASIL, 1990).

Com esta nova ancoragem de (re)interpretação do conceito de saúde, a subárea de saúde mental, inaugura o modelo de atenção psicossocial após tentativas de romper com o paradigma da institucionalização⁵, violador dos direitos humanos e da autodeterminação dos sujeitos diante de internações realizados em hospitais psiquiátricos em todo o território nacional, fatos narrados por Arbex (2013) na obra “O Holocausto Brasileiro”.

Com o fim da ditadura civil-militar, o movimento de Reforma Psiquiátrica surge no Brasil ao final da década de 1970, reivindicando com empenho a eliminação da relação entre loucura e exclusão social, defendendo o respeito à singularidade e autonomia dos sujeitos, além de que as intervenções em saúde mental devam promover novas possibilidades de modificar e

⁴ Neste trabalho se utilizará o termo determinação social do processo saúde-doença em detrimento de determinantes sociais por considerá-lo mais compatível com a visão ideopolítica de saúde defendida. Resumidamente, pode-se afirmar que o primeiro é entendido como uma “perspectiva que considera o campo mais amplo na qual se produzem os processos saúde-doença, buscando trazer para o plano da consciência uma compreensão que estabeleça mediações entre a realidade fragmentada e a totalidade social, enquanto o segundo expressa o privilegiamento da identificação de variáveis sociais mensuráveis sobre uma compreensão mais descritiva e densa dos contextos de saúde” (ROCHA; DAVID, 2015, p. 134)

⁵ O paradigma da institucionalização, no qual se apoia a psiquiatria tradicional e sua prática de exclusão social das pessoas com transtornos mentais, é baseado no tratamento moral de Phillipe Pinel, em que a cura da “doença mental” era obtida retirando os doentes das influências do mundo externo (AMARANTE, 1995). Basaglia (2005, p. 259) ratifica que “a institucionalização é o complexo de danos de uma longa permanência coagida em hospital psiquiátrico”, que diz respeito a princípios de coerção e autoritarismo, com perda da identidade e liberdade, conduzindo a longo prazo a “mortificação do eu” ou ao “vazio existencial”.

qualificar as condições e modos de vida. “[...] isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões” (BRASIL, 2013, p. 23).

Amarante (1996) conta que após os longos 21 anos de ditadura civil-militar, a reforma psiquiátrica é uma luta que tem como base a cidadania e os direitos humanos, e como iniciativa o lema “por uma sociedade sem manicômios”, com o intuito de deslocar a abordagem da “doença mental” para o “sujeito em sofrimento psicossocial”. Neste sentido, o autor retoma o que Basaglia (2005) intitula de “colocar a doença mental entre parênteses”, ou seja, “enxergar a pessoa em sofrimento na sua singularidade”, como forma de desconstrução do saber/poder psiquiátrico e de fomento à desinstitucionalização da loucura.

No Brasil, o estopim deste processo culminou com a crise da Diretoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em que os profissionais e estagiários deflagraram greve geral em abril de 1978. Neste contexto, surge um ator importante na luta pela reforma psiquiátrica e desconstrução do paradigma psiquiátrico da institucionalização, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tido como o primeiro movimento social em saúde com participação popular não sendo gestado por meio de entidades de classe da saúde, mas por diversos protagonistas da sociedade civil (AMARANTE, 1995).

A reforma psiquiátrica no território brasileiro pode ser entendida, como:

[...] um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005, p. 6).

Com este intuito, procura se consolidar a formação de uma estrutura territorial diversificada, atendendo às diversas demandas biopsicossociais, que não se limitam ao tratamento da doença, mas à visão do sujeito em sua integralidade, a partir dos denominados “serviços substitutivos” que viriam para substituir paulatinamente o ambiente de segregação posto pelos hospitais psiquiátricos, sendo que estes últimos deveriam ser extintos, com o Projeto de Lei nº 3.657/1989 de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG) apresentado ao Congresso Nacional.

Entretanto, após a criação de um sistema de seguridade social composto pelo tripé saúde, previdência e assistência social, materializado na Constituição Federal (CF) de 1988, assiste-se na década de 1990 o redirecionamento das funções do Estado mediante uma contrarreforma, influenciada pelas diretrizes de ajuste neoliberal dos organismos multilaterais que passam a culpá-lo por ser um freio aos interesses econômicos, sugerindo estratégias de restauração da busca ampliada das taxas de lucro e de austeridade fiscal com mudanças perversas aos direitos sociais (BEHRING, 2013; BOSCHETTI, 2016).

Este movimento entre dois projetos distintos em disputa para a saúde pública, tem rebatimentos adjacentes à área de saúde mental, com particularidade ideológicas e não somente técnicas, pretendendo reestruturar a atenção psicossocial com dois modelos: um privatista e de mercado, manicomial, com a expansão de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, incentivando a institucionalização e o tratamento desumano, centrado na “doença mental” e no saber/poder psiquiátrico; e, o outro pautado na lógica da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, universal, integral, respeitando aos direitos humanos e a autonomia dos usuários, com tratamento nos serviços abertos e comunitários⁶, focado na promoção da saúde mental e na integralidade das intervenções profissionais.

Desse modo, a contrarreforma do Estado instaurada ocasiona uma tensão no Brasil entre a proposta universalizante da política de saúde e a proposta privatizante, em que a saúde pública é encarada como suplementar ao mercado, e com isso, o fomento ao preceito da solidariedade familiar pelos riscos sociais (MARTIN, 1995; BRAVO, 2001; BAHIA, 2005;).

A família é referência nas políticas públicas da atualidade, o que está sendo acompanhado da regressão das responsabilidades do Estado pelo provimento de proteção social à população em geral (MIOTO, 2010; TEIXEIRA, 2010). Pereira (2009, p. 247) assinala que “a família atual não possui condições de bancar o cuidado pelos seus membros necessitados”, uma vez que, as demandas apresentadas são decorrentes do modo de organização da sociedade capitalista e não devem ser vislumbrados como problemas individuais das famílias, visto que extrapolam as suas possibilidades de respostas”.

⁶ Após a caracterização da Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde e da nova política de saúde mental de 2018, o protagonismo está centrado nos hospitais psiquiátricos e nas Comunidades Terapêuticas – instituições totais. Estes dois regulamentos entram em cena atenuando os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Lei 10.216/01, dando prioridade para estes serviços em detrimento dos serviços substitutivos, o que poderá gerar a longo prazo a transformação deles em complementares.

Ao analisar os países de capitalismo central, Esping-Andersen (2000) afirma que a família volta à cena dos sistemas de bem-estar social após a crise do Estado Social⁷ em 1970 devido às contingências do mercado de trabalho e do incentivo ao neoliberalismo na proteção social pública para garantir a reprodução social dos seus membros. Já no caso brasileiro, a família nunca saiu do cenário principal na trajetória do sistema de proteção social, sendo além de um espaço de produção de subjetividades, também uma unidade de cuidado e de redistribuição interna dos recursos (MIOTO, 2010).

Segundo Teixeira (2010, p. 536), “a relação família versus políticas públicas demonstra que o Estado cada vez mais intervém no campo da reprodução social, que é também o campo da família”. No entanto, conforme aponta a autora, tal questão não vem diminuindo as responsabilidades dessa instituição, mas sim reforçando-as, posto que o Estado age transformando-a em uma parceira na proteção social, ou seja, em “sujeitos a serem potencializados para desenvolverem suas próprias estratégias de bem-estar e de socialização de renda”.

Nesta conjuntura, a família, instituição secular e socialmente (re)construída, com diferentes arranjos e rearranjos na contemporaneidade, ocupa espaço de extrema relevância como amortecedora nas crises do capital e na atenuação das desigualdades sociais advindas do modo capitalista de produzir e reproduzir as relações sociais, gerando inúmeras consequências na sociabilidade do núcleo familiar, principalmente reiterando as desigualdades de gênero⁸, em que as mulheres assumem a função de cuidadora dos membros com capacidade funcional prejudicada (BRUSCHINI, 1989; ABRAMO, 2007).

As ações de proteção social engendradas pela família brasileira sempre estiveram presentes na política social, principalmente nas camadas mais populares, com fomento a sociabilidade familiar e das redes de solidariedade como condição de existência e resistência deste agrupamento (SARTI, 2005). Martin (1995, p. 70) informa que a discussão sobre a solidariedade na relação família-Estado na formulação da proteção social implica no aumento

⁷ Nesta obra se fez a opção pelo uso da categoria Estado Social para se referir à regulação estatal nos países capitalistas em suas relações sociais e econômicas por meio de políticas sociais. Para Boschetti (2016, p3 61), “a perspectiva de Estado Social é um processo contraditório, embebido e determinado pelo conflito capital-trabalho após a Segunda Guerra Mundial”, e esta autora ainda reitera que, se originou na contraditória relação entre a classe trabalhadora pelos direitos do trabalho, as convicções sociais democratas e as necessidades do capital para assegurar a acumulação e reprodução da força de trabalho.

⁸ Esta relação às desigualdades de gênero decorrentes do cuidado em saúde mental, apesar de se constituir de uma temática relevante para esta área de conhecimento, não serão aprofundadas neste estudo em decorrência de limitações de tempo.

do grau de exploração do trabalho familiar e das tarefas e serviços desempenhado principalmente pelas mulheres, assim, “a família surge como um escudo contra a violência da adversidade contemporânea”.

No entanto, se coloca em questão que a revalorização da família no contexto de ideário neoliberal vem ocorrendo com o recuo da proteção social ofertada pelo Estado como tendência das políticas sociais, ou seja, fomento exaustivo ao familismo e aumento de uma perspectiva focalizadora nos direitos sociais de segmentos mais pauperizados da população (MIOTO, 2008; PEREIRA, 2009).

Esping-Andersen (2000) ao discutir os três regimes de bem-estar moderno (o mercado de trabalho, a família e o Estado) admite que a família é uma instituição social instável, implicando que a capacidade de cuidado das famílias tradicionais está se erodindo, ao mesmo tempo que se pede a elas que absorvam os riscos sociais advindos do mal funcionamento do mercado.

Feita essa incursão e reconhecendo as posições tomadas pela correlação de forças e as múltiplas causalidades para conhecimentos das políticas sociais na sociedade capitalista, no presente estudo foram formuladas as seguintes **questões** que serviram de ponto **de partida** e de fio condutor desta investigação:

- *Qual o lugar da família no processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira e dos serviços substitutivos na política de saúde mental? Quais contradições emergem desse processo no que se refere à inserção da família na política de saúde mental, considerando a disputa entre o projeto da reforma psiquiátrica e o projeto privatista neoliberal?*

Com base no objeto de estudo construído a partir da contextualização do problema de pesquisa, das questões que direcionaram as análises desta dissertação, levantou-se a seguinte **hipótese**, isto é, afirmativa norteadora do estudo:

- *Na atual fase da contrarreforma do Estado brasileiro se reforça o modelo de saúde mental hospitalocêntrico. Como consequência, se acentua a mercantilização da saúde e a desresponsabilização do Estado, concomitante, à intensificação das demandas de bem-estar às famílias, em uma perspectiva familista de (des)proteção social.*

Como **objetivo geral**, esta dissertação teve como intuito: *analisar a família na política de saúde mental, considerando o processo de contrarreforma do Estado e o recuo da proteção social efetivada por meio de políticas sociais universais*. E como **objetivos específicos** de pesquisa, elencou-se:

- *Refletir sobre a reforma psiquiátrica brasileira com ênfase para a inserção da família;*
- *caracterizar as configurações do processo de mercantilização das políticas sociais, com foco para a saúde mental no contexto de acirramento da contrarreforma do Estado, considerando a implementação dos serviços substitutivos;*
- *contextualizar a família como fenômeno sócio-histórico, cultural, político e contraditório de relações sociais.*

Assim, esta investigação se torna relevante à medida que a discussão se insere no contexto atual de austeridade fiscal e regressão de direitos sociais, cenário de inúmeros desafios para garantir o direito à saúde mental nos serviços substitutivos. Entende-se que o trabalho com família na RAPS exige o deslocamento do olhar do transtorno mental e seu enquadramento sintomatológico para visualizar sujeitos de protagonismo inseridos em relações históricas, sociais, culturais, políticas e econômicas, de modo a romper e superar estigmas, preconceitos e abordagens conservadoras que historicamente envolvem esta subárea da saúde (ROSA, 2009; BRASIL, 2005 e 2013).

A PESQUISA: CAMINHOS METODOLÓGICOS

Sobre o Método

Toda investigação científica necessita de um caminho com o intuito de explicar a realidade e de procedimentos técnicos que darão suporte para a análise do método adotado (PEREIRA, 2013; BOSCHETTI, 2016). Deste modo, o método utilizado foi o materialismo histórico dialético como forma de explicação e de embasamento teórico-metodológico por se considerar pertinente uma aproximação entre sujeito e objeto, fugindo ao padrão linear e acrítico de explicação dos fenômenos sociais.

Para a apreensão de uma visão de totalidade adotou-se a recusa do mecanicismo e da neutralidade das ciências sociais. Assim, é somente neste contexto, que integra os diferentes fatos da vida social (enquanto elementos do devir histórico) em uma totalidade, que o conhecimento dos fatos se tornam possíveis como conhecimento da realidade (NETTO, 1981).

Do ponto de vista teórico-filosófico, o método é o caminho de desenvolvimento das coisas, ou seja, é o caminho do pensamento, a alma do conteúdo de uma pesquisa (MINAYO, 2015). Desse modo, enseja no âmbito do materialismo histórico dialético, as relações entre o indivíduo e a sociedade, entre as ideias e a base material, entre a realidade e sua compreensão pela ciência, como também entre o sujeito histórico e a luta de classes (PRADO JR, 1973). Assim, possui como preceitos, a saber:

O materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade. [...] a dialética é a estratégia de apreensão e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos sociais, classes e segmentos sociais), de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos. O materialismo histórico, como caminho teórico, e a dialética, como estratégia metodológica, estão intimamente vinculados, pois, o método é a própria alma do conteúdo (MINAYO, 2015, p. 107-8).

Netto (2009) afirma que o método é um dos eixos centrais da teoria social marxiana, porém é por vezes interpretado de maneira *reducionista, fatorialista e equivocada* tantos pelos seus defensores quanto pelos seus adversários. Este método de pesquisa propicia o conhecimento da realidade, partindo da aparência para alcançar a essência do objeto, reproduzindo o movimento do real (BOSCHETTI, 2016). Utilizando-se dele é possível concretizar o estudo e apreensão da gênese, consolidação, desenvolvimento e condições de crise da sociedade capitalista com o objetivo de descortinar sua estrutura e dinâmica.

A base de investigação da teoria e do método marxista é a ontologia do ser social, e tem como pressuposto:

[...] o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador – é o real produzido e interpretado no plano ideal (do pensamento). Para Marx, o objeto da pesquisa (no caso, a sociedade burguesa) tem existência objetiva; não depende do sujeito, do pesquisador para existir. O objetivo do pesquisador indo além da aparência fenomênica, imediata e empírica – por onde necessariamente se inicia o conhecimento, sendo esta aparência um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável –, é apreender a essência (ou seja: a estrutura e a dinâmica do objeto. [...]). Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou (NETTO, 2009, p. 674).

Neste contexto, o conhecimento teórico é o conhecimento do concreto que constitui a realidade por meio da síntese de múltiplas determinações. Assim, “o concreto que chega ao pensamento pelo método que Marx considera cientificamente exato (o concreto pensado) é um produto do pensamento”, envolvendo a “*universalidade, singularidade e particularidade*” (NETTO, 2009, p. 675).

Este método de totalidade para explicação da existência se insere entre a base material e a consciência, a teoria e a prática, colocando a categoria trabalho como ferramenta fundamental de construção das relações sociais (BOSCHETTI, 2016). Em consonância com Prado Jr (1973, p. 18), ele é capaz de orientar a elaboração de novos conhecimentos por meio da pesquisa científica, em que “o conhecimento, na concepção marxista, é propriamente uma produção do pensamento, resultado de operações mentais com que se representa, reproduz ou reflete, a realidade objetiva, suas feições e situação”.

Minayo (2014, p. 47) define pesquisa como “a atividade básica das ciências nas suas indagações e construção da realidade, [...] pesquisar constituir uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente”, ou seja, é uma tentativa de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, combinando teorias e dados, pensamento e ação. A pesquisa é uma atividade criadora como a arte que exige dedicação, disciplina e motivação para tornar-se uma atividade emancipadora (GONDIM; LIMA, 2010).

Nesta direção, segundo as percepções de Gondim e Lima (2010), ela permite a combinação de confiança com autocrítica, sendo um ato criador, no sentido de permitir aos meros mortais comuns o acesso à produção do saber e do conhecimento. Em vista disso, para a apreensão de uma visão crítica na interpretação da relação entre sujeito e objeto se utilizou da pesquisa qualitativa em saúde, uma vez que nesta “[...] é indispensável ter presente que, muito mais do que descrever um objeto, busca-se conhecer trajetórias de vida, experiências dos sujeitos, o que exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência de pesquisa” (MARTINELLI, 1999, p. 25).

Sobre os Procedimentos metodológicos

A natureza deste trabalho e a tentativa de compreensão para alcançar os objetivos delimitados, levou-nos a utilização da metodologia da *pesquisa qualitativa*, na medida em que se “aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2015, p. 57).

A produção apresentada, de natureza analítica e exploratória, contemplou pesquisa bibliográfica com intuito de compreender e delimitar conceitos e categorias teóricas centrais acerca do objeto de estudo, tendo como eixo *família, política social, proteção social e saúde mental*, com realce para a apreensão da relação *família, familismo e saúde mental*, considerando as medidas regressivas e de aceleração das contrarreformas do Estado no contexto atual.

Para tanto, por meio de revisão narrativa⁹ procurou-se resgatar construções teóricas relevantes em publicações nacionais e internacionais que compõe fontes primárias e secundárias (livros, artigos, dissertações e teses). Se recorreu a levantamento exploratório em periódicos online, como as plataformas *Scielo, Pubmed, Medline e Google Academics*, além de outros periódicos não indexados nas referidas bases de dados, mas que apresentam relevância para a temática de estudo.

A pesquisa documental consistiu na leitura crítica das normativas legais e regulatórias da Política de Saúde Mental no Brasil, consideradas de relevância para este estudo, sendo divididas em dois períodos de análise:

- *1º período* - Bases da política de saúde mental após o movimento de reforma psiquiátrico e de redemocratização da sociedade no Brasil ao início da crise político-econômica de 2014: *Constituição Federal de 1988; Projeto de Lei 3.657/1989; Lei 8.080/1990; Lei 8.142/1990; Lei 10.216/01; Lei 10.708/2003; Portaria SAS/MS 224/1992; Portaria MS/GM 106/2000; Portaria MS/GM 251/2002; Portaria MS/GM 336/2002; Portaria MS/GM 2.777/03; Portaria*

⁹ A revisão narrativa, também denominada de revisão tradicional ou exploratória, na qual seleção dos artigos é feita de forma arbitrária, sem a exigência da delimitação de critérios explícitos, sistematizados, em que o autor pode incluir documentos de acordo com a sua perspectiva teórico-analítica (CORDEIRO et al., 2007).

SAS/MS 396/2005; Portaria MS/GM 1.028/2005; Portaria MS/GM 3.088/2011; Portaria MS/GM 121/2012.

- *2º período* – Contexto de acirramento da disputa entre os modelos de saúde mental com fortes medidas de austeridade fiscal posterior a 2014: *Lei 13.840/2019. Portaria MS/GM 3.588/2017; Resolução CIT/MS 32/2017; Portaria SAS/MS 544/2018; Portaria MS/GM 2.434/2018; Resolução MJ/CONAD/GM 1/2018; Nota técnica nº 11/2019* - que constituem as bases da nova política de saúde mental, além dos possíveis rebatimentos dessas tendências nas relações familiares e na retomada do paradigma psiquiátrico com forte benefício à “indústria da loucura”.

A revisão de literatura narrativa permitiu aliar a teoria estudada ao método materialista histórico dialético, reconhecendo que a pesquisa bibliográfica e documental possibilitou a compreensão dos conceitos da realidade empírica sobre o estado das artes da temática. Essa etapa de leitura crítica por meio da revisão de literatura perpassou toda a investigação, visto que se mostrou como necessária para aprofundar as categorias analíticas e os temas pertinentes ao objeto de pesquisa.

Como recurso metodológico, utilizou-se da análise de conteúdo como procedimento técnico para tratamento dados obtidos na pesquisa social na modalidade de análise temática por estar ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, se constituído, assim, de técnica mais apropriada para a presente investigação, uma vez que, pode ser apresentada por meio de uma palavra, frase ou resumo. Para Minayo (2015, p. 303), a análise de conteúdo, “diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

Por se tratar de um estudo teórico, sem a participação direta de outros indivíduos, não foi necessário a submissão do projeto para avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Assim, não trouxe implicações éticas diretas, conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que estabelece os mecanismos de funcionamentos dos CEPs.

Entretanto, foram observadas as diretrizes estabelecidas e os conceitos trazidos pela Resolução do CNS nº 510, de abril de 2016, que estabelece normas aplicáveis às investigações

no campo das ciências humanas e sociais, considerando que elas têm especificidades nas suas concepções e práticas, “na medida em que nelas prevalece uma acepção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico metodológicas, bem como lidam com atribuições de significados, práticas e representações” (BRASIL, 2016).

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

No seu conjunto este estudo foi dividido em três partes que dialogam entre si. O primeiro capítulo – *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Revisitando os Marcos Fundantes* – apresenta uma retrospectiva histórica sobre o fenômeno da loucura com a construção do paradigma psiquiátrico pautado na exclusão do louco das relações sociais estabelecidas na sociedade, ressaltando as reformas realizadas após a segunda guerra mundial no contexto internacional para modificá-lo. Além disso, também se faz uma breve reconstrução do movimento de reforma psiquiátrica no território brasileiro, tentando sempre que possível destacar a família neste processo.

O segundo capítulo – *Contrarreforma do Estado e Política de Saúde Mental: incentivo à (des)proteção social*, pretende caracterizar o processo de contrarreforma do Estado em curso desde a década de 1990 e aprofundado com a crise político-econômica em 2014, pautada no ideário neoliberal, com a mercantilização e desresponsabilização do Estado por políticas sociais universais. E ademais, desta discussão no bojo da política de saúde mental no Brasil, discute-se sobre a implementação da Rede de Atenção Psicossocial com a criação de diversos dispositivos territoriais, propondo a desinstitucionalização dos indivíduos com transtornos mentais e parceria junto aos familiares nos cuidados longitudinais.

E finalmente, o terceiro capítulo – *Família e Política Social: reflexões das particularidades na saúde mental* – analisa a família como espaço sócio-histórico, político e contraditório que permeia as relações sociais, atrelando-a ao campo das políticas sociais. Aponta-se como tendência o familismo e seus possíveis desdobramentos para a família e os usuários dos serviços de saúde mental, além do fortalecimento da base de atenção à saúde hospitalocêntrica.

CAPÍTULO I A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: REVISITANDO OS MARCOS FUNDANTES

*Sim! Sou muito louca
Não vou me curar
Já não sou a única
Que encontrou a paz
Mas louco é quem me diz!
E não é feliz!
Eu sou feliz!*

(Rita Lee – Balada do Louco)

A primeira parte deste estudo tem como intuito refletir acerca da reforma psiquiátrica com ênfase para a inserção da família. Neste sentido, o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil surge com a redemocratização das instâncias políticas e sociais após mais de duas décadas de ditadura civil-militar e tem como premissa a luta pelos direitos humanos e pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, defendendo o lema “por uma sociedade sem manicômios”, objetivando deslocar a abordagem da “doença mental” para a “existência-sofrimento”¹⁰ (AMARANTE, 1996).

De início, reflete-se acerca da constituição do paradigma psiquiátrico, em que a loucura foi institucionalizada e o louco retirado do seu meio sociocultural e familiar. Neste contexto, legitima-se o estatuto da doença mental e da psiquiatria enquanto ciência médica, detentora do saber/poder sobre a loucura com o mandado social de assistência e tutela aos alienados por meio do tratamento moral pineliano (AMARANTE, 1995; RESENDE, 2001).

Diante da reestruturação política e econômica da sociedade com o advento do capitalismo e das novas demandas apresentadas, a psiquiatria nasce no século XVIII, introduzindo a lógica de assistência pautada no paradigma psiquiátrico da institucionalização dos indivíduos com transtornos mentais, sendo este o pilar de exclusão e segregação do louco pelo Estado afim de torná-lo administrável, medicalizado e tutelado (ROSA, 2003).

¹⁰ Em *A Instituição Inventada*, Franco Rotelli (1990a, p. 6), reflete sobre a *existência-sofrimento*, definindo-a, a saber, como: “a produção da vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da “instituição inventada” devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro”.

Após a Segunda Guerra Mundial, esta premissa é questionada a nível mundial com diversas tentativas de criação de uma psiquiatria renovada (ROTELLI, 1990b)¹¹. De acordo com a literatura especializada, estas reformas podem ser divididas em três momentos, o primeiro marcado por críticas referentes à estrutura asilar, o movimento de Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) e a Psicoterapia Institucional (França); o segundo refere-se à expansão da psiquiatria ao espaço público, com as experiências da Psiquiatria de Setor (França) e Psiquiatria Preventiva ou Comunitária (Estados Unidos); em seguida, no terceiro, apresentam-se as reformas que tangem mais profundamente nos moldes estruturais da psiquiatria, a Antipsiquiatria (Inglaterra/Estados Unidos) e a Reforma Democrática Italiana (Itália), questionando não apenas a instituição manicômio, como também a lógica da sociedade que a legitima (AMARANTE, 1995).

Esta última influencia com maior preponderância o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) no Brasil. Barros (1994) afirma que os italianos ansiavam a necessidade de uma transformação crítica, em que a loucura fosse redimensionada não para fazer sua apologia, porém criar condições que permitissem que este momento de sofrimento existencial e social fosse modificado. Assim, a crítica italiana se constrói a partir da análise e reflexão de conceitos, leis e instituições nos quais se ergueram o saber psiquiátrico (VASCONCELOS, 1990).

E para encerrar, busca-se realizar uma pequena reconstituição do movimento de reforma psiquiátrica no território brasileiro, apresentando as principais críticas dos protagonistas deste contínuo e inacabado processo de mudança, com ênfase no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este ator político passa a realizar denúncias das violências institucionais perpetradas nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente novas premissas de cuidado que coloquem em questão o saber/poder psiquiátrico e o modelo hospitalocêntrico (AMARANTE, 1995).

Nesta conjuntura de lutas, pretendia-se romper com o viés da institucionalização da loucura e criar uma rede de serviços e dispositivos territoriais que fossem paulatinamente substitutivos da rede hospitalar especializada. Assim, a Reforma Psiquiátrica nas terras

¹¹ Em Rotteli (1990b), psiquiatria reformada refere-se às reformas iniciais após o panorama da segunda guerra mundial e que não chegam a colocar em xeque o paradigma psiquiátrico. Assim, estão inscritas nesta terminologia: Comunidade Terapêutica (Inglaterra), Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor (França) e Psiquiatria Preventiva ou Comunitária (Estados Unidos). Para Amarante (1996), estas se caracterizam pela renovação da capacidade terapêutica da psiquiatria, com tentativas de liberação de suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação.

brasileiras, pode ser “compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais que no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais concretiza *o processo da Reforma Psiquiátrica que avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios*” (BRASIL, 2005, p. 6).

1.1 Contextualização da Loucura: construção do Paradigma Psiquiátrico

Para Basaglia et al (1994), loucura é contradição humana que se expressa por meio do sofrimento psíquico, ou seja, é um fenômeno eminentemente social que exige uma interpretação complexa e multicausal dos elementos envolvidos, não podendo ser reduzido ao fator biológico ou organicista natural. Neste estudo, ela é entendida como uma manifestação de formas e possibilidades de vivências do ser social, que ao mesmo tempo em que é *sapiens*, também é *demens* (BARROS, 1994).

No século XVIII, a loucura passa a ser domínio de intervenção da medicina, tornando-se exclusivamente “doença mental”. Assim, ela se inscreve como problema de ordem moral, composto de sinais e sintomas, a serem estruturados com o isolamento nos asilos de alienados, passando a ser uma ameaça à ordem social, por isso, precisa ser resolvida fora da sociedade (BARRIGIO, 2010). Luz (1994) amplia esta conceitualização, afirmando que ela não é puramente biológica, e nem somente sociológica, porém é uma construção política e teórica, institucional e científica.

Anterior à construção do paradigma psiquiátrico, na sociedade pré-capitalista, a família era a principal responsável pelos cuidados prestados ao seu ente adoecido mentalmente. Na impossibilidade de exercer tal competência, por causa da sua inexistência ou da impossibilidade de controle do louco, tornava-se uma questão pública, do escopo da justiça ou dos aparatos da monarquia (CASTEL, 1978; ROSA, 2003).

Com o advento do iluminismo e da sociedade burguesa, o saber alienista ocasiona uma nova prática de intervenção sobre a loucura, trancafiando-a em instituições totais¹² para

¹² As instituições totais geram efeitos graves no processo de sociabilidade dos seres humanos. Em Goffman (1971, p. 11), elas podem ser definidas, “como local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um considerável período de tempo levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Este autor advoga que “elas são estufas para mudar pessoas, cada uma é um experimento natural do que se pode fazer com o eu” (GOFFMAN, 1971, p. 22). Os manicômios ou hospitais psiquiátricos estão agrupados na segunda classificação do autor, no mesmo patamar das colônias de doentes, ambos considerados espaços para indivíduos incapazes de cuidar de si próprio, também tidos como uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional.

preservar a ordem pública. Neste aspecto, a família é um acessório a ser considerada apenas para construção de hipóteses diagnósticas e apoio material quando o Estado não poder atender tal necessidade. Este argumento tem duas justificativas na psiquiatria clássica: proteger a família da loucura, símbolo de desordem mental; e, proteger o louco das influências negativas das relações familiares no desencadeamento do sofrimento psíquico (CASTEL, 1978; MELMAN, 2008).

No livro publicado em 1801 intitulado “*Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental*”, Pinel defende que a loucura é o desarranjo das faculdades mentais, e por isso, é fundamental a utilização do tratamento moral para a reeducação e correção de costumes e hábitos de modo a reenquadrar o louco no padrão moral socialmente aceito. Este modelo de intervenção domina a medicina psiquiátrica da época, gerando um campo de possibilidades terapêuticas, em que a violência exposta convive concomitante com a violência velada, e o louco ganha o status de cidadão digno de cuidados médicos por ser um “doente mental” (FOUCAULT, 1972).

O tratamento moral tem como intuito afastar os doentes do mundo externo, com todas as consequências que ele acarreta ao desenvolvimento natural da doença, ou seja, segregar para conhecer, separar, classificar e agrupar os diferentes sintomas em ordens aproximativas, gerando uma nosografia. Desse modo, surgiu o manicômio, asilo ou hospital psiquiátrico como a instituição total que se encarregaria dos cuidados com o louco, no qual se pretendia obter a cura da loucura, por ser esta externa ao humano, estranha à razão (AMARANTE, 1996).

De acordo com Foucault (1972), a primeira reforma psiquiátrica surge com Pinel na administração do Hospital Geral de Bicêtre na cidade de Paris, onde por meio da quebra das correntes dos loucos inspirado pelos ideais iluminista e cartesiano, se estabelece o tratamento moral, tornando o mundo da loucura sinônimo de exclusão. Este mesmo autor, indica que o hospital geral até este momento, era uma instituição de higienização social e filantrópica e não médica, no qual se depositava os inaptos para o trabalho antes do advento da sociedade burguesa, denominando-o de *Grande Internação* ou *Grande Enclausuramento*, após o capitalismo passa a ser um local com véis político e social funcional a este sistema de produção e reprodução das relações sociais (BOSCHETTI, 2016).

Em consonância com Castel (1978, p. 11), a medicina transforma o hospital geral como local de tratamento, com isso, “a imposição do estabelecimento especial (ou asilo) como meio terapêutico supõe, portanto, a reconquista pela nova medicina, de uma face da velha

organização hospitalar carregada de ódio do povo e do desprezo dos espíritos mais esclarecido”, assim, o “louco ganha o status completo de alienado: completamente medicalizado, isto é, integralmente definido como personagem social e tipo humano pelo aparelho que construiu o monopólio de seu encargo legítimo, [...], a constituição de uma nova medicina e de uma nova relação social de tutelarização”.

Nesta relação se estabelece uma contradição entre família e doente mental, em que a primeira é tida como agente etiológica propiciadora da enfermidade mental e o segundo como uma ameaça ao núcleo familiar pela periculosidade que a loucura acarreta (BARROS, 1994; ROSA, 2003). Diante disso, a família é excluída das abordagens terapêuticas na psiquiátrica, sendo um recurso informativo para compreender o processo de enfermidade, ocupando o papel tanto de vítima quanto de culpada pela situação de adoecimento (MELMAN, 2008).

O importante a ser colocado em pauta é que as mudanças fundamentais na apreensão da loucura estão inseridas nas necessidades do capitalismo, em que se precisou limpar os espaços públicos com os inconvenientes – *órfãos, idosos, desempregados, prostitutas, deficientes, venéreos, criminosos e loucos*. Neste sentido, as pessoas que não foram enquadradas no padrão sociocultural hegemônico estruturado foram retiradas das ruas com ações de higienização social, principalmente por meio de instituições religiosas, que serviam como depósito de pessoas à época (RESENDE, 2001).

Posteriormente, no século XIX tem-se uma nova reestruturação na base da psiquiatria, inserindo-a como ciência no campo do organicismo patológico por meio dos estudos de Emil Kraepelin, intitulado o pai da psiquiatria moderna. Com isso, a doença mental em que se assenta o paradigma psiquiátrico, passa ao âmbito da anormalidade, ratificando a loucura como espaço de exclusão social, marcado pelo diagnóstico e o estigma. E o louco se torna o mero resultado de lesões estruturais no cérebro (AMARANTE, 1996).

Diante desta atualização psiquiátrica aos conhecimentos científicos, cria-se um padrão de normatividade para caracterizar o normal e o patológico, o qual conforme aponta Canguilhem (2009), dá início a novas normatividades de padronização ditadas pelas necessidades econômicas, pela aptidão ou inaptidão para o trabalho que se torna cada vez mais complexo, explorador e alienante. A ociosidade que outrora em outras culturas foi estimulada com o advento das premissas capitalista passa a ser depreciada e punida, tornando-se necessário novas normas e padrões comportamentais para o bom funcionamento desta ordem social (FOUCAULT, 1972).

Desse modo, Amarante (1996, p. 57) afirma que o princípio nosológico-clínico opera um “novo arranjo interno no conjunto de aspectos relativos a uma doença, no qual são combinadas perspectivas diversas, tais como a etiologia, as condições de aparecimento, a tendência à predisposição, o curso da moléstia, a sintomatologia e a perspectiva prognóstica”. A partir disso, a anormalidade, base da etiologia e do prognóstico, é uma mistura de ordem moral com afecções orgânicas, na qual se reafirma a loucura como periculosidade social (LANCETTI, 1990; BARROS, 1994).

Nesta percepção, a doença mental é exclusivamente problema psíquico, tratado como um fato a-histórico, imutável em suas características e efeitos e impermeável às influências externas (BARROS, 1994; LUZ, 1994), em que por meio de três dimensões se reitera o estatuto da doença mental: a médica, a jurídica e a social (CASTEL, 1978). Nesta onda selvagem do liberalismo, o Estado servia para perpetuar a desigualdade social, econômica e política; o controle sobre as classes sociais e a posse da propriedade privada, e não o bem-estar social (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Basaglia (2005) não nega a existência da doença mental, mas todo este complexo social institucionalizador e gerador de danos à cidadania dos indivíduos que se constrói sobre ela. Ele reivindica outra realidade produtora de uma nova cultura, em que as pessoas que enfrentam dificuldade decorrentes de transtornos mentais possam ter novas possibilidades de viver seu próprio sofrimento, este “visto como produto de um conjunto de fatores e não apenas como sinal de periculosidade social a reprimir” (AMARANTE, 1996, p. 12).

A Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana com Franco Basaglia fortalece uma visão dinâmica e baseada na determinação social do processo saúde-doença, em que o transtorno mental é decorrente dos modos de existência e do seu contexto e a crise é um evento que pode ser superado, no qual o importante é a “invenção de vida” (ROTELLI, 1990b). Desse modo, afirma-se que a “doença não totaliza o indivíduo, o que significa dizer que uma pessoa pode estar mal, mas pode continuar a viver em sua casa, e que os serviços de saúde mental podem jogar melhor com a contradição saúde-doença sem aprisioná-lo na sua doença” (BARROS, 1994, p. 184).

1.2 As Reformas Psiquiátricas no Panorama Internacional: da humanização do manicômio ao ideal de desinstitucionalização

É, sobretudo, com as violações de direitos humanos ocorridas após a Segunda Guerra Mundial e o início da disputa internacional no contexto de Guerra Fria que entra em foco os principais questionamentos em torno das instituições totais. Decorrente das mudanças geopolíticas deste período ocorre um reordenamento do social, redefinindo o papel do Estado na regulação capital-trabalho (BARROS, 1994; BEHRING; BOSCHETTI, 2009). A psiquiatria no pós-guerra se deu em dois movimentos convergentes: a preocupação psiquiátrica com relação à sua impotência terapêutica e a preocupação governamental pelos altos índices de cronificação gerados nos asilos (BIRMAN; COSTA, 1994).

Este período demarca a passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista ou capitalismo tardio (posterior a 1945)¹³ que está atrelado ao surgimento do Estado Social na Europa, com a busca pelo pleno emprego e maior igualdade social por meio do pacto keynesianismo-fordismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2009; BOSCHETTI, 2016). Nesta conjuntura de pós-guerra, no âmbito da psiquiatria, a família deixa de ser uma vítima e passa a se tornar a principal responsável pelo processo de adoecimento dos seus entes com transtornos mentais (ROSA, 2003; MELMAN, 2008).

De acordo com Lancetti (1990) e Barros (1994), o objetivo de desinstitucionalizar a pessoa em sofrimento psicossocial é delimitado pela reestruturação das sociedades afetadas pelas duas Grandes Guerras Mundiais, confundindo-se com a própria constituição do Estado Social nos países de capitalismo central. Amarante (1993) ratifica que as reformas psiquiátricas surgem para inaugurar um novo estatuto de cidadania e contraponto às peculiaridades cientificamente estabelecidas quanto à categoria “doença mental”, em que estes indivíduos são marginalizados, despojados dos seus direitos humanos fundamentais, tornando-se um não cidadão.

A primeira tentativa de criação de uma psiquiatria renovada (ROTELLI, 1990b), acentuando as críticas entre as condutas psiquiátricas e o enclausuramento da pessoa com transtorno mental, inicia-se em 1959 consagrada por Maxwell Jones na Inglaterra. Em que se

¹³ O capitalismo tardio ou maduro, termo de Mandel (1982), caracteriza-se por um intenso “processo de monopolização do capital, pela intervenção do Estado na economia e no livre movimento do mercado, constituindo-se oligopólios privados (empresas) e estatais (empresas e fundações públicas), e expande-se após a crise de 1929 e, sobretudo, após a Segunda Guerra Mundial” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 82-83).

inspirava na “terapêutica ativa” ou “terapia ocupacional” para se retomar o mito de que através do trabalho alienado pode se obter a cura das doenças mentais.

Amarante (1995) afirma que ela pode ser considerada uma série de reformas restritas a instituição manicômio, com adoção de medidas administrativas para modificar a dinâmica hospitalar, em que a convivência em grupos de pacientes com a comunidade interna e externa é vista como terapêutica, mesmo sem colocar em foco os mecanismos de segregação existente entre estes dois submundos. Para Rotelli (1994) foi uma experiência que não conseguiu colocar na raiz do problema a exclusão que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico.

Na França, surge a psiquiatria institucional em meio ao encontro de ativistas com ideias de resistência ideopolítica às doutrinas nazifacista, iniciada por François Tosquelle na administração do Hospital Psiquiátrico Saint-Alban com críticas ao papel totalitário dessa instituição, pretende resgatar o potencial de cura do hospital, tratando-o da violência e da repressão. Conforme Aponta Amarante (1995), ela questiona a psiquiatria e o hospital psiquiátrico enquanto segregadores, crítica o poder médico e a verticalidade e a hierarquia nas relações paciente e profissionais da saúde.

Ambas defendem a permanência dessa instituição total de exclusão dos loucos, são reformas restritas ao ambiente asilar e que não colocam em questão a função social para a qual ele foi criada (BASAGLIA et al, 1994; AMARANTE, 1995 e 1996). Segundo Heidrich (2008), estes dois modelos de psiquiatria não questionavam o lugar no qual se desenvolvia a prática psiquiatria, o conceito de doença mental e a relação entre o louco e a sociedade. E além disso, pretendiam refuncionalizar o espaço hospitalar para torná-lo mais ágil na reinserção dos internos ao sistema produtivo (ROSA, 2003).

A Psiquiatria de Setor se apresenta como uma contestação do espaço asilar hospitalocêntrico, em que a passagem por ele é tida como apenas uma etapa do tratamento, sendo a continuidade do mesmo realizado na comunidade. É feita uma divisão geográfica dos pacientes por região de moradia, instituindo uma equipe multiprofissional para cada área adstrita naquele território e referenciado o serviço de saúde que deveria acompanhá-lo.

Amarante (1995) conta que ela foi bem aceita pelo Estado francês porque no período pós-guerra a manutenção dos hospitais psiquiátricos foi considerada dispendiosa aos cofres públicos. No entanto, o aumento expressivo de transtornos mentais e a resistência de grupos conservadores acabaram por reafirmar a psiquiatria como espaço de controle social e normalização da população. De acordo com Rotelli (1994), ela não consegue ir além do hospital

na medida em que concilia os serviços externos, sem transformar a cultura psiquiátrica neles estabelecida.

Denominada de terceira revolução psiquiátrica após Pinel e Freud, a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária surge nos Estados Unidos em pleno governo do presidente Kennedy com a publicação do Plano Nacional de Saúde Mental em 1955, tinha o objetivo de intervir nas causas etiológicas dos transtornos mentais baseada nas ideias de Gerald Caplan, com a demarcação de um novo objeto: a promoção da saúde mental (LANCETTI, 1990). Na opinião de Rosa (2003), esta reforma tinha como intuito uma nova medicalização da ordem social, centrada não mais no indivíduo, mas na coletividade.

Com práticas sanitárias de higienismo social direcionadas à comunidade, principalmente aos setores populares, utilizaram-se do conhecimento das ciências humanas para explicação das doenças mentais, levantando conceitos como “desvios” para explicitá-las, aqui entendidos, “como um comportamento que foge, propositalmente ou forçosamente, à norma socialmente estabelecida” (AMARANTE, 1996, p. 58), defende a linearidade do processo saúde-doença, com nítida influência do modelo da história natural da doença¹⁴ de Leavell e Clark (1976 apud CARVALHO; BUSS, 2009).

Trata-se de um projeto de “medicalização da ordem social com a expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas sociais” (AMARANTE, 1995, p. 41). Neste contexto, surge o termo “desinstitucionalização” para denominar um conjunto de medidas de “desospitalização” com a criação de serviços alternativos ambulatoriais e extra-hospitalares. Este processo constitui o que Castel (1978) intitula de *aggiornamento* da psiquiatria, ou seja, a reatualização dos dispositivos de controle e disciplinamento do indivíduos sob novas facetas.

A antipsiquiatria surge em 1960 na Inglaterra em meio aos movimentos sociais de contracultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo e hippie), questionando a naturalização da loucura como doença mental. Prioriza-se a criação de zonas de liberdades, à margem das estruturas sociais estabelecidas, onde a loucura pudesse ser vivida sem amarras pelos valores moralmente construídos, em que a doença mental é um problema social e a psiquiatria uma modalidade de controle social (ROSA, 2003). Também se crítica nesta experiência a exploração humana decorrente do sistema capitalista de produção, esta reforma, de acordo com Amarante

¹⁴ Leavell e Clark (1976) partem de uma “visão essencialmente biológica da doença, derivada do conhecimento da patogênese das enfermidades infecciosas. Sua aplicação é então fortemente marcada por esse viés que, na verdade, teve e ainda tem forte presença na comunidade científica, nas esferas gestoras e no imaginário da população” (CARVALHO; BUSS, 2009, p. 148).

(1995) foi de extrema relevância ao conceito de desinstitucionalização como desconstrução do aparato psiquiátrico.

Para o escopo da relação loucura e família abordou uma tendência “parcial, unilateral e maniqueísta” (ROSA, 2003, p. 65), com o conceito de “duplo vínculo”¹⁵ de Gregory Bateson na condução da Escola de Palo Alto, em que se culpa os familiares, e principalmente, as mães, pela eclosão dos sintomas psicóticos e da esquizofrenia, no qual se aprofunda uma responsabilização intensa deles pelo processo de adoecimento dos seus entes (MELMAN, 2008). Neste sentido, a antipsiquiatria ao idealizar o sofrimento psíquico, “serviu de base e reforçou políticas desospitalizadoras, as quais produziram a negligência e desassistência por reduzirem as instituições psiquiátricas à função de mera controladores e repressoras sociais, ignorando o papel de refúgio e proteção dessas, nos momentos de agudização e crise psiquiátrica” (ROSA, 2003, p. 66).

A Reforma Democrática Italiana, inicia-se a partir de 1961 com a experiência de Franco Basaglia à frente do Hospital psiquiátrico de Gorizia, no qual se pretendia romper com as relações e práticas construídas pela psiquiatria no imaginário social. Neste sentido, Rotelli (1994) ao referir-se a esta primeira etapa de reformas no contexto italiano, ratifica que dentro deste espaço (o manicômio) estava a raiz do saber/poder psiquiátrico, diante disso, o processo de desinstitucionalização só poderia ser efetivado sem reproduzir a lógica dele, quando este não mais existisse.

Desse modo, nesta tradição a destituição do paradigma psiquiátrico era antes de tudo uma questão política do que de saúde pública (BASAGLIA, 2005), assim, a partir do movimento de Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), tinha-se como lócus de operacionalização um conjunto de transformações em várias facetas das relações sociais, como a esfera legislativa, jurídica, administrativa e cultural, visando reconstruir a apreensão da sociedade no que se refere à loucura (LANCETTI, 1990; BARROS, 1994).

Pretendeu repensar o papel das instituições e da sua influência na vida dos sujeitos, redesenhando a política de saúde mental com a total extinção dos manicômios na Itália por meio

¹⁵ O conceito de *duplo vínculo* (*double bind*) implica um padrão comunicacional que “caracteriza-se pela interação entre duas ou mais pessoas que possuem um alto valor e significado para a sobrevivência física e psicológica entre uma delas, onde é emitida uma mensagem de maneira que: enuncia algo; após enuncia algo sobre a própria enunciação que a exclua” (ROSA, 2003, p. 64). Assim, o enfermo é produto dos problemas internos familiares, e a família é concebida como “conjunto de relações que foi interiorizado, e que sendo atravessada pelo duplo vínculo, defende-se declarando o integrante que expõe os fantasmas familiares como louco ou perigoso” (LAING, 1971, p. 16 apud ROSA, 2003, p. 64).

da aprovação da Lei nº 180, de 13 de maio 1978, conhecida mundialmente por *Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana* ou *Lei Franco Basaglia* (AMARANTE 1994, 1996 e 2008). Desloca-se o objeto da psiquiatria da “doença mental” para a existência-sofrimento e sua relação com o corpo social, orientando as intervenções nas condições de reprodução social, enquanto “invenção da saúde” e “produção da vida” (ROTELLI, 1990b; BASAGLIA, 2005).

Diferente da antipsiquiatria, a reforma italiana responsabiliza-se pelo indivíduo com transtorno mental e seu núcleo familiar, tendo como utopia uma “sociedade voltada para o cuidado” (ROTELLI, 1990b), e a família é vista de forma positiva, como cerne das condições de reprodução social e como espaço de sociabilidade (ROSA, 2003). A partir da nova perspectiva paradigmática da reforma psiquiátrica brasileira, bastante influenciado pelo modelo da PDI, contrapõe-se à lógica da institucionalização, inaugurando um espaço em que a família é uma das protagonistas na promoção da saúde mental e na reabilitação psicossocial (AMARANTE, 2008).

Neste contexto, o projeto de desinstitucionalização das pessoas com necessidades em saúde mental é preciso para romper com os dispositivos psiquiátricos de tutela, exclusão social, periculosidade e normalidade/anormalidade, podendo ser entendida, a saber: “significa entender que a instituição no sentido dinâmico e complexo das práticas e saberes produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos” (AMARANTE, 1995, p. 49).

Conforme aponta Barrigio (2010, p. 26), este processo de reforma “representa a desconstrução de saberes e formas de lidar com o doente mental e demonstra a possibilidade de responsabilizar-se com o sofrimento dos sujeitos, através de um paradigma centrado em um cuidar humano, solidário, afetivo e de (re)construção da cidadania”. Não pode ser reduzida à extinção de instituições psiquiátricas para desospitalização, nem de humanizar o modelo manicomial, porém de reinventar uma nova *práxis* de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico (BARROS, 1994; AMARANTE, 2008).

1.3 O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil: a dicotomia entre velhas e novas perspectivas de saúde mental

No Brasil, a Política de Saúde Mental segue o paradigma da institucionalização inspirado em Pinel com a criação de hospitais psiquiátricos para a intervenção nos ditames da

loucura. Desse modo, começa a ser desenhada décadas após a chegada da Família Real, e com ela, a necessidade de modernizar o Brasil, transformando-o em sede do Império Português.

Neste sentido, é concretizada, em 18 de julho de 1841, quando o Imperador Pedro II autoriza a criação do primeiro hospício no Rio de Janeiro, inaugurado apenas em 1852 com vinculação à entidade religiosa e filantrópica Irmandade da Santa de Misericórdia, com intervenções pautadas nos moldes internacionais, reduzidas ao tratamento moral da alienação mental (AMARANTE, 1994; RESENDE, 2001). Assim, a loucura passa a ser encarada como um problema social a ser silenciado em plena sociedade rural pré-capitalista marcada pelo trabalho escravo (ROSA, 2003).

Diante do aprofundamento da crise no governo imperial, ocorre em 1989 a Proclamação da República dos Estados Unidos do Brasil, e a psiquiatria partindo do ideal positivista de ordem e progresso, busca se modernizar, e realiza a primeira mudança neste modelo de atenção à saúde mental com a criação das colônias aos doentes mentais e sua prática terapêutica centrada na laborterapia ou terapia ocupacional. Desse modo, “a adesão a este modelo deve-se à necessidade de impor o trabalho como obrigação para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil” (HEIDRICH, 2007, p. 83). Eram conhecidos como hospitais agrícolas e eram complementares aos hospitais psiquiátricos tradicionais.

Em 22 de dezembro de 1903, por meio da Lei nº 1.132, reorganiza-se a assistência aos alienados, sendo estes definidos em seu art. 1º, como, “o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (BRASIL, 1903). Neste período, há uma hospitalização em massa, principalmente da população mais pauperizada da sociedade com o intuito de esconder as próprias contradições das desigualdades estruturais da sociedade brasileira e a legitimação jurídico-política da psiquiatria e do seu mandato de controle social (FERNANDES, 1987; AMARANTE, 1994).

Em 1923, funda-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) pelo psiquiatra Gustavo Ridet, com fortes características eugênicas, xenofóbicas, antiliberais e racistas baseada no conceito de degeneração de Morel¹⁶ e do positivismo, representava a moralização da loucura

¹⁶ No livro *o Tratado da Degenerescência (Traité de Dégenerescence)*, de Benedict-Augustin Morel, publicado em 1887, se defende a teoria da hereditariedade como questão etiológica dos transtornos mentais sob forte influência moral cristã, na qual “semelhante gera semelhante” (PEREIRA, 2008, p. 491), propiciando assim, a degradação de uma linhagem ou raça a longo prazo. Neste sentido, indica como causas para a degenerescência: o abuso de álcool, alimentação deficiente, meio social miserável, imoralidade dos costumes, conduta sexual

por meio de ações de higiene mental e limpeza de grupos étnico-raciais que precisavam ser retirados dos espaços públicos para a criação de uma nação “próspera, moderna e saudável” (SEIXAS et al, 2009, p. 1). Neste sentido, acreditava-se que:

Os psiquiatras acreditavam não apenas que as doenças mentais tinham componentes biológicos e genéticos, mas também que tendiam a piorar à medida que eram transmitidas de geração para geração, causando a degeneração progressiva das árvores genealógicas e da população como um todo. Para eles, *a degeneração era mais que uma doença individual: tratava-se de uma ameaça social. A ideia de degeneração começou a estimular políticas sociais como esterilização, eutanásia e perseguição de indivíduos “degenerados”* (SEIXAS et al, 2009, p. 1).

Neste contexto, as expressões da questão social são encaradas como “problemas” e “disfunções sociais” em que se pretende intervir, e não somente na loucura ou na higienização dos inconvenientes que precisam ser isolados conforme afirmado pelos alienistas da época (BARROS, 1994). Esta é tida como pano de fundo para práticas antissociais executadas pelo Estado sobre “os desviantes”, ou seja, os não adaptados à nova ordem social (HEIDRICH, 2007). De acordo com Arbex (2013, p. 13), cerca de 70% dos internos, ao ilustrar a vivência no Hospital Psiquiátrico de Barbacena, não tinham diagnóstico de transtornos mental. “Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder”.

No mesmo ano de fundação da LBHM, é aprovada a Lei Eloy Chaves que obriga a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para categorias estratégicas do setor econômico, a exemplo dos ferroviários e marítimos. Eram instituições previdenciárias alicerçadas no seguro compulsório, com financiamento e administração dos empregadores e empregados (BEHRING; BOSCHETTI, 2009; SILVA, 2012).

Em 1930, as técnicas de intervenção sobre a “doença mental” da psiquiatria se modernizam, com a utilização do choque insulínico, choque cardiazólico, eletroconvulsoteria, lobotomia, entre outras¹⁷. Estes tipos de terapias biológicas e morais marcam o *aggiornamento* caracterizado por Castel (1978), ou seja, uma readequação da ordem psiquiátrica aos tempos modernos.

desregrada, doenças na infância e a própria herança de uma carga de degenerescência. É importante salientar que para Morel a degenerescência pode ser herdada ou adquirida. Esta teoria ainda hoje influencia explicações dadas no campo psiquiátrico para explicações dos transtornos mentais.

¹⁷ Para aprofundamento, consultar: Guimarães et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960-2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. In: **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013, v. 22, n. 2, p. 361-369.

Em 1933, as CAPS são transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Em consonância com Heidrich (2007), a principal diferença entre estes dois modelos, é que o segundo contava com a administração e financiamento do Estado nas ações de saúde. Assim, a administração do Estado divide-se em dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária (SILVA, 2012)

Na década de 1950, com o objetivo de maior docilização dos corpos dos alienados surgem no cenário internacional os primeiros neurolépticos (*Clorpromazina, Levomepromazina e Haldol*), considerados antipsicóticos de primeira geração, conseguiam reduzir a agitação psicomotora e os sintomas positivos de crises psicóticas, porém eram utilizados de forma excessiva e acentuavam a cronificação dos transtornos mentais, costumavam estar associados com outros tipos de técnicas, tais como as terapias citadas anteriormente (GUIMARÃES et al, 2013).

Em plena ditadura civil-militar, unificam-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no qual se institui a “indústria da loucura” e o apogeu da mercantilização da saúde mental com a compra de serviços psiquiátricos prestadas diretamente pelo setor privado. Com isso, pretendia-se ampliar o contingente de segurados e expandir a assistência, com a integração da previdência social e padronização da assistência médica (HEIDRICH, 2007; SILVA, 2012).

De acordo com Amarante (1995), a reforma psiquiátrica no Brasil pode ser dividida em três etapas¹⁸:

A primeira é inscrita no contexto internacional de mudanças e críticas em torno da violência asilar do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, ou seja, tinha o objetivo de desinstitucionalizar a pessoa em sofrimento psíquico. Surge no final da década de 1970 como fruto da abertura política promovida no período de redemocratização da sociedade brasileira.

Em 1978 acontece uma onda de críticas à estrutura asilar por meio de denúncias de profissionais da saúde contratados em condições de forte precarização do trabalho na condição de bolsistas dos hospitais psiquiátricos ligados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Com isso, tem-se a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental

¹⁸ A literatura especializada na relação entre saúde mental e família possui como lacuna discutir a inserção da família nas etapas do processo de reforma psiquiátrico brasileiro, sendo um dificultador posto a este estudo encontrar referências que relacionassem de forma mais detalhada tais questões.

(DINSAM), órgão responsável pela condução da política de saúde mental no território nacional. Neste ano, surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com propostas de transformação da assistência psiquiátrica e como espaço de luta não institucionalizada (AMARANTE, 1995). Neste sentido, as críticas no primeiro momento da reforma psiquiátrica estão centradas no modelo assistencial e na sua relação de exclusão social do louco (BRASIL, 2005).

A segunda etapa é denominada de trajetória sanitaria, iniciada na década de 1980, quando os atores da reformas sanitária e psiquiátrica passam a se incorporar no aparelho do Estado, com os rebatimentos da noção de desinstitucionalização galgada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e na I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Este período teve como marco o Plano de Cogestão entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) para a reestruturação dos hospitais psiquiátricos vinculados à DINSAM, desdobrando-se nas Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1985.

A terceira etapa é marcada pelo rompimento da trajetória sanitaria. Para Amarante (1994 e 1995), ela era a tentativa tímida de continuar realizando reformas sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de cuidado em saúde mental. Conhecida como trajetória de desinstitucionalização, inicia-se com o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde em Saúde Mental em 1987, na qual se origina o lema “por uma sociedade sem manicômios”, e se obtém vários ganhos com a construção dos serviços substitutivos, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo (1987) e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos (1989), a apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado ao Congresso Nacional (1989) e da realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992).

Amarante (1995) também ratifica que a reforma psiquiátrica intervém no campo da loucura, transformando as relações da sociedade e do Estado para com os usuários com transtornos mentais. Neste sentido, em 1990 é consolidado um documento que marca as reformas em saúde mental nas Américas, proposto na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção à Saúde Mental na América e Caribe convocada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), intitulado *Declaração de Caracas*.

A reforma psiquiátrica procura consolidar a formação de uma estrutura territorial diversificada, atendendo às diversas demandas psicossociais, que não se limita ao tratamento da doença, mas à visão do sujeito em sua integralidade, conforme a nova concepção ampliada

de saúde. É importante salientar que durante as três etapas é nítida uma correlação de forças entre perspectivas de saúde mental, de formas de lidar com a loucura e com o sofrimento psíquico, e também de interesses ideopolíticos de canalização do fundo público que se tornam mais intensas após 2014.

Diante destas configurações e tendo como influência a reforma democrática italiana, cria-se uma rede de dispositivos que possuem como objetivo superar as antigas instituições, isto é, a ruptura da relação mecânica na análise da loucura. As principais instituições desenvolvidas são redes de cuidado em saúde mental na comunidade e no território do usuário, denominados de serviços substitutivos (LANCETTI, 1990; BARROS, 1994; RESENDE, 2001).

A reforma psiquiátrica no Brasil pode ser vislumbrada como um processo social complexo com permanente reconstrução dos atores sociais, conceitos e princípios. Ela incorpora várias dimensões simultâneas e interdependentes (AMARANTE, 2008). Sendo elas:

- *Dimensão Epistemológica:* esta dimensão remeta a repensar as maneiras de desconstruir e reconstruir os conceitos no modelo científico baseados no paradigma psiquiátrico e da institucionalização da pessoa com transtorno mental e do personagem de risco e periculosidade atrelado à figura do louco. Os conceitos-chaves a serem modificados e ressignificados são: doença mental, cura, loucura, normatização, transtorno mental.
- *Dimensão técnico-assistencial:* esta dimensão trata da organização e dos princípios que regem o ato de cuidado, precisam partir da relação de isolamento, verticalidade, tutelarização, para a ênfase na escuta, acolhimento, protagonismo, produção de novas ferramentas de sociabilidade e de saúde.
- *Dimensão jurídico-política:* esta dimensão se refere aos aspectos legais que tratam sobre a loucura na sociedade, com a revisão do Código Civil, do Código Penal e de preceitos arcaicos, tais como a noção de irresponsabilidade civil e incapacidade civil causados pela interdição judicial. No que tange à outra faceta, a política, houve avanços na concepção de cidadania, com a implementação de cooperativas sociais e projetos de geração de renda.
- *Dimensão sociocultural:* esta dimensão é resultante de todas as demais. Diz respeito à reflexão social em todos os âmbitos da sociedade civil sobre a percepção do louco e da loucura.

Diante destes pressupostos, a família no processo de desinstitucionalização colocado pela reforma psiquiátrica brasileira, surge com uma pluralidade de representação nas suas relações com o indivíduo com transtorno mental em pelo menos *cinco direções*: *recurso* como outro qualquer a ser acionado; *lugar* de possível convivência com o portador de transtorno mental, desde que os laços relacionais possam ser mantidos ou reconstituídos; *sofredora*, pois também é influência pelo cotidiano com o doente, precisando ser tratada e receber suporte assistencial; *sujeito de ação, ator político*, avaliadora dos serviços e construtora de cidadania; *provedora de cuidado*, agente potencializador de mediações entre o seu ente e a sociedade (ROSA, 2003).

Entretanto, por mais que os pressupostos da reforma psiquiátrica tenham ganhado destaque como política de estado no âmbito da saúde mental, tornando-se hegemônico até 2014, ele não é homogêneo. Na sociedade civil, repercutem atores que se posicionam em contrário, comparando-o à desassistência, tendo como aporte o elo entre família e Estado (VASCONCELOS, 1990; ROSA, 2003). Nesta concepção, destaca-se a *Associação de Amigos e Familiares dos Doentes Mentais (AFDM)* do Rio de Janeiro¹⁹.

Rosa (2003, p. 163) afirma que esta resistência de grupo de familiares tem se dado em face do “desconhecimento da proposta do movimento de reforma psiquiátrica; em função da sobrecarga nos cuidados domésticos e das próprias mudanças estruturais que tem passado a família na sociedade; por temor de arcar sozinha com o peso do cuidado; ou, por questões ideológicas e políticas”.

A partir disso, entende-se por reforma psiquiátrica no Brasil um processo plural, articulado entre si por várias dimensões que são simultâneas e que se intercomunicam, se complementam. Desta forma, com essa “dinâmica e pluralidade é, antes de mais nada, um processo. *Isto é, algo que tem movimento, que não é estático e nem tem um fim ótimo. É um processo em construção permanente, porque mudam os sujeitos, mudam os conceitos, mudam as práticas, muda a história*” (AMARANTE, 1994, p. 81).

¹⁹ Para maior aprofundamento, consultar: **Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991 – 1997)**. Disponível em: <https://portaleses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/souzawasm/pdf/capa.pdf> Acesso em 22/05/2019.

CAPÍTULO II CONTRARREFORMA DO ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: INCENTIVO À (DES)PROTEÇÃO SOCIAL

*Por isso eu pergunto
A você no mundo
Se é mais inteligente
O livro ou a sabedoria
O mundo é uma escola
A vida é o circo
"Amor: palavra que liberta"
Já dizia o profeta
(Gentileza – Marisa Monte)*

A segunda parte deste estudo, caracterizou as configurações do processo de mercantilização das políticas sociais no contexto de acirramento da contrarreforma do Estado brasileiro como pano de fundo de transformações profundas no sistema de produção capitalista com a mundialização dos fluxos de capital (BEHRING, 2013; PEREIRA, 2013; BOSCHETTI, 2016).

Na década de 1980, torna-se evidente no cenário nacional o esgotamento do modelo desenvolvimentista, centrado no tripé Estado, capital nacional e internacional, que levou a implantação do modelo do fordismo tardio em um país de capitalismo dependente e periférico (ALENCAR, 2009; FERNANDES, 1987). No escopo internacional, assiste-se à revolução tecnológica na produção com a reestruturação produtiva atrelada ao ajuste neoliberal de regressão de direitos no campo da política social universal, passando essas a serem pautadas na privatização, focalização/seletividade e descentralização (DRAIBE, 1993; BEHRING; BOCHETTI, 2009).

No contexto de crise e mundialização do capital, o Brasil após a década de 1990, passa a implementar programas de ajuste estrutural para adequar o país à nova ordem social, seguindo as recomendações de *mainstream econômico*²⁰ do *Consenso de Washington* (1989). Neste sentido, se estabelece alterações nas relações entre o centro e a periferia do capital, e apresenta-se como estratégias: “a estabilização monetária ancorada no dólar, a política de privatização (publicização), a reforma do Estado e a desregulamentação do mercado de trabalho”

²⁰ Sinônimo de economia ortodoxa baseado principalmente nas receitas de austeridade fiscal do neoliberalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

(ALENCAR, 2009, p. 65), além de manutenção da taxa de desemprego e redução de impostos sobre altos rendimentos (BEHRING, 2012).

De início, realizou-se uma caracterização dos dispositivos substitutivos que concretizam a luta por “uma sociedade sem manicômios” lema do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil por meio da RAPS: *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*; *Serviços de Residências Terapêuticas (SRT)*; *Programa de Volta para Casa (PVC)*; *Centro de Convivência e Cultura*; *Unidade de Acolhimento (UA)*, e também ressalta duas estratégias importantes neste processo: o *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)* e a promoção e prevenção da saúde mental na *Atenção Primária à Saúde (APS)* por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

E finaliza-se, discutindo-se sobre a contrarreforma do Estado analisando os principais desdobramentos na política social, com destaque para a política de saúde mental. Pode ser denominada como uma reação burguesa à crise do capital com políticas sociais pró-cíclicas como premissa de estabilidade monetária, diminuindo a porção do fundo público nos salários indiretos que precisarão ser buscados via mercado pela classe trabalhadora (BOSCHETTI, 2016), além de reflexões acerca da democracia no Brasil após o golpe político de 2016.

2.1 Rede de Atenção Psicossocial: construção dos serviços substitutivos

A política de saúde mental inaugurada após as conquistas obtidas pelos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica se materializam na Constituição Federal de 1988 com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), em que a atenção à saúde mental é parte integrante deste setor por meio de uma rede organizada de ações e serviços públicos, conforme preconizada nas Leis Orgânicas de Saúde (LOS), as Leis nº 8.080 e 8.142, ambas datadas de 1990.

A política de saúde mental no Brasil tem como principais marcos regulatórios e embasamento jurídico, de acordo com o Ministério da Saúde e de legislações federais atinentes sancionadas até 2012: **Portaria SNAS nº 224**, de 29/01/92, define normas para atendimento ambulatorial em saúde mental, nos NAPS/CAPS e nos hospitais dia; **Lei nº 9.867**, de 10/11/99, dispõe sobre a criação e funcionamento das cooperativas sociais; **Portaria MS/GM nº 106**, de 11/02/00, cria os Serviços de Residências Terapêuticas no âmbito do SUS; Lei 10.216, de

06/04/01, dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial; **Portaria MS/GM nº 373**, de 27/02/02, aprova a Norma Operacional Básica de Assistência à saúde, estabelecendo o processo de regionalização como estratégia hierárquica dos serviços de saúde; **Portaria MS/GM nº 251**, de 31/01/02, estabelece diretrizes e normas para assistência hospitalar em psiquiatria; **Portaria MS/GM nº 2.391**, de 26/12/02, regulamente o controle das internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias; **Portaria MS/GM nº 336**, de 19/02/02, estabelece os tipos, portes, complexidade e abrangência populacional dos CAPS; **Lei 10.708**, de 31/07/03, cria o Programa de Volta para Casa e institui o auxílio reabilitação psicossocial; **Portaria MS/GM nº 2.077**, de 31/10/03, regulamenta a Lei 10.708/03, estabelece o tempo mínimo para obtenção do auxílio reabilitação psicossocial e inclusão no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa de Volta para Casa; **Portaria MS/GM nº 52**, de 20/05/04, institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS, com a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos; **Portaria MS/GM nº 1.935**, de 16/09/04, estabelece recursos para financiamento e transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde com construção dos serviços substitutivos; **Portaria MS/GM nº 1.876**, de 14/08/06, institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio a ser implementado em todas as unidades da federação; **Portaria MS/GM nº 1.190**, de 4/6/09, institui o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no SUS; **Portaria GM/MS nº 3.088**, de 23/12/01, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento e transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; **Portaria MS/GM nº 3.089**, de 23/12/11, dispõe no âmbito da RAPS do financiamento dos CAPS; **Portaria MS/GM nº 3.090**, de 23/12/11, altera parte da Portaria nº 106/00 e dispõe sobre repasse de custeios para as SRT; **Portaria MS/GM nº 121**, de 25/01/12, institui as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas como componente de atenção residencial em caráter transitório na RAPS; **Portaria MS/GM nº 130**, de 26/01/12, redefine os CAPS Ad e os respectivos incentivos financeiros; **Portaria MS/GM nº 132**, de 26/01/12, institui incentivo financeiro de custeio para o componente Reabilitação Psicossocial na RAPS.

Com estes novos aparatos político e institucional influenciado pela visão ampliada de saúde conquistada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, é protocolado no Congresso Nacional o **Projeto de Lei nº 3.657**, de 12 de outubro de 1989, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais (PT/MG), em que se pretendia a extinção progressiva dos manicômios em todo o território nacional e sua substituição por outros

recursos assistenciais, e também regulamentar as possibilidades para a internação compulsória (BRASIL, 1989).

Em um movimento de disputa entre os setores conservadores e progressistas envolvidos, com resistência mobilizada por proprietários de hospitais psiquiátricos, familiares com medo da desassistência e de algumas alas das instituições de ensino, o Projeto de Lei apresentado em 1989 foi substituído por outro, sancionado em 6 de abril, tornando-se a Lei 10.216/2001²¹ (AMARANTE, 2008; VASCONCELOS, 2016).

Esta legislação concretiza um avanço na luta antimanicomial ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. E prevê como objetivo que o usuário de saúde mental em seu parágrafo 4º “seja tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental” e “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Assim, conforme considerações de Amarante (2008, p. 649), esta normativa:

Embora o texto aprovado tivesse excluído a proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos da rede de recursos assistenciais em saúde mental, representou um significativo e uma vitória inquestionável da luta do movimento antimanicomial brasileiro, ao revogar a legislação arcaica em vigor desde 1934, e ao abrir a possibilidade e legitimar a nova política de reforma psiquiátrica. Além disso, nos quase 12 anos de tramitação, acabou por inspirar 12 leis estaduais de reforma psiquiátrica (RS, CE, PE, RN, MG, PR, DF e ES).

Neste sentido, é preciso observar que estas normativas legais estão de acordo com os princípios doutrinários e organizativos estabelecidos pelo SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único (PAIM, 2009). No âmbito da saúde mental, em que o protagonismo dos usuários sempre foi silenciado pela “doença mental”, que se constituía como falta de razão (AMARANTE, 2008), e seus direitos humanos foram sequestrados em nome de premissas políticas e econômicas (ARBEX, 2013).

Dentre os princípios do SUS, apesar de ser fundamental uma transversalidade entre eles, merece destaque na política de saúde mental a dimensão da participação social e do protagonismo, redefinindo o papel da diferença na sociedade, na qual prevalecia um lugar

²¹ A Lei 10.216/01 caracteriza três tipos possíveis de internação psiquiátrica em seu art. 6º: a internação voluntária (aquela que se dá com o consentimento do usuário); a internação involuntária (aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro) e a internação compulsória (aquela que se dá por determinação judicial).

inferior para o louco enquanto indivíduo tutelado, dependente, paciente, para um sujeito político, portador de direitos e de cidadania, que debate o tratamento e a instituição, que participa e interfere no campo político (TORRE; AMARANTE, 2001).

O controle social é primordial no âmbito da saúde mental principalmente porque desconstrói as posições hierárquicas de poder, a verticalidade profissional-paciente e dá voz aos sujeitos coletivos através de espaços de deliberação social, como as Conferências e os Conselhos legitimados pela Lei 8.142/1990. Assim, este princípio do SUS, impulsiona o protagonismo e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental na gestão dos processos de trabalho em saúde pública (TORRE; AMARANTE, 2001; BRASIL, 2005).

As propostas da reforma psiquiátrica e dos resultados obtidos com a luta por uma “sociedade sem manicômios” materializados na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, no art. 3º prevê que “é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família”. Mediante tal prerrogativa, nesta legislação prevalece uma proposta desfamilista, com as intervenções familiares para além da dimensão liberal, individual e subjetiva, reconhecendo que as necessidades decorrentes da sociedade de classes devem ser atendidas pelo poder público pela esfera das políticas sociais (TEIXEIRA, 2015)

Contrapondo-se ao modelo clássico de psiquiatria baseado na teoria organicista ou biológica na qual a doença é o desequilíbrio entre as estruturas e funções anatomopatológicas, pautada na institucionalização dos indivíduos diagnosticados com “doenças mentais” ou “portadores de transtornos mentais” no hospital psiquiátrico, em que a estratégia terapêutica adotada é a retirada do indivíduo do seu contexto familiar e da teia de relações sociais desenvolvidas na comunidade (VASCONCELOS, 1990; AMARANTE, 1995). A abordagem psicossocial se legitima na construção de uma nova perspectiva de “invenção da vida” e “produção da saúde” (ROTELLI, 1990b), sendo fundamental:

modificar as relações de poder entre as pessoas, fazer de tal forma que, numa dinâmica de poder diferente, não sejam destruídos os pacientes nem os familiares e, numa sociedade de capitalismo avançado, é necessário que existam serviços que ajudem as famílias a encontrarem uma dinâmica diferente, não destrutiva, a não incorporar o desvalor da doença, a entenderem que a diversidade não deve se tornar um momento de destruição de algum membro da família. Deve-se trabalhar para melhorar a qualidade de vida das pessoas e não para sequestrar as contradições e geri-las tecnicamente” (ROTELLI, 1994, p, 154).

A família tem que reconstruir sua unidade, aprender a se relacionar com o transtorno mental, com os serviços de saúde mental e com a linguagem dos técnicos, que geralmente não estão preparados para dialogar com a população que não teve acesso à educação formal (ROSA, 2003). Nas intervenções com família²² é importante considerar as possibilidades idealizadas e as possibilidades reais do núcleo familiar, reconhecendo seus processos empíricos de cuidado e conhecimentos que precisam ser valorizados, respeitados e integrados ao saber científico disponível (MELMAN, 2008; ROSA, 2009).

A Portaria MS/GM nº 251/02 prevê na construção do PTS a participação do núcleo familiar, na qual o grupo familiar é reconhecido como provedor de cuidados, e incorporado nas ações dos serviços de saúde mental, requerendo um preparo da equipe multiprofissional para lidar com esta instituição e romper com a lógica psiquiátrica tradicional, em que ela era uma informante, recurso esporádico ou visita (MELMAN, 2008; ROSA, 2009).

Desse modo, cria-se uma rede territorial de atenção à saúde mental de financiamento essencialmente público e com pactuações entre as três esferas de governo para desinstitucionalizar a pessoa com transtorno mental e inseri-la no conjunto de experiências da sociedade (AMARANTE, 2008). Para Santos (2001), o território em saúde não pode ser percebido como uma orientação estática, pois ele é vivo e dinâmico, repleto de uma teia de relações sociais com influências recíprocas entre ambiente, indivíduos e sociedade. Busca-se com esta premissa que o território não seja restrito a instâncias sanitárias, mas que englobe outras instituições que possam acolher a pessoa em sofrimento psicossocial. Assim, posto:

A ideia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. [...]trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005, p. 26)

²² “Na política de saúde mental, o trabalho com famílias não deve limitar-se a capacitá-las para aceitar e cuidar do portador de transtorno mental, ou desmistificar preconceitos em torno da doença e lidar com os sofrimentos, dúvidas e sobrecargas familiares. É necessário um olhar educativo que reforce o protagonismo das famílias na luta por serviços de inclusão social dos portadores de transtornos mentais na vida, [...] desinstitucionalizar não é apenas retirar do hospício e enviar para a família tratar e cuidar: é criar alternativas de serviços extra-hospitalares, não sendo menos Estado, porém mais Estado, sob novas perspectivas de intervenção”. [...] O enfoque na família pode limitar-se à transmissão de conhecimentos, comportamentos e atitudes esperadas para o controle de doenças e cuidados necessários a serem desenvolvidos no ambiente doméstico, restringindo a participação pública e a noção de promoção para capacitação desta instituição para desempenhar funções centradas na prevenção e no cuidado (TEIXEIRA, 2015, p. 231).

É, portanto, fundamental observar que a construção de uma rede de atenção à saúde mental precisa ser um movimento permanente, que englobe outros aparatos da cidade e do território, em busca da afirmação do protagonismo e do fomento à autonomia das pessoas com existência-sofrimento (BRASIL, 2005; AMARANTE, 2008).

Neste sentido, apreende-se que a proposta da reforma psiquiátrica não se limita a construção de dispositivos territoriais, mas de não trazer para eles o paradigma da psiquiátrica clássica, ou seja, desenhar caminhos com interpretações em contramão da “loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 80).

A falta de clareza em se trabalhar como família na saúde mental pode gerar equívocos contrários aos pressupostos de defesa da autonomia e do protagonismo desta instituição, inclusive reforçando perspectivas autoritárias. Neste sentido, a limitação das intervenções em prescrições técnicas leva à fragmentação da parceria de cuidado e à proteção social com base na solidariedade familiar, com a perda da perspectiva de totalidade das relações sociais presentes e da lógica de direitos e de cidadania (MELMAN, 2008; MIOTO, 2009a).

Ainda é uma questão em discussão promover estratégias eficazes na saúde mental de acolher e cuidar de pessoas com transtornos mentais, e não sobrecarregar os seus familiares nesta tarefa, sem ao mesmo tempo retirar a família deste processo ou culpabilizá-la diretamente pelo sofrimento do seu ente, como marca o tratamento nos hospitais psiquiátricos no Brasil (MELMAN, 2008; ROSA, 2009).

Diante disso, a Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, constitui como diretrizes em seu art. 2º: respeito aos direitos humanos, promoção da equidade, *combate a estigmas e preconceitos*, garantia do acesso e da qualidade dos serviços, atenção humanizada, *diversificação das estratégias de cuidado, desenvolvimento de atividades no território*, desenvolvimento da estratégia de redução de danos, *ênfase em serviços de base territorial e comunitária, organização de uma rede de atenção regionalizada*, promoção de educação permanente e

desenvolvimento da lógica de cuidado tendo como eixo central o *Projeto Terapêutico Singular* (PTS)²³.

Com estas legislações, entra em cena a perspectiva de desinstitucionalização, como prática de desconstrução da lógica manicomial, e campo de uma nova práxis na saúde mental, exigindo novas demandas e possibilidades na relação entre sociedade e loucura. Neste sentido, a família é avocada como parceira dos dispositivos territoriais, enquanto sujeito político importante para concretizar este direcionamento da política de saúde mental (ROSA, 2009).

A partir destes parâmetros para implementação da Política de Saúde de Saúde Mental, apresentar-se-á alguns dos dispositivos e serviços que concretizam os serviços substitutivos (Centros de Atenção Psicossocial; Serviços de Residência Terapêutica; Programa de Volta para Casa; Centro de Convivência e Cultura; Unidade de Acolhimento, além de também expor algumas estratégias de relevância para o processo de desinstitucionalização (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde).

a) Centros de Atenção Psicossocial

Os centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm valor estratégico no processo de consolidação de uma proposta efetiva de alternativas ao tratamento realizado anteriormente nos hospitais psiquiátricos. São serviços de atendimento intensivo na comunidade para usuários com transtornos mentais graves e persistentes e que devem acolher a existência-sofrimento dessas pessoas em sua singularidade²⁴ (ROTELLI, 1990a).

Inicialmente, foram regulamentados pela Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, na qual não se faz distinção entre estes serviços e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), caracteriza-os como serviços intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, não os define como porta de entrada preferencial e organizativa da atenção à saúde mental, mas estabelece a obrigatoriedade de uma equipe multidisciplinar.

²³ Para a implementação de uma clínica ampliada em saúde constrói-se o PTS como norteado do cuidado. Ele é um dispositivo de intervenção, e pode ser definido como: “estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está inserido” (BRASIL, 2004, p. 56).

²⁴ Acolhimento e vínculo são princípios proposto pelo Ministério da Saúde (2014) como eixo norteador de atenção e gestão em saúde no SUS, reforçados na Política Nacional e Humanização lançada em 2003. São consideradas tecnologias relacionais ou leves de produção ao cuidado em saúde (MERHY, 2002).

De acordo com Amarante (2008), os CAPS surgiram em período anterior ao SUS, não vislumbravam a articulação de uma rede territorial, nem se propunham a ser um serviço substituto aos hospitais psiquiátricos. Enquanto os NAPS eram serviços criados para funcionar em rede, transversal às demais políticas sociais, e tinham uma proposta de intervenção intersetorial articulada à comunidade, se propondo a serem um serviço substitutivo.

Atualmente após a publicação da Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, a nomenclatura oficial passa a ser somente CAPS. Estes serviços são constituídos para atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em regime de acompanhamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo no âmbito da atenção secundária, funcionando conforme a lógica do território, com modalidades decorrentes do porte, complexidade, capacidade de atendimento, clientela atendida e a abrangência dos municípios, e se dividem nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSAd.

Os CAPS I, tidos como serviços especializados de pequeno porte, foram criados para atender as demandas em saúde mental de municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes. Com funcionamento de segunda a sexta das 8h às 18h, durante dois turnos, e têm capacidade para acompanhamento de 240 pessoas por mês. Possuem equipe mínima de 9 profissionais entre técnicos (nível médio) e especialistas (nível superior), em 2014 existiam 1.069 em funcionamento em todo o território nacional.

Os CAPS II, tidos como serviços especializados de médio porte, com capacidade operacional para atendimento de municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes. Com funcionamento de segunda a sexta das 8h às 18h, podendo comportar um terceiro turno até às 21h. Tem capacidade para atendimento de 360 pessoas por mês, e comportam uma equipe de 12 profissionais de saúde, em 2014 existiam 476 em funcionamento.

Os CAPS III, tidos como serviços especializados de grande porte, localizados nas grandes metrópoles brasileiras, previstos para darem cobertura a municípios com mais de 200 mil habitantes. Funcionam durante toda a semana, 24h por dia, inclusive finais de semana e feriados. Com acolhimento noturno para repouso e observação em enfermarias de no máximo 5 leitos. Devem contar com no mínimo 16 profissionais, além de equipe noturna, e possuem capacidade para atendimento de 450 pessoas por mês. Em 2014 existiam em funcionamento cerca de 85.

Os CAPS i, são serviços especializados nas demandas em saúde mental de crianças e adolescentes, geralmente constituídos para referência de uma população de mais de 200 mil

habitantes. Funcionam 5 dias na semana, das 8h às 18h, atendem cerca de 180 pessoas por mês, e possuem equipe mínima de 11 profissionais de nível médio e nível superior. Até 2014 existiam 201 em funcionamento.

Os CAPS ad, são servidos especializadas nas demandas em saúde de adultos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200 mil habitantes, ou em cidades com critérios de localização geográficas ou cenários epidemiológicos que justifiquem a demanda. Até 2014, existiam 378 em funcionamento, 301 CAPS ad II e 69 CAPS ad III.

Após as garantias legais advindas da Lei 10.216/01, os CAPS devem ser encarados como substitutos aos hospitais psiquiátricos, com o acolhimento e atenção à saúde mental de indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território de origem. Assim, ele é o “núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005, p. 27).

b) Serviços de Residências Terapêuticas

Os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) respondem às demandas pelo direito à moradia de uma população específica, as pessoas com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) que decorrente desta sistemática de exclusão social tiveram rompimentos de vínculos das famílias ou simplesmente não anseiam voltar a viver com seus familiares. Apesar de ser este o público alvo, não é restrito somente a egressos de internações.

Em suma, Amarante (2008) debate que os SRT juntamente com o PVC são dispositivos desmanicomializantes que põem em pauta a autonomia dos usuários em saúde mental e suas relações com seus familiares ou não, na medida em que se desconstrói o mito de que todas as famílias desejam distanciamento dos seus familiares com transtornos mentais.

Muitas famílias aceitaram seus parentes com muita generosidade e alegria. Não é verdade que as famílias sempre os rejeitam – são filhos e filhas, pais e mães, maridos e esposas. O mito da recusa do retorno à casa foi construído pela psiquiatria, com invejável colaboração dos empresários, donos de hospitais psiquiátricos, que lucram com as hospitalizações prolongadas ou permanentes (AMARANTE, 2008, p. 645).

Eles concretizam o direito de convivência comunitária e de apropriação das cidades por meio da Portaria MS/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, no qual entende-se por SRT em seu art. 1º, “moradias ou casas, inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares e, que viabilize sua inserção social” (BRASIL, 2000). Devem acolher no máximo 8 moradores e possibilitar a autonomia para execução das Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AVD/AIVD).

Conforme relatório do MS, no ano de 2014, existiam em todo o país 610 SRT com 3.475 moradores (BRASIL, 2015), o que pode ser visualizado para além da órbita quantitativa, uma vez que no escopo qualitativo, estes serviços reavivaram possibilidades para promoção da vida e construção de uma nova história, na qual o subjetivo é mais importante do que a classificação diagnóstica nos moldes do DSM V ou CID 10, conforme demonstrada na narrativa realizada por Arbex (2013) com os sobrevivente do “Holocausto Brasileiro”.

c) Programa de Volta para Casa

O Programa de Volta para Casa (PVC) foi instituído pelo poder Executivo Federal por meio da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas. Em momento posterior, foi regulamentado pela Portaria MS/GM nº 2.777, de 31 de outubro de 2003, na qual dita como público alvo beneficiário, todos os egressos de hospitais psiquiátricos e HCTP com transtornos mentais, que tenham estado nessas instituições por um período igual ou superior há 2 anos, as quais deverão ser incluídos em cadastro de beneficiários.

Esta proposta de desinstitucionalização surgiu no relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 1992 e foi encaminhada ao Congresso Nacional e sancionada em 2003 pelo ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva. Em que se busca o protagonismo em liberdade, com a reintegração destas pessoas desmanicomializadas na comunidade, em um território, vivendo em sociedade, e de preferência, com suas famílias.

Trata-se de um benefício federal de direito à cidadania sob coordenação direta do Ministério da Saúde, com o pagamento de auxílio pecuniário em conta corrente por meio de

convênio com a Caixa Econômica Federal no valor em 2018 de R\$ 412,00. É, portanto, um instrumento estratégico na proposta de reabilitação psicossocial, mas que ainda enfrenta muitos entraves em sua materialização, uma delas é que a exclusão social e o isolamento tentaram apagar a individualidade destes indivíduos e inúmeros deles não possuem documentação civil para dar entrada no benefício junto ao órgão responsável. Diante disso, concorda-se com Barrigio (2010, p. 39)/ que:

Em conjunto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de longa permanência os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa de Volta para Casa forma o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros (BARRIGIO, 2010, p. 39).

Este benefício de reabilitação psicossocial, é requisitado pelos 701 municípios cadastrados diretamente ao MS, e em 2017 contava em todo o país com 4.499 beneficiários ativos²⁵, devendo ser renovado anualmente. É necessário que o usuário cadastrado para recebimento do PVC esteja de alta hospitalar e seja acompanhado por equipe multidisciplinar em um CAPS. Pode ser recebido em conjunto com o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

d) Centro de Convivência e Cultura

Os Centros de Convivência e Cultura instituídos pela Portaria SAS/MS nº 396, de 07 de julho de 2005, que cria estes dispositivos de sociabilização e reabilitação social no SUS para municípios com mais de 200 mil habitantes em parceria com os CAPS, estabelece que tal componente da rede substitutiva em saúde mental é um “espaço de sociabilidade, produção e intervenção na cidade” (BRASIL, 2005).

A posteriori, a Portaria MS/GM nº 3.088/2011, sustenta que são “ são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade” (BRASIL, 2011).

²⁵ Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa/perguntas-frequentes> Acesso em: 10/05/2019.

Esses são equipamentos inseridos, principalmente, no campo da arte e cultura, não sendo exclusivos da abrangência da saúde, facilitando a construção de espaços de convivência com as diferenças na comunidade. Não são, portanto, “equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem para as pessoas com transtornos mentais e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana e a cultura” (BRASIL, 2005, p.36).

Eles são característicos de unidades da federação que tiveram maior consolidação e respostas efetivas aos preceitos da reforma psiquiátrica, entre eles os municípios de Belo Horizonte, São Paulo e Campinas. Até 2006, existiam aproximadamente 60 centros de convivência e cultura em todo o território nacional, não tendo dados atuais disponibilizados em sistemas públicas, sendo operacionalizados pelo Ministério da Cultura. Não existe uma política clara e contínua de financiamento destes serviços.

e) Unidade de Acolhimento

As Unidades de Acolhimento (UA) são estabelecidas pela Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas como componente de atenção residencial no âmbito da RAPS. Atualmente, existem 34 em todo o território nacional, funcionando 24 horas por dia, com o objetivo de oferecer um local de acompanhamento e proteção temporárias para casos que apresentam alta vulnerabilidade social (BRASIL, 2015).

É uma residência de caráter transitório para usuários de saúde mental acompanhados por um CAPS ad, com tempo previsto de até 6 meses conforme PTS, em que se pretende desenvolver a reinserção social e promoção de autonomia em um espaço de cuidados contínuos em saúde, com transversalidade entre diversas políticas sociais (educação, assistência social, cultura, previdência social, saúde, entre outras).

Podem ser constituídas por convênios entre municípios e entre eles e os estados, por meio de execução direta ou em parceria com entidades do terceiro setor. E funcionam em duas modalidades: Unidades de Acolhimento Adulto (UAA), destinadas a pessoas de ambos os sexos maiores de 18 anos, com disponibilidade de 10 a 15 vagas; e, Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAIJ), destinadas a crianças e adolescentes com idades entre 10 e 18 anos incompletos de ambos os sexos, com disponibilidade de até 10 vagas (BRASIL, 2012).

Elas respondem a uma demanda histórica de desinstitucionalização de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA), que mesmo após às conquistas do Movimento de Reforma Psiquiátrica, foram consideradas por muitos anos uma lacuna na política de saúde no Brasil, sendo tratados preferencialmente como problema de segurança pública, por um viés moralizante e proibicionista (ESPINDOLA, 2010).

Desse modo, aponta-se que as expressões da questão social vivenciadas por estes sujeitos andam em conjunto com a concepção moral que a temática ganhou no imaginário social da sociedade brasileira, ou seja, as situações decorrentes dos agravos à saúde mental demonstram que o processo de reforma psiquiátrica ainda é um grande desafio, sobretudo, com os retrocessos em andamento após os desdobramentos políticos de 2016.

Redução de danos (RD) é uma das diretrizes postas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde os anos 2000 quando o campo álcool e outras drogas é enquadrado no leque de transtornos mentais e deve ser observada pelas UA em suas intervenções psicossocial. Na contemporaneidade, em uma conjuntura de contrarreforma do Estado, este fenômeno tem encontrado lugar de destaque, em que o uso de SPA é visto desconectado das mudanças globais de precarização do trabalho nas sociedades ocidentais, nas quais as drogas servem de alívio imediato ao sofrimento psicossocial e não se considera as situações existenciais da determinação social do processo saúde-doença (ESPINDOLA, 2010).

A perspectiva de redução de danos é a diretriz oficial do Ministério Saúde desde 2005, instituído pela Portaria MS/GM nº 1.028, que determina um conjunto de ações com vistas à redução de danos sociais e a saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causam dependência. Neste sentido, ela é tida enquanto: “um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas que é utilizado internacionalmente e apoiado pelas instituições formuladoras das políticas sobre drogas no Brasil” (BRASIL, 2003).

Assim, no campo de álcool e outras drogas, a abstinência do usuário não deve ser o único objetivo a ser alcançado, mas a necessidade que se lida com a singularidade e autonomia dos sujeitos. Posto que a redução de danos em si, não exclui a abstinência, e com esta possibilidade se aumenta o grau de liberdade do usuário na construção da melhor forma de guiar o seu tratamento (CARNEIRO, 2002; ESPINDOLA, 2010).

Além destes dispositivos supracitados, outros programas são importantes com vista à desinstitucionalização. Entre eles, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

(PNASH) e a promoção e prevenção da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), no âmbito da psiquiatria, tem sido fundamental como estratégia de desinstitucionalização, é um instrumento de gestão que prevê o fechamento de leitos gradual, pactuado e planejado, concomitante, à abertura dos serviços substitutivos e de leitos de emergência em hospitais gerais. Entre os anos de 2003 e 2005 foram reduzidos cerca de 6.227 leitos em hospitais especializados em psiquiatria (BRASIL, 2005).

A Portaria MS/GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, institui este dispositivo ao estabelecer diretrizes, normais e padrões de qualidade na assistência hospitalar, além de reclassificar o porte dos hospitais psiquiátrico, redefinir a porta de entrada para urgências e emergências psiquiátrica no SUS. De acordo com Amarante (2008), atualmente existem no Brasil menos de 50 mil leitos em hospitais psiquiátricos, com destaque para a fiscalização dos Ministérios Públicos Estaduais das internações involuntárias e compulsórias. Quando criado este programa foi muito polêmico, já que setores conservadores pregavam que levaria a desassistência aos usuários e familiares da saúde mental.

No escopo da Atenção Primária à Saúde (APS), a saúde mental é de suma importância para a integralidade das ações em saúde, com a ruptura com o modelo biomédico e flexneriano, no qual se divide o sujeito em caixinhas de especialidade, levando em consideração que os pequenos municípios brasileiros com menos de 20.000 habitantes (cerca de 70% dos municípios brasileiros, onde residem 18% da população do país) não possuem viabilidades de construção de CAPS (BRASIL, 2005).

Nestes municípios, pode-se estabelecer ações de apoio matricial ou matriciamento²⁶ com outros serviços especializados, como forma de “co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2005, p. 34).

²⁶ Em conformidade com Chiaverini (2011, p. 13), apoio matricial ou matriciamento, “é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”. Neste proposta que visa superar a tradicional verticalidade do sistema de saúde por meio da horizontalização dos processos de trabalho, se estrutura duas equipe: a equipe de referência e a equipe de apoio matricial.

Amarante (2008) ratifica que é no território que as ações em saúde são mais complexas, e voltadas para usuários, família e comunidade, e são estratégicos para modificação na dimensão sociocultural que se legitimou em tempos anteriores sobre as pessoas com transtornos mentais.

Neste sentido, a APS, por ser a porta de entrada preferencial dos cuidados em saúde, consegue ter maior descentralização e capilaridade sobre o território. Neste sentido, consegue impactar com alta densidade as situações de saúde no campo da existência-sofrimento e na determinação social do processo saúde-doença, abrangendo “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2014, p. 21).

2.2 A contrarreforma do Estado e suas implicações para a política de saúde mental

A sociedade brasileira tem passado por mudanças estruturais no que tange à sua organização, com alterações sociodemográficas intensas (diminuição da taxa de fecundidade, envelhecimento da população, desemprego estrutural, fluxos migratórios) que atingem as políticas sociais. Neste âmbito de análise, ocorre um aumento de necessidades sociais da população a ser atendidas pelo escopo da cidadania, num processo em que o Estado tem abdicado da proteção social, alegando que ela tem sido a responsável pela crise fiscal no fundo público²⁷ (BEHRING; BOSCHETTI, 2009; PEREIRA, 2013).

A partir de 1980, mudanças estruturais com a mundialização do capital contemplam os retrocessos no bojo do neoliberalismo com o aumento de política sociais compensatórias,

²⁷ “[...] o fundo público está presente no processo de produção e reprodução do capital enquanto: 1. [...] fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desoneração tributária, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital, como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção que viabilizam [...] a reprodução do capital; 2. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio dos salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho responsável diretamente, no capitalismo, pela criação do valor; 3. Por meio das funções diretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para empresas; 4. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas” (SALVADOR, 2010, p. 91).

focalizadas, privatizadas, de alívio a pobreza extrema com a mercantilização dos direitos sociais, desresponsabilização do Estado pelos gastos na área social e participação intensa do setor privada como provedor social, colocando o princípio da subsidiariedade²⁸ em foco, como estratégias de busca de ampliação das taxas de lucros no contexto de crise estrutural do capital²⁹, em que os direitos sociais são tidos como um impeditivo ao crescimento econômico e acusados de serem os causadores da crise fiscal (MIOTO, 2008; TEIXEIRA, 2010).

As políticas sociais, nesta conjuntura, estão sendo atacadas no sistema de proteção social do mundo do trabalho e o fundo público capturado pelo capital. Alves (2016a, p. 2) afirma que “o capitalismo neoliberal hegemônico reduziu direitos sociais, previdenciários e trabalhistas, adotando políticas de austeridade que sacrificam o fundo público para socorrer bancos e desmontar a proteção social”. Assim, tem-se o aumento dos contrassensos inerente ao sistema capitalista de produção, ou seja, as expressões da questão social se complexificam apresentando novas tensões, conflitos e contradições que dinamizam os antagonismos de classe na sociedade brasileira.

Nesta situação, a democracia enquanto uma forma de superação da alienação política no Estado foi colocada em cheque no *impeachment* de agosto de 2016. Para Alves (2016b, p. 33), “ela é sinônimo de soberania popular, ou seja, é a presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilita ao conjunto dos cidadãos a participação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social”.

Em 2016 o país vivenciou um golpe de Estado bancado por articulações políticas, o judiciário brasileiro, a elite (não)nacional e a mídia. Neste cenário, percebeu-se um reordenamento do Brasil para atender aos interesses do capital internacional e da direita oligárquica (neoliberal, reacionária e conservadora) atrelado a degradação dos direitos sociais e a precarização das relações de trabalho.

²⁸ Em algumas legislações, como a CF de 1988, o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990), ocorre prevalência do princípio da subsidiariedade de *Peter Abrahamson*, é um conceito de origem cristã que tem recebido vida nova nos esquemas de proteção social. Assim, o próprio indivíduo que deve se auto-subsidiar, caso ele fracasse a família entra em cena, se esta também falhar quem assume é a comunidade, incluindo as igrejas e organizações civis, sendo que somente em último caso, quando as instituições anteriores não resolverem o problema, é que o Estado deve intervir, ou seja, ele só deve entrar em cena quando as redes primárias e secundárias fracassarem. Desse modo, este princípio opera como se houvesse uma hierarquia em que o Estado só comparece em último caso (PEREIRA, 2013; TEIXEIRA, 2015).

²⁹ A crise estrutural do capital emerge em meados da década de 1970. Mézsáros (2009, p. 32) indica que esta é uma crise “endêmica, cumulativa, crônica e permanente”. Assim, aprofundou a histórica disjunção entre produção para as necessidades sociais e a autorreprodução do capital, ampliando suas características destrutivas e recolocando como imperativo vital para o futuro da humanidade a busca por uma alternativa ao sistema metabólico do capital.

Para que possamos conhecer a natureza essencial do *golpe de Estado* ocorrido no Brasil em 2016 temos que levar em consideração não apenas a processualidade imediata da conjuntura política nacional, com os bastidores do jogo de poder entre PT, PMDB e PSDB e as articulações sinistras entre Congresso Nacional, Supremo Tribunal Federal, Procuradoria Geral da República, Ministério Público Federal e Polícia Federal no seio do aparelho de Estado, ao lado da Operação Lava-Jato e a intensa manipulação da opinião pública pela grande imprensa, com destaque para a TV Globo (ALVES, 2016b, p. 1).

A inconstitucionalidade democrática instaurada a partir do golpe jurídico-parlamentar que destituiu a presidente eleita em 2014, Dilma Rousseff (PT), está inscrito no contexto de crise estrutural do capital. Nesta recomposição da ordem burguesa, assume a chefia do executivo nacional o pemedebista Michel Temer para “promover a reestruturação reacionária e conservadora do capitalismo brasileiro nas novas condições históricas de dominância do império neoliberal face ao aprofundamento de suas contradições estruturais” (ALVES, 2016b, p. 1).

Braz (2017) ao falar sobre este evento informa que ele teve duas funções: acelerar um processo em que a democracia vinha sendo colocada em xeque e/ou manter uma situação em que ela já estava abreviada para atender aos interesses da burguesia brasileira. Ele também concorda com os argumentos de Alves (2016b) e Demier (2017), de que a mídia ocupou um papel estratégico no golpe de 2016, com poderosas armas ideológicas.

Desse modo, segundo o autor, ele serviu para destituir um governo “inconveniente” aos interesses do capital. Demier (2017) afirma que o que caracterizou o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, eleita com 54, 5 milhões de votos, foi o que ele denomina ‘democracia blindada’, o novo tipo de democracia liberal brasileira, que dispõe de mecanismos que permitem eliminar um governo incomodo sem ter que conjuntamente eliminar a si própria.

Ele afirma que as armas ideológicas ganharam fôlego nas sociedades a partir da década de 1980, período que Mézsaros (2008) caracteriza de início da crise estrutural do capital, elas detêm como peculiaridade uma combinação de forma equilibrada de coerção e coesão, com a retirada de direitos sociais com o fomento a políticas sociais focalizadas. E nisso, se retoma o papel social da grande mídia em criar uma ideologia produtora de consenso.

Assim, Demier (2017) demonstra que a democracia liberal representativa é um regime político inerente ao Estado capitalista, e com isso, acontece o enquadramento da sociedade brasileira aos novos padrões de acumulação capitalista, em que se rompe com o pacto de classes da era fordista-keynesiana que sustentou o Estado Social, para adentrar ao nível de

supercapitalização das relações sociais, com retirada de direitos para retomar os altos índices de lucratividade.

A contrarreforma do Estado, de modo voraz, e com o auxílio direto do Congresso Nacional incrementou uma série de mudanças antipopulares na sociedade. A peça principal desta história era a PEC 241 (PEC 55) que congelou os investimentos públicos em saúde, educação, assistência social por 20 anos, aprovada no dia 13/12/2016 em segundo turno no Senado. Além da reforma do Ensino Médio e da previdência social que marcaram o ano de 2017 e terão inúmeras consequências na produção e reprodução das condições de vida da classe trabalhadora.

O projeto neoliberal tem como premissa fundamental não somente a desregulamentação dos direitos, mas também criar uma cultura política apática e desmobilizada. Rancière (2014) crítica o individualismo democrático, pois este dissolve formas de solidariedade que constituem os movimentos sociais. Para ele o ódio à democracia presente nas sociedades atuais é um “operador ideológico que despolitiza as questões da vida pública para transformá-las em fenômenos da sociedade”, portanto “naturais”, e enganadoras das formas de dominação que estruturam a sociedade capitalista.

Neste contexto de grandes transformações e acentuação das expressões da questão social, a família volta à cena a partir de década de 1970 com a crise do Estado Social ocupando elemento central de intervenções para garantia da reprodução social dos seus membros devido as contingências do mercado de trabalho e do incentivo ao neoliberalismo no que concerne à proteção social pública advinda da esfera estatal (SPING-ANDERSEN, 2000; PEREIRA, 2013).

No Brasil, a família nunca saiu do cenário principal compartilhando em conjunto com o Estado responsabilidade que são de competência do poder público. Uma tendência histórica na sociedade brasileira de resolver na esfera privada questões que são de órbita pública, assim, “é na família que os indivíduos tendem a buscar recursos para lidar com as situações adversas” (ALENCAR, 2009, p. 63), reforçando a responsabilidades dos seus membros, principalmente, das mulheres na figura de cuidadoras em momentos de adoecimento biopsicossocial de algum ente, como crianças, idosos, *pessoas com transtorno mental*, pessoas com algum tipo de deficiência, usuários de substâncias psicoativas ou outros agravos decorrentes dos ciclos de vida.

A partir desses fatores, tal como ressalta Miotto (2010, p. 169) emerge a proposta familista que reside na “afirmação que existem dois canais naturais para a satisfação das

necessidades dos indivíduos: a família e o mercado. Somente quando estes falharem é que a interferência pública deve acontecer e, de maneira transitória”. A grande dificuldade de diagnóstico desta tendência nas políticas sociais se dá em razão de seus atuais objetivos e das formas de trabalho social com famílias que preconizam, geralmente, valores de cidadania, de sujeitos de direito e de autonomia, dentro outros que camuflam suas tendências conservadoras (TEIXEIRA, 2015).

A família é apropriada de formas diferenciadas a depender da concepção de saúde mental em questão, no panorama desinstitucionalizante, ela é incorporada para em conjunto pensar relações de cuidado, na lógica institucionalizante esta instituição é apenas um acessório a ser acionado frente as demandas terapêuticas e materiais (MELMAN, 2008). Assim, no modelo de atenção psicossocial, busca-se olhar para ao usuário, sua família e seu projeto de vida (VASCONCELOS, 2016).

Em uma perspectiva de totalidade, as alternativas de intervenção junto às famílias devem ser executadas com o objetivo de superar a dicotomia entre privado e público, hipertrofiando um em detrimento do outro, assim, precisam trabalhar sua dialética, entendendo que o privado não está fechado aos muros domésticos, as dificuldades encontrada nele são decorrentes da estruturação da sociedade e de suas dinâmicas desiguais, com isso, coloca-se a necessidade de fortalecimento do coletivo na luta pela garantia dos direitos sociais (TEIXEIRA, 2015).

Neste sentido, o fundo público, enquanto espaço de disputa de projetos, frente ao capitalismo financeirizado ganha lócus para atender as demandas de reprodução ampliada do capital em detrimento de investimentos sociais em bens e serviços de consumo coletivo que garantem a reprodução da classe trabalhadora. Num espaço em que as políticas sociais absorvem contornos mais focalizado, seletivo e privatizado (DRAIBE, 1993; SALVADOR, 2010).

Para Santos (2018, p. 205) o fundo público é “tudo aquilo que é obtido pelo Estado sob a forma de tributos”. Em 1990, com a contrarreforma do Estado o projeto de acumulação e reposição das taxas de juros é intensificado com a mundialização do capital, na qual se prevalece a supremacia do capital fetiche que atinge todos as clivagens da vida. Em nome da crise fiscal do Estado, se constitui a defesa dos argumentos neoliberais de corte dos gastos sociais que esconde as reais intenções de diminuição dos custos do trabalho para redimensionar em maior escala as demandas do capital (SALVADOR, 2010).

No escopo da política de saúde mental, defendia-se com a reforma psiquiátrica o cuidado em liberdade com fomento à autonomia e ao protagonismo dos usuários. No entanto, assistiu-se em 2015, a nomeação para a Diretoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde de gestores contrários a estes pressupostos, sem a participação social de entidades importantes nesta construção como a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), porém teve apoio político da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), além de entidades ligadas à Comunidades Terapêuticas (CT), retomando a indústria da loucura e a hegemonia do saber/poder médico atrelada ao paradigma psiquiátrico, com forte moralização das expressões da questão social.

Neste sentido, “o orçamento não deixa mentir que a prioridade são os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas. Um pacto heterogêneo e conservador se consolidou, criando um novo bloco de forças no desrespeito à política de saúde mental, criando uma unidade de ação entre a ABP, CFM e as CT” (PINHO, 2019, p. 4). De acordo com este autor, as normativas que surgem no contexto da nova política de saúde mental, são aprovadas sem a participação social de atores estratégicos (trabalhadores, usuários, familiares), trazem a perspectiva de uma contrarreforma dos marcos regulatórios e políticos que construíram a saúde mental nos últimos 30 anos.

CAPÍTULO III

FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL: REFLEXÕES DAS PARTICULARIDADES NA SAÚDE MENTAL

*Em colapso o planeta gira, tanta mentira
Aumenta a ira de quem sofre mudo
A página vira, o são delira, então a gente pira
E no meio disso tudo
'Tamo tipo
Passarinhos soltos a voar dispostos
A achar um ninho
Nem que seja no peito um do outro
(Passarinhos – Emicida e Vanessa da Mata)*

Na última seção deste estudo, procura-se contextualizar a família como fenômeno sócio-histórico, cultural, político e contraditório de relações sociais, considerando a implementação dos serviços substitutivos como decorrente do movimento de reforma psiquiátrica no cenário brasileiro. Assim, defende-se que a família é a base da própria contradição da sociedade, complexa e ambígua, relacionando-se intrinsecamente com o processo de formação da sociabilidade e da subjetividade (SARACENO, 1992; PEREIRA, 2009; MIOTO, 2010).

Diante do exposto, no presente estudo parte-se do entendimento de que a família é uma instituição social em constante dialética em face das mudanças ocorridas na sociedade. A família deve ser considerada não como uma nirvana recuperada pelos conservadores, mas como uma instituição contraditória que, a par de suas características positivas, poderá funcionar como um fator de reprodução de desigualdades, violências e perpetuação de culturas arcaica (PEREIRA, 2009).

Ela engloba agrupamentos sociais distintos entre si e mutáveis historicamente, em termos de estrutura, gestão e organização de seus membros, sendo que a importância fundamental não deve se ater às estruturas destas relações, mas à qualidade produzida na construção de identidades e vínculos relacionais, o qual pode ser contraditório, ou seja, um espaço permeado de estratégias de proteção social³⁰, mas também locus de (re)produção de desigualdades e de fomento ao sofrimento psicossocial (ROSA, 2003; MIOTO, 2009b).

³⁰ Em Silva (2012), a proteção social remete a proteger os indivíduos contra a insegurança da existência, que se estabelece no Estado Social, podendo estar mais atrelada ao direito ou ao seguro dependendo da conformação do capitalismo de cada nação, mas que estará sempre ligada ao trabalho assalariado, fundante da acumulação do sistema de classes. No Brasil, após a CF de 1988 se instituiu uma nova lógica menos dependente da inserção no

De início, discute-se sobre a família como uma teia complexa de relações sociais que sempre esteve presente no campo da política social na sociedade capitalista, compreendida como um “conjunto de ações assumidas pelo poder público como dever de cidadania” (PEREIRA, 2009, p. 27), sendo decisivo o papel dessa no apoio às famílias em uma sociedade de rápidas transformações. Neste sentido, ela se sobressai como “grupo social cujos movimentos de organização, desorganização e reorganização mantém estreita relação com o contexto sociocultural” (CARVALHO, 2000, p. 14).

A saúde mental pautada na lógica da desinstitucionalização é descaracterizada em seu lócus de desconstrução dos paradigmas postos à loucura na sociedade, tendo um retorno da prioridade aos serviços manicomiais, tanto os antigos hospitais psiquiátricos, quanto aos novos aparatos, como as Comunidade Terapêuticas (CT), o CAPS ad VI, o aumento expressivo de leitos especializados em hospitais gerais, atrelado a uma alta captação de recursos do fundo público para estas instituições (SANTOS, 2018; PINHO, 2019).

E por fim, apresenta-se o contexto de acirramento da disputa entre os modelos de saúde mental com fortes medidas de austeridade fiscal posterior a 2014 com a análise das legislações: *Lei 13.840/2019; Portaria MS/GM 3.588/2017; Resolução CIT/MS 32/2017; Portaria SAS/MS 544/2018; Portaria MS/GM 2.434/2018; resolução MJ/CONAD/GM 1/2018; Nota técnica nº 11/2019* - que constituem as bases da nova política de saúde mental, além dos possíveis rebatimentos dessas tendências nas relações familiares e na retomada do paradigma psiquiátrico com forte benefício à “indústria da loucura”.

2.1 Família e Política Social: uma teia complexa de relações sociais

Neste trabalho, caracteriza-se família por meio da abordagem sociológica, como: “conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto, [...] e como uma unidade de indivíduos de sexo, idades e posições divergentes, que vivenciam um constante jogo de poder que se cristaliza na distribuição de direitos e deveres” (BRUSCHINI, 1989, p. 13).

sistema de produção, das relações de trabalho, e mais atrelada à condição de cidadania para o acesso aos direitos sociais.

Ao analisar a construção da família moderna³¹, Ariès (1986, p. 175) afirma que nela é estabelecido um novo sentimento de família a partir do final do século XVIII, voltando-se sobretudo para a transmissão do nome e dos bens e de uma relação de privacidade e de intimidade entre seus membros e a outras esferas da sociedade, no qual a família torna-se um “lugar obrigatório de afetos, sentimentos e amor”. Essa é formada pelo fomento à dicotomia de gênero com papéis públicos (homem) e privados (mulheres) estabelecidos socialmente, instituindo a divisão sexual do trabalho (MELMAN, 2008).

Destarte, a alienação das relações de trabalhos se tornam complexas e contraditórias. Abramo (2007, p. 28) ratifica que “a ideia da mulher como forma de trabalho secundária se estrutura, em primeiro lugar, em torno de uma concepção de família nuclear, na qual o homem é o principal provedor e a mulher, a exclusiva responsável pela esfera privada (cuidar da casa e da família)”. Esses elementos são gestados pela manutenção de um modelo de sociedade patriarcal, em que cabe as mulheres as responsabilidades domésticas e socializadoras (BRUSCHNI, 1989; CAMPOS, 2015).

Para a literatura especializada, família é caracterizada a partir de três indicadores: a moradia, o parentesco e o afeto (LIMA, 2005; MIOTO; NORA, 2005). A moradia, indicador utilizado em pesquisas por amostras de domicílios, em que a família é definida por meio da coabitação na mesma unidade de convivência. O parentesco, indicador bastante utilizado pelos estudos antropológicos e pelo direito de família, define-se pela existência de laços consanguíneos ou biológicos. A relação afetiva é utilizada quando se busca olhar a família extensa ou ampliada, na qual se constrói por meio de vivências e aspectos subjetivos, como amigos e vizinhos, que não necessariamente possuem algum parentesco ou compartilham a mesma residência (MIOTO, 2009a).

Nesta abrangência, a família é o primeiro núcleo de referência dos indivíduos na construção de sociabilidade (SARACENO, 1992; MARTIN, 1995; MIOTO, 2009a). É reconhecida como instância de proteção social nos principais diplomas legais do direito brasileiro, como na Constituição Federal de 1988 e no Código Civil de 2002. Neste primeiro,

³¹ “Caracteriza-se pela livre escolha amorosa do par conjugal, centralidade na infância, no casal, na intimidade, no triângulo edipiano (casal e seus filhos), em que ao homem compete ao espaço público e à mulher a esfera privada, dos cuidados e da casa. [...] cria-se uma hierarquia entre estes dois mundos que particulariza a sociedade moderna, qualificando a atuação masculina como trabalho, porque é realizado na esfera produtiva, coletiva, externa, com remuneração, caracterizando como provedor do núcleo familiar. Enquanto, o trabalho feminino é descaracterizado, transformando-o em um ‘ator de amor’, realizado individualmente no espaço privado, sem visibilidade social e circunscrito à esfera do consumo e da reprodução social” (ROSA, 2003, p. 49).

ela é colocada em pauta no art. 226, no qual se reconhece o pluralismo existente ao englobar as novas formas de família constituídas por meio do matrimônio, da união estável e da convivência entre pais e filhos (família monoparental), (BRASIL, 2017). Além disso, nos art. 227 e 230 refirma o papel da família como instância de proteção social dos seus entes vulneráveis, tais como a criança e o adolescente, a pessoa com deficiência (inclusive mentais) e o idoso:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 2017).

A partir da legislação referenciada, é possível observar a tendência de responsabilização em primeira instância das famílias pelos seus dependentes, independente da problematização se ela consegue arcar com tais obrigações (MIOTO, 2008; TEIXEIRA, 2015). Nesta configuração, Miotto e Dal Prá (2015, p. 150), afirmam que torna-se nítido a abordagem às famílias como instâncias a serem incorporadas nos serviços sociais, mesmo sem colocar em pauta a desigualdade social estrutural da sociedade brasileira, na qual “as famílias não se encontram nas mesmas condições materiais e culturais, e com isso a possibilidade de usufruírem e atenderem as demandas dos serviços também se tornam desiguais”.

Miotto (2009b, p. 53) sustenta que é necessário pensar a família em sua diversidade, tanto em termos de classe social, quanto em termos da diferença entre seus membros e das relações desenvolvidas entre eles. Deste modo, a autora pretende extrapolar o debate funcional sobre família e de papéis familiares que ratificam a figura da mulher cuidadora e do homem provedor. Em que acontece a tendência a soluções residuais aos problemas familiares, na qual “se espera um mesmo padrão de funcionalidade, independente do lugar em que estão localizadas na linha de estratificação social, calcada em postulações culturais tradicionais referentes ao papel paterno, e principalmente, materno”.

A partir disso, Miotto (2009a, p. 10) ratifica que a família está em constante transformação de seus expoentes condicionada a diferentes formas de relações sociais. Assim, “reconhece-se a sua diversidade, descarta-se a ideia de modelos de estrutura e desprende-se do ideal do amor e da harmonia ao tomar o conflito como inerente às suas relações, inclusive

àquelas que estabelece com outras esferas da sociedade”. Saraceno (1992) complementa tal pressupostos, afirmando que a família é ao mesmo tempo um espaço físico, simbólico e relacional mais conhecido e comum, ou seja, um lugar privilegiado na construção social da realidade, a partir da construção social de acontecimentos e relações aparentemente naturalizadas – *nascer, morrer, casar, procriar, envelhecer*.

Entretanto, também é um espaço de imagens contraditórias, em que ao lado da família-refúgio, lugar de intimidade e afetividade, espaço de autenticidade, arquétipo de solidariedade, de privacidade se junta a imagem da família como inautenticidade, opressão, violência, obrigação, egoísmo, geradora de monstros (SARACENO, 1992). De acordo com estas indagações, a família é impulsionada pelas transformações socioculturais, demográficas, econômicas, políticas, tecnológicas e de gênero, composta por uma pluralidade de arranjos que diferem drasticamente do modelo de família patriarcal brasileira apresentada por Gilberto Freyre na obra *Casa Grande e Senzala* em 1933 e idealizada no campo de construção de políticas sociais conservadoras. Desse modo,

[...] vale ressaltar o caráter contraditório da família, como um chamamento para o fato de que o núcleo familiar não é uma ilha de virtudes e de consensos num mar conturbado de permanentes tensões e dimensões. Afinal, a família, como toda e qualquer instituição social, deve ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca. Forte, porque ela é de fato um locus privilegiado de solidariedades, no qual os indivíduos podem encontrar refúgios contra o desamparo e a insegurança da existência. Forte, ainda, porque é nela que se dá, de regra, a reprodução humana, a socialização das crianças e a transmissão dos ensinamentos que perduram pela vida inteira das pessoas. Mas ela também é frágil, pelo fato de não estar livres de despotismos, violências, confinamentos, desencontros e rupturas. Tais rupturas, por sua vez, podem gerar inseguranças, mas também podem abrir portas para a emancipação e bem-estar de indivíduos historicamente oprimidos no seio da família, como mulheres, jovens, idosos” (PEREIRA, 2009, p. 36-37).

Isso sem falar do equívoco da recuperação de antigos encargos domésticos, incluído nos planos governamentais sob o nome de solidariedade familiar, os quais, por recaírem mais pesadamente sobre as mulheres, incompatibilizam-se com o atual status de cidadã autônoma e de trabalhadora conquistado por esse segmento (SARACENO, 1992; MIOTO, 2009b; PEREIRA, 2013; TEIXEIRA, 2015). Em suma, é importante questionar as representações de políticas sociais que reforçam o modelo da divisão sexual do trabalho e da desigualdade de gênero na sociedade, destacando-se que as tarefas familiares que aliviam os serviços, sobretudo os de saúde, são realizadas principalmente por mulheres em um trabalho invisível, não remunerado (MIOTO, 1997; MIOTO; DAL PRÁ, 2015), com tendência de que a família

assuma encargos independente de lações afetivos e condições para cumpri-los (TEIXEIRA, 2010).

Ao discutir sobre família é imprescindível ressaltar que elas estão em dialética com as mudanças na sociedade assumindo inúmeras configurações de arranjos e rearranjos, tais como: *família nuclear, matrimonial ou conjugal* (aquela estabelecida por casamento de relações heterossexual com a presença ou não de filhos biológicos); *família monoparental ou mononuclear* (aquela estabelecida pela convivência de um dos genitores com os filhos devido a diversos fenômenos sociais, como o divórcio, o abandono familiar, o falecimento de um dos pais ou por meio da chamada produção independente propiciada pelas novas tecnologias bioéticas); *Família extensa ou ampliada* (aquela composta por duas ou mais gerações de parentes, e na qual se insere além desses, os laços familiares construídos pelo afeto como vizinhos e amigos; é comum surgir como meio de sobrevivência econômica e relacional dos seus membros); *família adotiva* (aquela estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990), em que os pais ou um único adulto adotam uma criança e adolescente, tendo um filho de um vínculo social não biológico, mas com os mesmos direitos e deveres do filho consanguíneo); *família homoafetiva ou homoparental* (aquela constituída por casais com orientação social diferente da heteronormativa, que estabelecem união com ou sem a presença de filhos); *família reconstituída ou recomposta* (aquela reconstituída após processos de divórcio ou falecimento, em que um dos conjugues assume novas formas de uniões afetivas); *família unipessoal ou uniparental* (aquela família composta por pessoas que vivem sozinhas), (LIMA, 2005; SOARES, 2012).

Os formuladores e executores de políticas sociais não podem continuar utilizando no seu *modus operandi* como referência a tradicional família nuclear burguesa, composta por um casal com seus filhos, em que o homem assumia os encargos de provisão financeira, sendo o principal ator dos espaços públicos, e a mulher, as tarefas do lar e de socialização primária, restrita e principal atora dos espaços privados. Por tanto, é primordial ao analisar a proteção social, considerar que a família está em constante mudança em seus termos de organização, gestão e estrutura (ROSA, 2003).

Assim, defende-se a proposição de Pereira (2009), de que a família não é um bloco monolítico, e que hoje esta instituição é preponderantemente gerida e sustentada pelas mulheres, e com a inserção mássica dessas no mundo do trabalho, não se pode apostar na vocação doméstica feminina, uma vez que, nas condições atuais, elas não possuem as condições

objetivas e subjetivas para o exercício de tais mandatos sociais que devem ser prestados pelo poder público (BRUSCHINI, 1989; ALENCAR, 2009; PEREIRA, 2009; MIOTO, 2009b).

Nesta interdependência, a política social, enquanto espaço de disputa e correlação de forças, configura-se como um fato complexo que se insere nas funções sociais do Estado e na mobilização política da sociedade. Pereira (2013, p. 171) reflete a respeito dela e caracteriza-a como:

[...] política de ação que visa, mediante esforço organizado e pactuado, atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer deliberada decisão coletiva regida por princípios de justiça social que, por sua vez, devem ser amparados por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos.

A partir disso, as políticas sociais materializam o Estado Social que pode estar atrelado a um conjunto de dispositivos mais restritivos e ligados à lógica do trabalho ou à universalidade dos direitos na proteção social dos indivíduos (BOSCHETTI, 2016). Neste conjunto, refletindo sobre os estudos de Esping-Andersen (2000), aponta-se as principais características dos *três regimes de bem-estar social* nos países capitalista ao redor do mundo e sua relação com as famílias:

- *o liberal*, fortemente influenciado pela lógica do mercado, com proteção social residual por meio de benefícios restritos a setores de baixa renda da população e condicionada a comprovação de pobreza, com forte estigma das condições de elegibilidade, prevalência do mercado ante as relações familiares (Estados Unidos, Canadá e Austrália);
- *o conservador/corporativo/ subsidiador*, não é ligado diretamente ao mercado, porém garante direitos sociais com preservação da desigualdade social e manutenção das diferenças de classe, forte presença de relações familistas (Áustria, França, Alemanha, Itália);
- *o social-democrata*, o Estado é principal agente de proteção social, desenvolvendo serviços sociais universais e zelando pelo pleno emprego, com a desmercadorização e desfamiliarização³² da cidadania (Suécia, Escandinávia, Dinamarca).

³² Nas análises de Esping-Andersen (2000), os dois termos são correlatos, na medida que um depende do outro em prol de coesão social, significa uma alta coesão social, com proteção social diretamente prestada pelo Estado com

Pereira (2013) explica a complexidade de analisar as políticas sociais pelo seu panorama dialeticamente contraditório, em que ao mesmo tempo que é funcional à reprodução do capitalismo, é o espaço em que os direitos sociais se concretizam e as necessidades sociais são atendidas pela via da cidadania. Neste aspecto, elas “são direitos socioeconômicos corporificados em um conjunto de medidas e instituições que devem obrigatoriamente estar voltados para a produção de bem-estar social e para a viabilização de serviços sociais” (MIOTO, 2008, p. 137).

2.2 Medidas Regressivas na Política de Saúde Mental: reforçando as diretrizes manicomialis

O compêndio de retrocessos se torna mais agravante em contramão ao projeto de uma “sociedade sem manicômios”, com a Portaria MS/GM 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ao incluir como ponto de atenção à saúde os hospitais psiquiátricos. Tal mudança, reforça o asilamento no cuidado em saúde mental, divergindo da Lei 10.216/01, na qual as internações devem se pautar pela curta permanência, realizadas em meio a crises agudas e como medidas excepcionais, dentro das consonâncias do PTS do usuário, assim, pautando-se pelo cuidado em liberdade, com inclusão social e autonomia, é colocado em xeque como insuficiente. Na qual, revaloriza-se internações de média e longa permanência, com círculo perene de reinternações como política social nesta subárea da saúde. Pinho (2019, p. 8) caracteriza este processo em construção, a saber:

as principais características dessa nova fase, da contrarreforma serão: 1. democracia de baixa intensidade: o método de passar por cima dos conselhos e dos debates públicos, e da imposição, pelo uso da força de maiorias nas casas legislativas e da caneta do executivo serão intensificados; 2. uma guerra de narrativas (info war) será realizada, buscando evidenciar como a RAPS, é incapaz, má gerida, que não dá respostas, e como a “internação”, o “isolamento social”, o “cuidado ambulatorial” são mais eficazes, tanto economicamente, quanto socialmente; e 3. a ampliação e consolidação do bloco social e político (ABP/CFM/Comunidades Terapêuticas) para construir máquinas de guerra, para levar a frente seu “discurso”, “suas narrativas” e suas “verdades”.

Neste sentido, ele denomina de contrarreforma na saúde mental, o caminho em confronto aos marcos da reforma psiquiátrica brasileira, intensificado após a eleição de um governo de extrema direita e de um congresso nacional conservador, em que se coloca em crise

alta cobertura dos riscos sociais, que independe da interferência do mercado ou da família na provisão de bem-estar social, com maior abrandamento dos encargos familiares

os valores defendidos e consolidados na Constituição Federal de 1988 (PINHO, 2019). Esta contrarreforma está estruturada por um rol de demandas neoliberais, com alta desregulamentação do mercado de trabalho e pelo novo regime de ajuste fiscal que cria um estado de (des)proteção social, com base nos mínimos sociais para um parcela de menor renda. No âmbito da saúde mental, essas tendências se mostram presente tendo na Resolução MS/GM 32, de 14 de dezembro de 2017, na qual nasce o cerne da *nova política de saúde mental*.

De acordo com Prudencio e Sena (2018), esta normativa com pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que é composta pelas 3 esferas de governo, além de romper com anterior processo de envolvimento de trabalhadores, usuários e familiar na participação social, descaracteriza a RAPS, na qualidade de rede com interdependência entre as instituições, ações e atores em torno da construção conjunta do cuidado, que é constituída segundo elas por três eixos: ampliação e qualificação da rede de atenção integral; ações intersetoriais para inserção social e reabilitação; ações de redução de danos.

O retorno à lógica hospitalar é ainda reforçado pelo incentivo financeiro, já que a Portaria MS/GM 32/2017, garante o pagamento integral de procedimento e reajuste no valor das diárias para ampliação de leitos em hospitais gerais, estes últimos representando novas formas hospitalares de manicômios. Com isso, o que se torna evidente no contexto de contrarreforma do Estado é o aprofundamento da medicalização da vida, com reforço à patologização das relações sociais e ao tratamento centrado em psicotrópicos (PRUDENCIO; SENNA, 2018; PINHO, 2019).

Neste quadro de agudização do adoecimento psicossocial, Vasconcelos (2019) ressalta três expressões no âmbito da política de saúde mental: *precarização do trabalho* com contratação de profissionais terceirizados e sem trajetória na saúde mental, na qual é imprescindível vinculação, com dificuldade de organização política, incluindo baixos salários, risco de desemprego, privatização, intensificação do adoecimento, diminuição da renda; hipervalorização do *voluntarismo* como ativismo micropolítico que despolitiza as concepções do movimento de luta antimanicomial, estimula o reducionismo de suas aliança e estratégias políticas mais amplas junto a outros movimentos sociais e ao próprio Estado; *judicialização* das decisões de saúde, a exemplo da internação compulsória, polarizada pelos interesses do capital de ampliar seus nichos de mercado³³ (VASCONCELOS, 2019).

³³ No Brasil, a maior parte das internações compulsórias são feitas pela compra de leitos do Estado junto a clínicas particulares credenciadas ao SUS, com pagamento por diária de internação.

Na visão do MS, com a publicação da Nota Técnica CGMAD/DAPES/SAS/MS 11/2019, esta ampliação da RAPS³⁴ visa qualificá-la para atender integralmente as demandas apresentadas em saúde mental, pois com o aumento expressivo da base hospitalar em detrimento dos dispositivos territoriais, o tratamento se tornará mais eficaz (BRASIL, 2019). Assim, a Portaria MS/GM 32/2017, em seu art. 7º cria uma nova modalidade de CAPS ad, o de tipo VI, para cidades com mais de 500 mil habitantes, com funcionamento 24 horas, prestando assistências de urgência e emergência para usuários em cenas de uso de drogas, especialmente “cracolândias”, com a previsão de uma equipe mínima com aumento de profissionais historicamente ligados ao campo ‘bio’, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (BRASIL, 2017).

Esta mesma legislação, em seu art. 9º amplia a oferta de leitos hospitalares para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, estimulando a expansão de leitos em enfermarias especializadas de hospitais gerais e no art. 11 fortalece a parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério de Desenvolvimento Social e Ministério do Trabalho em relação à ampliação da participação das Comunidades Terapêuticas na RAPS.

O campo que trata do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas é o que mais tem sofrido com a contrarreforma em andamento, principalmente pela concepção moral que perpassa sobre esta área no imaginário social, tratada com foco na segurança pública e na criminalidade, na qual somente após os anos 2000 passou a adentrar ao âmbito da saúde pública com a preocupação de ações de saúde na pandemia de HIV/AIDS. Com a reforma psiquiátrica e sob a perspectiva de redução de danos, ela é considerada como fenômeno multideterminado que perpassa várias instâncias da vida (ESPINDOLA, 2010).

Em contraposição a esta percepção, a Lei 13.840, de 05 de junho de 2019, altera a Lei Antidrogas (Lei 11.343/2006), e passa a prever a internação involuntária de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas a pedido de terceiros, como família, responsável legal no caso de pessoas curatelas ou tuteladas ou qualquer servidor público da área

³⁴ Com estas alterações, a RAPS passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (serviços de saúde): CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil) Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas (BRASIL, 2017).

da saúde ou de órgão integrantes do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD) com exceção de agentes de segurança pública, com duração para desintoxicação de até 90 dias.

Neste contexto, as comunidades terapêuticas, regulamentadas pela Resolução CONAD 01/2015, são as principais privilegiadas, na Lei 13.840/2019 elas são consideradas como ambientes de acolhimento com “ofertas de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência” (art. 26, I), e complementa afirmando que o tratamento será realizado por meio de construção de *Plano Individual de Tratamento (PIA)*. Para Prudencio e Senna (2019), estas instituições filantrópicas se autodeterminam como instituidoras de apoio e recuperação para dependentes químicos, e seu surgimento e expansão no Brasil está associado às “insuficiências estatais” para lidar com a questão, mas o que se tem presenciado em inspeções oficiais são práticas de maus-tratos, abuso religioso, exploração do trabalho, violação de direitos humanos e abstinência compulsória, além da falta de diálogo que impera com os CAPS ad, aparatos que estão sendo sucateados propositalmente.

Refletindo sobre isso, é importante ressaltar que o PIA não prevê a inserção das famílias nos tratamentos em saúde mental, foca o problema no uso de SPA do sujeito, descolando o sofrimento psicossocial das mudanças globais da sociedade e do mundo do trabalho. Deste modo, Carneiro (2002, p. 78) ratifica que “o uso de SPA evoca significados mais profundos do que simplesmente um demonismo químico ou um uso como remédio psicoterápico, remete a uma crescente plasticidade da subjetiva humana”. Percebe-se a personificação no indivíduo de questões decorrentes do modo de organização da sociedade (IAMAMOTO, 2009).

De acordo com Espindola (2010) é preciso perceber o usuário por meio de uma perspectiva que busque superar a relação bilateral “indivíduo” e “droga”, entendendo o uso de drogas como um fato complexo e multifatorial, e ao mesmo tempo como uma expressão da questão social. Não se pode deixar de lembrar que a proibição de determinadas substâncias psicoativas é funcional à acumulação do capital e que o Brasil tem enfrentando esta problemática, sobretudo, por um viés proibicionista, ligados à área jurídico-penal, de criminalização do uso, da produção e do tráfico, do que na preocupação com a saúde pública. Assim, as ações governamentais, sob a insígnia moral, pautam-se no controle social sobre determinados grupos encobridos de interesses sociais e econômicos. Desse modo,

A ideia da erradicação do consumo de certas substâncias é uma concepção fascista que pressupõe um papel inquisitorial extirpador para o Estado na administração das drogas, assim como de outras necessidades humanas, Tal noção de um Estado investido de poder de polícia mental e comportamental legislando e punindo sobre os meios botânicos e químicos que os cidadãos utilizam para interferir em seus estados

de humor e de consciência é um pressuposto necessário para a hipertrofia do lucro obtido no tráfico. Em outras palavras, a proibição gera o superlucro. Tais razões levam que as reivindicações da descriminação das drogas se choquem tanto com os interesses dos supertraficantes, assim como com os de um Estado policial (CARNEIRO, 2002, p. 19).

Seguindo estas tendências, a Portaria MS/GM 2.434, de 15 de agosto de 2018, fomenta a indústria da loucura e os estigmas socialmente construídos em torno dela com o retorno à base hospitalar especializada, ratificando o senso comum que “lugar de louco é no hospício”, ao reajustar o valor das diárias hospitalares com incentivo a internações médias e longas em hospitais psiquiátricos. Além deste retrocesso, ela prevê internações sem considerar particularidades de determinados grupo, ao especificar que atende pessoas de todas faixas etárias e sem divisão de gênero, incluído adolescente a partir de 12 anos, com o enquadramento de comportamentos típicos deste grupo populacional como transtorno mental, ou seja, o incremento da medicalização de todas as instâncias da vida.

Na Portaria MS/GM 3.588, de 21 de dezembro de 2017, caracteriza o que será denominado de CAPS ad IV, como local que “atende pessoas com quadros graves e intenso de sofrimento decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas” (art. 1º, VII), ofertando assistência a urgências e emergências, contando com até 30 leitos de internação, destinando-se a atender “adultos e crianças e adolescente, em conjunto ou separadamente” (art.50, § 2º), funcionará junto a cenas abertas de uso de drogas.

Complementar a ela, a Portaria SAS/MS 544, de 07 de maio de 2018, define outras diretrizes para este novo aparato da rede e o registro no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), além do custeio de cada tipo (novo e reestruturado). Em conformidade com as instruções destas normativas a Nota Técnica 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS que esclarece sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, prevê uma ampliação do orçamento do Governo Federal com a destinação de mais de R\$ 320 milhões por ano para a saúde mental, mas com foco de recurso nos serviços de base hospitalar, considerados de alta complexidade, com previsão de aumento do financiamento de 5 para 20 milhões para as CT, nela se defende os preceitos destas instituições religiosas: “*posição contrária à legalização das drogas*”; “*estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça abstinente, livre das drogas*”.

Assim, apenas se ratifica que esta concepção é permeada de tensões na sociedade, na qual se impera a ideia de “cura” – abstinência, como alvo a se manter pelo resto da vida, proporcionando um crescimento de demandas autoritárias e coercitivas. A partir desta ótica, alinhado aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, considera-se que os serviços comunitários de saúde mental devem se contrapor ao paradigma asilar de abstinência, que segrega o sujeito para retirá-lo do “mundo das drogas”, no qual se reafirma elementos de exclusão social (CARNEIRO, 2002; ESPINDOLA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pode constatar, as temáticas aqui em questão e refletidas neste estudo, se constituem em temas complexos, ambíguos e contraditórios. Diante desta proposição, pretendeu-se refletir acerca da família no âmbito da saúde mental, considerando o processo de contrarreforma do Estado em curso com a regressão de direitos sociais sob o enfoque do ideário neoliberal. Assim, percebeu-se que a desconstrução do paradigma psiquiátrico precisa estar abarcada pela (re)construção de uma nova ordem societária, posto que a “doença mental” e a exclusão social dos indesejáveis são funcionais à ordem de produção capitalista (FOUCAULT, 1972; CASTEL, 1978; BASAGLIA, 2005).

Enfim, se pressupõe que se a realidade é uma construção histórica, passível de modificação pelos agentes sociais envolvidos na luta pela emancipação em sua totalidade, garantir o fortalecimento das conquistas da reforma psiquiátrica no Brasil, é no contexto atual de regressão de direitos, uma contra-hegemonia contra a exploração e a opressão no cenário de medidas de austeridade fiscal e do aumento expressivo do adoecimento psicossocial da população (NETTO, 2009; BOSCHETTI, 2016).

Neste sentido, o enfoque neoliberal em voga nas políticas públicas, ratifica que a preocupação central do Estado não são as garantias asseguradas na Constituição Federal de 1988, como os direitos sociais, e principalmente, *o direito à saúde*, estipulado no art. 196: “a saúde é direitos de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2017).

É, entretanto, a legitimação dos interesses do capitalismo transnacional que sangra o orçamento público com o pagamento de juros da dívida interna e introduz políticas sociais pautadas nas premissas da austeridade fiscal, com fomento à perspectiva familista, para que a instituição família absorva os riscos sociais advindo das contradições do capitalismo que geram novas roupagens às expressões da questão social (BEHRING; BOSCHETTI, 2009; MIOTO, 2009a; PEREIRA, 2009).

Em consonância com Pereira (2009), o objetivo da política social não dever ser pressionar para que a família assuma responsabilidades que estão além de sua capacidade de resposta, posto que o Estado é o único que pode garantir proteção social universal que atenda necessidades sociais pela via do direito de cidadania. Isso não significa ignorar a importância

da família na construção do bem-estar, mas entender que ela não pode ser responsável pelos riscos sociais advindo do mal funcionamento de uma sociedade de classe (ESPING-ANDERSEN, 2000; MIOTO, 2009b; CAMPOS, 2015).

Nesta perspectiva, o hospital psiquiátrico ou manicômio, instituição total descrita por Goffman (1971), se constitui como lócus de retomada ao paradigma psiquiátrico da institucionalização. A clínica psiquiatra, baseada na medicina anatomopatológica, centrada no paradigma de produção de conhecimentos com o método das ciências naturais para interpretação dos transtornos mentais, esconde que estes são altamente revestidos de expressões da questão social e de moralização dos seus expoentes.

Reafirmados após a retomada pelo governo federal com expressividade de captação do fundo público para os antigos e novos instrumentos manicomiais, no bojo da crise política e institucional que se instalou na democracia brasileira, fortalecendo o modelo hospitalocêntrico. Essa tendência se torna mais violenta no campo álcool e outras drogas por ser capitaneada por um vóiceis de guerra às drogas, reforçando o cuidado em comunidades terapêuticas, instituições religiosas que trata a dependência química geralmente por meio de práticas religiosas, segregacionistas e de abstinência compulsória (PRUDENCIO; SENNA, 2018).

Apona-se duas tendências no âmbito da saúde mental no acirramento das proposições de contrarreforma do Estado, a primeira é o destaque para o familismo, no cenário em que as famílias assumem as novas configurações de serviços substitutivos que estão sucateados propositalmente para que se ressalte a sua infuncionalidade e ineficiência, como exposto na Nota Técnica nº 11/2019, ao mesmo tempo que se repassa ao mercado recursos públicos para conter as expressões da questão social, com ampliação e valorização dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, e da compra de materiais que historicamente foram utilizados na violação de direitos humanos, como máquinas de Eletroconvulsoterapia (BRASIL, 2019).

Apresenta-se, neste contexto, um panorama de contrarreforma psiquiátrica (PINHO, 2019), em que o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil é resumido à desospitalização e à desassistência, comparando-se dispositivos territoriais que defendem uma visão de “invenção da vida” e “produção da saúde” (ROTELLI, 1990b), como os Centros de Atenção Psicossocial aos ambulatórios especializados focados na sintomatologia da “doença mental”, e os SRT reduzidos a simples casas de moradia, desconsiderando toda a visão política que se empreendeu nestes estabelecimentos.

Atrelado a isso, há a moralização e intensificação das expressões da questão social, com retorno à sua perspectiva de “problemas sociais” (IAMAMOTO, 2009), como posta na nova política de saúde mental (*Resolução CIT/MS 32/2017; Portaria MS/GM 3.588/2018; Portaria SAS/MS 544/2018; Portaria MS/GM 2.434/2018; Resolução MJ/CONAD/GM 1/2018; Lei 13.840/2019*), com retorno à hegemonia do saber/poder médico psiquiátrico. Colocando em cena a indústria do sofrimento psíquico como nicho de mercado, com enfoque à lógica da institucionalização, e sem dúvida, de violação da dignidade humana justificada em nome da loucura, da desrazação, do alienismo (AMARANTE, 1996).

A nova política de saúde mental inaugura novas práticas antidemocráticas em saúde, retirando desta política social a visão política que a permeia, com documentos aprovados sem a participação da sociedade, demonstrando três movimentos centrais: mudanças de prioridade no orçamento; ataque à capacidade de execução e implementação da RAPS desenhada sob o paradigma da desinstitucionalização; retorno dos dispositivos manicomiais e da lógica da internação como opção principal de atenção à saúde mental (PINHO, 2019).

Nestes bastidores, existe um conjunto de relações familiares que precisam atender às transformações do panorama de restrição de políticas sociais universais, em que seu ente agora volta a ocupar os espaços hospitalares, mas que a família precisa dar retaguarda nos recursos financeiros para atender ao tratamento, e também nos recursos relacionais após alta hospitalar, ou seja, até a proposição familista ganha novas ancoragens na sociedade contemporânea que precisam ser analisadas a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, Laís. Inserção das Mulheres no Mercado de Trabalho na América Latina: uma força de trabalho secundária? In: HIRATA, Helena; SEGNINI, Liliana (Org.). **Organização, Trabalho e Gênero**. São Paulo: SENAC, 2007, p. 21-41.
- ALENCAR, Mônica Maria Torres. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. Mione Apolinario Sales et al (org.). 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- ALVES, Giovanni. **O golpe de 2016 no contexto da crise do capitalismo neoliberal**. Campinas, 16/08/2016a. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2016/08/16/o-grande-assalto-ao-fundo-publico-no-brasil/> Acesso em: 10/04/2019.
- _____. **A PEC 241, a contrarreforma neoliberal e a Tragédia de Prometeu**. Campinas, 19/10/2016b. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2016/10/19/a-pec-241-a-contra-reforma-neoliberal-e-a-tragedia-de-prometeu/> Acesso em: 10/04/2019.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, Alienados e Alienistas: uma pequena História da Psiquiatria no Brasil. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- _____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 196p.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 143p.
- _____. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 635-655.
- ARBEX, Daniela. **O Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2013.
- ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. 279p.
- ASSIS, Machado de. **O Alienista**. São Paulo: FTD, 1994 (Grandes leituras).
- BAHIA, Lígia. O SUS e os desafios da universalização dos direitos à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: **Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 407-450.
- BARRÍGIO, Carla Rabelo. **Saúde Mental na Atenção Básica: o papel dos agentes comunitários de saúde no município de Muriáe – MG**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2010. 95p.
- BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BASAGLIA, Franco et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica.** Paulo Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2).

_____. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e Trabalho no Capitalismo.** São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,** dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 10/04/2019.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990,** dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm Acesso em: 10/04/2019.

_____. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001,** dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em: 10/04/2019.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm Acesso em: 12/06/2019.

_____. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003,** institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes egressos de internações psiquiátricas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm Acesso em: 12/05/2019.

_____. **Lei nº 11.794, de 08 de outubro de 2008,** regulamenta o inciso VII do §1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; revoga a Lei nº 6.638, de 08 de maio de 1979, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11794.htm Acesso em: 05/02/2019.

_____. **Lei nº 11.840, de 05 de junho de 2019,** altera o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm Acesso em: 12/07/2019.

_____. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903,** reorganiza a assistência aos alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html> Acesso em: 05/03/2019.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de outubro de 1989,** dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/?wicket:interface=:1:2:::> Acesso em: 12/01/2019.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**, dispõe sobre referenciais bioéticos nas investigações com seres humanos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 05/02/2019.

_____. _____. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html Acesso em: 05/02/2019.

_____. Ministério da Justiça. **Resolução MJ/GM nº 1, de 09 de março de 2018**. define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis/27624178/RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx Acesso em: 12/06/2019.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

_____. _____. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**, reorganiza os serviços de saúde no território nacional. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf Acesso em: 23/05/2019.

_____. _____. **Portaria MS/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**, cria os Serviços de Residências Terapêuticas em Saúde Mental. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf> Acesso em: 22/05/2019.

_____. _____. **Portaria MS/GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002**, estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar na psiquiatria. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf> Acesso em: 27/05/2019.

_____. _____. **Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**, estabelece as modalidades, complexidade/porte e população dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acesso em: 18/05/2019.

_____. _____. **Portaria MS/GM nº 2.777, de 31 de outubro de 2003**, regulamenta o auxílio reabilitação psicossocial do Programa de Volta para Casa. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077_31_10_2003.html Acesso em: 18/05/2019.

_____. _____. **Portaria MS/GM nº 1.028, de 01 de julho de 2005**, determina as ações que visam a redução de danos e à saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html Acesso em: 10/05/2019.

_____. _____. **Portaria SAS/MS nº 396, de 07 de julho de 2005**, aprova as diretrizes gerais para os centros de convivência e cultura na saúde mental. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/76461-aprova-diretrizes-gerais-para-o->

[programa-de-centros-de-convivencia-e-cultura-na-rede-de-atenuuo-em-saude-mental-do-sus.html](#) Acesso em: 12/05/2019.

_____. _____. **Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**, institui a Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 22/05/2019.

_____. _____. **Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012**, institui a Unidade de Acolhimento na RAPS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html Acesso em: 25/05/2019.

_____. _____. **Portaria MS/GM nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**, altera a Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 10/06/2019.

_____. _____. **Portaria SAS/MS nº 544, de 07 de maio de 2018**, define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV). Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/junho2018/dia20/portaria544.pdf> Acesso em: 10/06/2019.

_____. _____. **Portaria MS/GM nº 2.434, de 15 de agosto de 2018**, reajusta o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html Acesso em: 10/06/2019.

_____. _____. **Nota Técnica nº 11/2019**, esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 15/07/2019.

_____. _____. Secretária Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: 2003. 60 p.

_____. _____. _____. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: 2007. 85p

_____. _____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental**, nº 34. Brasília-DF, 2013. 176p.

_____. _____. _____. **Saúde Mental em Dados**. 12ª Ed. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf Acesso em: 07/04/2019.

BRAVO, Maria Inês de Sousa. Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: **capacitação para conselheiros de saúde – texto de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

BRAZ, Marcelo. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. In: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 128, p. 85-103, jan./abr. 2017.

- BRUSCHINI, Cristina. Uma abordagem sociológica de família. **Rev. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v.6, n. 1, p. 1-23, jan./jun. 1989.
- CAMPOS, Marta Silva. O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz? In: **Familismo, Direitos e Cidadania: contradições da política social**. Míoto e al (org.). São Paulo: Cortez, 2015.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CARNEIRO, HENRIQUE. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. In: **Rev. Outubro**, IES, v. 6. São Paulo, 2002. p.115-128.
- CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na saúde, na Doença e na Intervenção. In GIOVANELLA, Lígia (org.) et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brand de (org.). O lugar da Família na Política Social. **A Família Contemporânea em Debate**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2000, p. 13-21.
- CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. São Paulo: Xamã, 1996.
- CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236p.
- CORDEIRO, Alexander Magno et al. Revisão Sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col, Bras. Cir**, v. 34, p. 428-431, 2007.
- DEMIER, Felipe. **Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Mauad x, 2017.
- DRAIBE, Sônia. As políticas sociais e o neoliberalismo. **REV. USP**, nº 17, São Paulo, EDUSP, 1993.
- ESPINDOLA, Luciana Ferreira Gomes. **Redução de Danos: uma análise da prática profissional dos assistentes sociais nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco: Recife, 2010. 134 p.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. **Fundamentos Sociales de las Economías Postindustriales**. Barcelona: Ariel, 2000.
- FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1971.
- GONDIM, Linda; LIMA, Jacob Carlos. **A pesquisa como artesanato intelectual: considerações sobre o método e bom senso**. São Paulo: EDUFSCAR, 2010.
- GUIMARÃES, Andréa Noremborg et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960-2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. In: **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013, v. 22, n. 2, p. 361-369.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma Psiquiátrica à brasileira:** análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2007. 207p.

IAMAMOTO, Marilda V. A questão social no capitalismo: In: **Temporalis**. V. 3, ano 3, Rio de Janeiro: ABEPSS, 2001.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 16º Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

LANCETTI, Antonio. Loucura Metódica. In: **Saúde e Loucura**, nº 2, São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 139-147.

LIMA, Eliete Maria de. **A proteção social no âmbito da família:** um estudo sobre as famílias do bairro Monte Cristo em Florianópolis. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2005.158p.

LUDENIR, Ana Bernarda. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. In: **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, nº 18, v. 3, p. 451-467, 2008.

LUZ, Mandel Therezinha. A História de uma Marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultura, 1982.

MARTIN, Claude. Os limites da proteção social das famílias: introdução a uma discussão sobre as novas solidariedades na relação Família-Estado. In: **Rev. Crítica de Ciências Sociais**. Paris, maio 1995, nº 42.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (Org.). **Pesquisa qualitativa:** um instigante desafio. São Paulo: Veras editora, 1999.

MELMAN, Jones. **Família e doença mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3ª Ed. São Paulo: Escrituras, 2008. 157p.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MÉZSAROS, István. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009. 133p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. In: **Ser. Soc. Soc.**, nº 55, São Paulo, 1997 (mínimos sociais e exclusão social), p. 114-130.

_____. Família e políticas sociais. In: **Política social no capitalismo:** tendências contemporâneas. Ivanete Boschetti et al (org.). São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Estudos Socioeconômicos. **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a.

_____. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: **Política Social, Família e Juventude:** uma questão de direitos. Mione Apolinario Sales et al (org.). 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009b.

_____. Família, Trabalho com Famílias e Serviço Social. In: **Serv. Soc. Rev.** Londrina (PR). v. 12, nº 2, p. 163-176, jan./jun. 2010.

_____. NORA, N. I. Sistematização do conceito de família: indicadores para a ação profissional. In: **ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL**. Anais X ENPESS, Recife, ABEPSS, 2006.

_____. DAL PRÁ, Keli Regina. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: **Familismo, Direitos e Cidadania: contradições da política social**. Miotto e al (org.). São Paulo: Cortez, 2015.

NETTO, José Paulo. (org). **Georg Lucaks: sociologia**. São Paulo: Ática, 1981.

_____. Cinco notas a propósito da questão social. In: **Temporalis**. V. 3, ano 3, Rio de Janeiro: ABEPSS, 2001.

_____. Introdução ao Método na Teoria Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *World Health Statistics: monitoring health for the sustainable development goals*. Genebra/Suíça: OMS, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf> Acesso em: 10/03/2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** 1ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148p.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Morel e a Questão da Degenerescência. In: **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 490-496, setembro 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Perspectivas teóricas sobre a questão social no Serviço Social. In: **Temporalis**. V. 3, ano 3, Rio de Janeiro: ABEPSS, 2001.

_____. Mudanças Estruturais, política social e o papel da família: críticas ao pluralismo de bem-estar. In: **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. Mione Apolinario Sales, Maurílio Castro de Matos, Maria Cristiana Leal (org.). 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Política Social: temas e questões**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

PINHO, Leonardo. **Saúde Mental: Retrocessos ou Contra-reforma?** ABRASME, 2019 (Nota Técnica) Disponível em: [file:///C:/Downloads/Sa%C3%BAde%20Mental%20Retrocessos%20ou%20Contra%20Reforma%20\(1\).pdf](file:///C:/Downloads/Sa%C3%BAde%20Mental%20Retrocessos%20ou%20Contra%20Reforma%20(1).pdf) Acesso em: 12/07/2019.

PRADO JUNIOR, Caio. Teoria Marxista do Conhecimento e Método Dialético Materialista. In: **Discurso** - Revista do Departamento de Filosofia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, (4) 41-78, 1973.

PRUDENCIO, Juliana Desiderio Lobo; SENNA, Mônica de Castro Maia. Retrocessos na atenção de usuários de álcool e outras drogas. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 3, set./dez., 2018.

RANCIÈRE, Jacques. **O ódio à Democracia**. São Paulo: Boitempo, 2014.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org). **Cidadania e Loucura: Política de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. In: **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2015, 49 (1), pp. 139-145.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica. In: Eduardo Vasconcelos (Org). **Abordagens Psicossociais – Vol. III - Perspectivas para o Serviço Social**. São Paulo: Hucitec, 2009.

ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990a, p. 89-99.

_____ et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990b, p. 17-59.

_____. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Milton. SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, Viviane Medeiros dos. A captura do fundo público na política de saúde: o fortalecimento do setor privado. In: **Argum.**, Vitória, v. 10, p. 203-216, set./dez., 2018.

SARACENO, Chiara. **Sociologia da Família**. Lisboa: Estampa, 1992, 252p.

SARTI, Cythia Andersen. **A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Cortez, 2005.

SEIXAS, André Augusto Anderson et al. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Rev. Psiquiatria RS**. 2009, v. 31(1).

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Previdência Social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização**. São Paulo: Cortez, 2012.

SOARES, Ricardo Pereira. **Homoparentalidade e Assistência Social: desafios à política nacional de assistência social e o sistema único de assistência social (PNAS/SUAS)**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. Brasília, 2012. 119p.

TEIXEIRA, Solange Maria. A Família na Trajetória do Sistema de Proteção Social Brasileiro: do enfoque difuso à centralidade na política de assistência social. In: **Emancipação**. Ponta Grossa (PR). n° 10, v. 2, p. 535-549, 2010.

_____. Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In: In: **Familismo, Direitos e Cidadania: contradições da política social**. Mioto e al (org.). São Paulo: Cortez, 2015.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciên. e Saúd. Coletiv.**, n° 6, v. 1, p. 73-85, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Avaliação dos avanços recentes em legislações psiquiátricas no plano internacional: uma construção ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil. In: **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, nº 39, 1990, p. 235-288.

_____. **Reforma psiquiátrica, tempos sóbrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: papel social, 2016. 228p.