

# TRAJETÓRIAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: ENTRE O COMPROMISSO COM A GARANTIA DE DIREITOS E A AGENDA NEOLIBERAL

*Paths For The Brazilian Psychiatric Reform: Between The Commitment To Ensure  
Rights And The Neoliberal Agenda*

Elisa Zaneratto Rosa<sup>1</sup>

---

Artigo encaminhado: 21/04/2021

Artigo aceito para publicação: 19/11/2021

**RESUMO:** Este texto analisa, sob a forma de uma revisão bibliográfica, a trajetória da política de Reforma Psiquiátrica no Brasil, com ênfase nos seus avanços e retrocessos. Tal análise enfoca as contradições resultantes de sua condição de política de acesso a direitos no âmbito de um sistema universal de saúde, cuja construção coincide com o avanço do neoliberalismo. Tomando o ano de 2015 como marco no qual se instaura outra direção para a política de saúde mental, procura-se demonstrar como os obstáculos que acompanharam o processo de Reforma refletem imposições de uma agenda neoliberal, tensionada, até esse momento, pelo compromisso com as políticas sociais. A análise incide em relação a quatro dimensões: o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a construção de uma rede substitutiva de saúde mental; a relação público-privado e seus impactos no financiamento do SUS; os efeitos da desigualdade social e a fragilidade de políticas intersetoriais; a importância dos movimentos sociais e da participação popular para o avanço da Reforma Psiquiátrica. A revisão realizada permite o reconhecimento dos retrocessos impostos no período seguinte como acirramento da política neoliberal em curso, evidenciando que a Reforma Psiquiátrica sempre esteve em disputa e explicitando que, no momento atual, a instauração de uma política contrária às diretrizes consolidadas no período democrático reflete esse acirramento. Com isso, dimensiona o horizonte de luta do movimento antimanicomial, apontando para um processo mais amplo de transformação social.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Neoliberalismo. Direitos. Luta antimanicomial.

**ABSTRACT:** This article analyzes, by a literature review, the political path of the Psychiatric Reform in Brazil, with an emphasis on its advancements and drawbacks. The analysis focuses on contradictions ensued from its condition as a policy to secure the rights of an universal health system, whose development

---

<sup>1</sup> Doutora e Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora do curso de Psicologia e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Email: elisazrosa@pucsp.br

coincides with the advancement of neoliberalism. Considering 2015 as the year that marks a new perspective towards mental health policies, we intent to demonstrate how the obstacles for the Reform reflect demands of a neoliberal agenda, pressured - until present times - by the commitment to social policies. The analysis encompasses four dimensions: the closure of psychiatric asylums and the construction of an alternate mental health system, the relationship between the private-public domains and its impact on the financing of the Unified Public Health System, the effect of social inequality and the frailty of intersectional policies, and the importance of popular participation for the advancement of the psychiatric reform. This literature review acknowledges the drawbacks imposed by the following era, such as the increased neoliberal policy, highlighting that the Psychiatric Reform has always been disputed, and, at present times, the increase of policies that contradict the consolidated guidelines from a democratic period reflects the heightening of this dispute. As a consequence, it adds perspective to the anti-asylum movement, gearing towards a broader social transformation process.

**Keywords:** Psychiatric Reform. Neoliberalism. Rights. Anti-asylum movement.

## 1 INTRODUÇÃO

A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil compõe a história da democratização da sociedade desde o final do século XX, momento em que se reivindica e instaura uma agenda de compromissos com a defesa de direitos pelo Estado brasileiro. Os movimentos que denunciam as violações de direitos e a perversão das formas de assistência no campo da saúde mental às reconhecem como continuidade de um projeto de extermínio, que opera no seio de uma sociedade desigual, à serviço da perpetuação da dominação colonizadora.

O Movimento da Luta Antimanicomial, fundado em 1987, origina-se do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), diretamente imbrincado com o Movimento pela Reforma Sanitária. Forjados nas jornadas antiditatoriais dos fins dos anos de 1970, alicerçam-se nas lutas pela igualdade e pela democracia, buscando efetivar uma política de saúde mental. Tal política situa-se no âmbito de um Sistema Universal de Saúde (SUS), que veio a ser implementado alguns anos depois, em um país fortemente marcado pela desigualdade social e em um cenário internacional, no qual “[...] o modelo universalista de Estado social europeu já era colocado em crise pelo novo modelo neoliberal do Estado mínimo” (SPOSATI, 2008, p. 59).

Os movimentos constituídos no período não representavam apenas resposta ao Estado totalitário instituído nos países latino-americanos por meio

dos regimes militares que operavam a serviço da dominação imperialista diante da ameaça imposta pelo bloco socialista no cenário mundial. Entre 1960 e 1970 houve no Brasil uma importante expansão de renda *per capita*, concomitante a um aumento sem precedentes na concentração de renda (POCHMANN, 2010). O crescimento econômico do período representou o agravamento da desigualdade social, de modo que o Brasil chega à década de 1990 com um dos piores índices de distribuição de renda (BONELLI e RAMOS, 1993). Nesse cenário, a Carta Constitucional promulgada em 1988 representava uma conquista democrática em seu sentido mais profundo (MIGUEL, 2012), marcando o reconhecimento de direitos sociais e representando um passo essencial para o enfrentamento da desigualdade social por meio de políticas públicas.

Nossa Nova Constituição, contudo, encontrara para a sua implementação o mesmo inimigo que provocou as lutas das quais derivou-se sua emergência. A partir de 1990, o Brasil adere tardiamente ao neoliberalismo, que representava, mundialmente, uma resposta de recuperação do capital diante da queda da taxa de lucro. O momento representa o fim de um (curto) período absolutamente excepcional do ponto de vista de desenvolvimento do capitalismo (NETTO, 2007), reconhecido pelo Estado de Bem-Estar Social, então em queda nos países europeus.

Pensamos que o fundamento da crise estrutural do capitalismo reside num contexto mais amplo de existência de duas principais tendências, articuladas entre si, especialmente a partir do final dos anos 1960: a tendência de declínio da taxa de lucro nas economias capitalistas, com destaque para a norte-americana, em todo pós-guerra; e, como resposta a essa tendência, o sistema capitalista entra no caminho da financeirização, em que o capital portador de juros (capital financeiro), especificamente o capital fictício, ocupou liderança na dinâmica do capitalismo nesse período, sendo central nas relações econômicas e sociais do mundo, principalmente depois de 1980 (MENDES, 2015, p. 70).

Diante da queda da taxa de lucro, o Estado precariza condições de trabalho e reduz gastos públicos com políticas sociais, a fim de favorecer via fundos públicos os setores econômicos, o que é a marca essencial do

neoliberalismo (ROSA, 2016). Inscreve-se desde então no Brasil uma contradição entre a formalização legal de direitos sociais – resultantes das lutas pela democratização do Estado brasileiro – e o cenário político econômico internacional. Nesse cenário, como parte dos países chamados emergentes e devedores internacionais, impõe-se ao país a implementação de pactos, formulações e medidas ditadas por organizações financeiras como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial em busca da estabilidade econômica, o que tem a sua maior expressão na assinatura do Consenso de Washington, publicado em 1990.

Desde 1980 até o período atual, isto é, nos tempos de vigência do neoliberalismo, não foi possível identificar a retirada do Estado da economia, mas ao contrário, assistiu-se a uma particular forma de “presença” do Estado na economia. Particularmente, nessa presente crise do capitalismo, estamos assistindo a adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais, inclusive da política de saúde, no mundo e no Brasil. Além disso, verifica-se ainda, a permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital (MENDES, 2015, p. 68).

Tal cenário impõe especiais desafios à implementação das políticas sociais preconizadas pela Constituição de 1988, dentre elas, o SUS e a Reforma Psiquiátrica, na medida em que se instala um antagonismo entre os princípios formais afirmados pela Constituição de 1988 e o contexto político e econômico do Brasil desde sua adesão tardia à doutrina neoliberal, em 1990 (PEGORARO, 2015). Este texto reivindica a necessidade de análise das questões enfrentadas para a efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira ao longo de sua trajetória a partir do impulso neoliberal que coincide com o momento de sua implementação.

O neoliberalismo, instaurado concomitantemente ao SUS, se estende e recrudescer conforme avança a crise estrutural do capitalismo, com tendência persistente da queda da taxa de lucro e da dominância do capital financeiro (MENDES, 2015). No Brasil, essa continuidade histórica assume sua face mais perversa nos governos federais que sucederam o golpe de 2016, mais enfaticamente, nas políticas adotadas a partir de 2019, com o início da gestão Jair Bolsonaro.

Essa revisão bibliográfica analisa, sob diversas dimensões, os impactos dessa conjuntura política e econômica no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Tais dimensões estão organizadas em quatro grandes eixos analíticos: o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a construção de uma rede substitutiva de saúde mental; a relação público-privado e seus impactos no financiamento do SUS; os efeitos da desigualdade social sob as condições de vida da população e a fragilidade das políticas intersetoriais; e a importância dos movimentos sociais e da participação popular para o avanço da Reforma Psiquiátrica. A análise evidencia importantes e significativos avanços, que representam uma conquista impressionante considerado o cenário acima exposto. Ao mesmo tempo, reconhece nas suas incompletudes as imposições e obstáculos configurados pelo avanço do neoliberalismo. Tal leitura estabelece como corte o ano de 2015, quando na política de saúde mental se evidencia, na nomeação de um novo Coordenador Nacional de Saúde Mental alinhado historicamente com uma perspectiva contrária à Reforma, o início do processo que culmina com o Impeachment da presidenta Dilma Rousseff, em 2016, o qual caracterizou-se como um golpe parlamentar-jurídico-midiático pela combinação de movimentos que orquestraram sua efetivação. Entende-se que o período que se sucede ao golpe nos desloca da condição democrática em que se inscreve a Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, a título de considerações finais, situa a profunda crise enfrentada desde então em relação à política adotada pelo Estado brasileiro, o que representa hoje questão absolutamente complexa imposta aos movimentos que construíam uma caminhada orientada pela utopia de uma sociedade sem manicômios.

## **2 FECHAMENTO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E CONSTRUÇÃO DA REDE SUBSTITUTIVA DE SAÚDE MENTAL**

A I Conferência Nacional de Saúde Mental denunciava existirem no Brasil, em 1983, cerca de 85.000 leitos psiquiátricos, sendo 75% deles pertencentes aos setores privados, resultado da perversa política de financiamento público dessas instituições nos anos de ditadura militar. Cerca de 95% dos recursos eram destinados à assistência hospitalar e em torno de 5% à assistência ambulatorial (BRASIL, 1988; MACHADO, 2005). Em sua história, os hospitais psiquiátricos representavam arena de morte, maus tratos e violência sob a

chancela do Estado (ARBEX, 2013; SILVA, 2001), o que rendeu ao Brasil condenação pela Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA). A denúncia da violação de Direitos Humanos foi um motor essencial para colocar em pauta a extinção dessas instituições.

Desde as primeiras experiências brasileiras que marcaram a possibilidade concreta de redesenhar os modelos assistenciais em saúde mental no Brasil - dentre as quais destacam-se a criação, em São Paulo, do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1987 (BARIÇÃO, 2001, GOLDBERG, 1998) e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos-SP, que levou ao fechamento deste hospital e possibilitou uma experiência de sua completa substituição por serviços e ações territoriais em saúde mental naquele município (NICÁCIO, 1994; LANCETTI, 1989) – proliferaram-se intervenções assistenciais, políticas e institucionais comprometidas com a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede substitutiva e comunitária em saúde mental. O impacto dessas experiências e a efervescência do movimento social resultaram, no ano de 1989, na apresentação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que, após um processo intenso de mobilização, foi aprovado na forma da Lei N. 10216/01, mais conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. O projeto original, distinto da formulação que pôde ser aprovada, previa a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por recursos territoriais de assistência, proibindo abertura e financiamento de novos leitos em hospitais psiquiátricos (ROSA, 2016).

Ao longo de um percurso marcado por enfrentamento e inventividade em múltiplos territórios, a Reforma Psiquiátrica avançou desde os anos 2000 em sua institucionalidade, traduzida por portarias e leis nacionais que regulamentam serviços, programas e modelos assistenciais, dentre as quais podemos destacar a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a regulamentação dos CAPS e a instituição do Programa de Volta pra Casa, essenciais ao processo de desinstitucionalização. Como resultado, a última publicação periódica sobre a política de saúde mental disponibilizada pelo Ministério da Saúde, referente a 2014, informava que o Brasil possuía 25.988 leitos SUS em 167 hospitais psiquiátricos, com 2.209 CAPS, 610 SRTs em funcionamento, 34 Unidades de Acolhimento, 111 equipes de consultório na rua e 888 leitos de saúde mental em Hospitais Gerais para o atendimento dessa população. Os gastos com saúde

mental se inverteram entre 2005 e 2006: no início da década de 2010 a porcentagem dos gastos com serviços extra-hospitalares passou a ser a mesma relativa aos gastos com hospitais psiquiátricos dez anos atrás. Havia uma cobertura populacional estimada em cerca de 60% quanto à implementação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com o total de 3.898 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implementados (BRASIL, 2015).

Os dados revelavam conquistas importantes e anunciavam preocupações, dentre as quais destaca-se a dificuldade com a efetivação do fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e uma desaceleração em sua diminuição: entre 1991 e 2002 foram descredenciados aproximadamente 35 mil leitos, contra 25 mil na década seguinte. Estimava-se que dos 25.988 leitos SUS em hospitais psiquiátricos, cerca de 10 mil ainda eram ocupados por moradores. A permanência dessas instituições representava, acima de tudo, o desafio e a complexidade envolvida no enfrentamento da indústria da loucura, configurada pelo caráter privatista de instituições em relação ao qual o campo da Reforma Psiquiátrica exigia ruptura (ROSA, 2016).

Ao lado da permanência do hospital psiquiátrico, desde o final da década de 2010 assistimos a incrementação de dispositivos para a atenção em álcool e outras drogas alinhados às diretrizes da Reforma, acompanhados, no entanto, pelo financiamento público de comunidades terapêuticas, reeditando o investimento público no setor privado por meio da política de saúde mental. As comunidades terapêuticas foram e são duramente criticadas por sua incompatibilidade ao princípio da laicidade, pela reedição do investimento de recursos públicos em instituições privadas contrárias aos modelos preconizados pelo SUS e pelas violações de direitos humanos (SILVA, 2015, CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). Em outro cenário, não menos importante, o Brasil possuía, em 2011, 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 03 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), localizadas em complexos penitenciários, os quais permaneciam praticamente intocados nos contornos do sistema de justiça, representando uma população internada de 3.989 pessoas (DINIZ, 2013).

Essa realidade anunciava a preocupação com a sustentação da convivência entre o hospital psiquiátrico e a rede substitutiva, por seus efeitos nefastos à radicalidade antimanicomial que fundamenta a Reforma Psiquiátrica:

(...) qualquer forma de sobrevivência do hospital psiquiátrico, ainda que aparentemente periférica e quantitativamente reduzida, define, a partir do papel que ele exerce, a lógica de funcionamento dos circuitos dos quais faz parte; em contraposição, sua destruição representa a ruptura do próprio cerne do mecanismo com o qual se fabrica, no mundo da saúde, a diversidade como “inferioridade”, e se pré-formam as respostas para invalidar-lhe a existência (BASAGLIA, 2010, p. 247).

Por sua vez, a ampliação dos CAPS em territórios diversos, pelo seu papel estratégico na rede substitutiva, representava a ampliação da possibilidade de cuidado a casos graves, na intensidade e singularidade requeridas, prescindindo do hospital psiquiátrico, ao mesmo tempo em que exigia atenção. Os CAPS devem ser, antes de tudo, uma estratégia de mudança do modelo assistencial pela lógica territorial, “(...) o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias implícitas na proposta” (YASSUI, 2010, p. 68). Mais do que um serviço novo, os CAPS deveriam ser um serviço inovador (AMARANTE, 2003). As condições de implementação dos serviços, no entanto, marcadas pelos modelos neoliberais de gestão, colocavam desafios para a sustentação de uma postura de ruptura com o paradigma anterior e de uma outra ética de cuidado (PEREIRA FURTADO e ONOCKO CAMPOS, 2005).

Sem dúvida, isso implicava ainda a necessária ampliação em investimentos para a extensão e qualificação do cuidado em saúde mental a partir de múltiplos pontos da rede. Dentre eles, destacam-se os Centros de Convivência, nos quais a produção de arte, cultura e lazer operam como dispositivos dotados de valor social e cultural (ROTELLI, 1994). Reconhecida a importância desses serviços a partir de variadas experiências locais, permaneceu a reivindicação de sua regulamentação pela Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010).

Cumpram ainda citar os investimentos para a qualificação da atenção à saúde mental na Atenção Básica. A complexidade dos territórios e das demandas de saúde mental nesse âmbito (ONOCKO CAMPOS et al, 2011) apontavam a urgência de investimentos, em grande parte respondida pela



implementação do modelo de apoio matricial (CAMPOS, 1999) e das equipes NASF, a partir de 2008. Essa aposta foi amplamente analisada em relação a suas potencialidades e desafios, evidenciando a necessidade de sustentar vínculos e experiências apoiadas, capazes de enfrentar as dificuldades identificadas para uma efetiva possibilidade de cuidado compartilhado entre equipes (PINTO et al, 2012; ALMEIDA, 2015; FIGUEIREDO e ONOCKO CAMPOS, 2009; ONOCKO CAMPOS et al, 2011).

Em 2011, a Portaria N. 3088 regulamenta em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a organização dos diversos serviços inventados e postos em funcionamento ao longo dessa trajetória, representando um passo importante na institucionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ela representava também, naquele momento, uma estratégia de resistência diante dos projetos em disputa que acompanharam o percurso da Reforma e que estão expressos nas fragilidades e incompletudes que conviviam com o êxito da nova política pública de saúde mental. Essas eram tomadas como pedras a serem transpostas no combate às estruturas que historicamente sustentavam as instituições e práticas de violência, numa aposta de defesa da vida e da diversidade.

### **3 A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO E SEUS IMPACTOS NO FINANCIAMENTO DO SUS**

A localização histórica da relação entre o Movimento pela Reforma Sanitária e o Movimento de Luta Antimanicomial lança luz a fundamentos importantes que percorrem os caminhos do SUS e da Reforma Psiquiátrica: o combate a um modelo de saúde centrado na cura, incentivado pelo financiamento público de instituições privadas que fez crescer o setor empresarial de serviços médicos orientado pelo lucro. Do ponto de vista da atenção à saúde mental, o modelo empregado pelos governos militares carregava exatamente essas características. Nos hospitais psiquiátricos, “A receita será maior de acordo com três variáveis: quanto maior o número de pacientes internados, quanto maior o tempo de internação e, por último, quanto menor o gasto da clínica com a manutenção do paciente internado” (TENÓRIO, 2002, p. 33). É o que se configura como a “indústria da loucura”.

Entre 1941 e 1978, o número de leitos psiquiátricos privados cresceu 25 vezes, passando de 3.034 para 78.273, o que é absolutamente desproporcional ao crescimento da população. No mesmo período, o número de leitos públicos permaneceu praticamente inalterado, passando de 21.079 para 22.603 (YASSUI, 2010). Trata-se de uma política de favorecimento à iniciativa privada e de investimento no crescimento econômico, que transformou em mecanismos de geração de lucro os dispositivos de assistência à saúde mental.

Os movimentos pelo SUS colocaram em análise as políticas sociais operadas pela ação do Estado em meio às contradições entre necessidades do capital e exigências sociais dos trabalhadores. Na mesma toada, a carta de fundação do Movimento da Luta Antimanicomial, conhecida como Manifesto de Bauru, traz a afirmação da posição contrária à mercantilização da doença (ROSA, 2016). A questão seguiu, em tempos neoliberais, como obstáculo permanente à Reforma Psiquiátrica.

Pegoraro (2015) analisa os impasses enfrentados para a implementação do SUS à luz das relações entre Estado e mercado. A autora identifica problemáticas estruturais presentes no Estado brasileiro, diante das quais, tanto no momento anterior como posterior à Constituição de 1988, o setor privado foi fortemente privilegiado pela intervenção do Estado, auferindo lucros e transformando a saúde em mercadoria.

As marcas da posição neoliberal são muitas no SUS. Elas se revelam, por exemplo, nas transferências de recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSS) de gestão privada e nas renúncias fiscais que enfraquecem a capacidade de arrecadação e prejudicam o financiamento SUS. O gasto SUS, mantido em seus melhores momentos em torno de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), é insuficiente comparado com os gastos médios previstos para países que possuem sistemas universais de saúde (8%). A priorização do Estado ao capital financeiro se refletiu, ao longo dos anos, no montante do Orçamento do Governo Federal destinado ao pagamento de juros e amortizações da dívida (em torno de 40%), sendo que parte desse valor é transferido do Orçamento da Seguridade Social. O incentivo fiscal à saúde privada seguiu um crescente, partindo de R\$3,67 bilhões em 2003 e chegando em R\$19,98 bilhões em 2012. Assim, a relação entre o mercado privado e o padrão de financiamento público da saúde universal no contexto do capitalismo contemporâneo financeirizado representou

ao longo dos anos um importante problema de financiamento das políticas públicas de saúde (MENDES, 2015).

Seus efeitos na RAPS foram diversos. Se expressam nos entraves ao desmonte do polo hospitalar no Brasil e nas novas formas de financiamento público de instituições privadas, por meio das comunidades terapêuticas. Ao lado disso, o modelo de gestão por OSS favorece a precarização do trabalho na RAPS. Essas condições de trabalho, ao lado da insuficiente cobertura de serviços substitutivos, despotencializam a capacidade inventiva e transformadora dessas instituições. Por fim, temos efeitos da permanência de estratégias e serviços privados de atenção à saúde, ou que, mesmo públicos, representam a convivência de modelos em disputa, como é o caso da atenção psicossocial e da atenção ambulatorial. Essa coexistência desafia a superação da tradição biomédica, seja na relação da população com os serviços de saúde, seja na própria concepção dos trabalhadores da rede SUS, representando historicamente um desafio para a Reforma Psiquiátrica brasileira (ROSA, 2016).

#### **4 OS IMPACTOS DA DESIGUALDADE SOCIAL E A FRAGILIDADE DE POLÍTICAS INTERSETORIAIS**

Condição estrutural do capitalismo e da sociedade brasileira, a desigualdade social acompanha nossa história e se intensifica na medida em que se intensifica a direção neoliberal que compromete direitos a serviço da recuperação do capital. A análise da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no país não pode prescindir dessa dimensão. As políticas neoliberais incidem sob a forma de precarização nas diversas políticas públicas, impactando as condições de vida da população e os desafios para a produção do cuidado.

Ao longo do projeto de modernização da sociedade brasileira, a meta de desenvolvimento e crescimento econômico, à qual os aspectos relativos à vida social foram submetidos, impactou os padrões de desigualdade social e pobreza. Segundo Pochmann (2010), no final da década de 2000 é possível observar, pela primeira vez, como resultado das políticas sociais e econômicas implementadas ao longo dela, um novo padrão de mudança social Brasil, marcado pela expansão de renda nacional per capita e pela queda na desigualdade pessoal de renda. A média anual da taxa de desemprego e da pobreza sofrem uma queda e aumenta o valor real do salário-mínimo, assim

como os níveis de ocupação e os anos de escolaridade dos brasileiros. A ampliação de renda das famílias foi também significativa.

Essas mudanças, contudo, começavam a se consolidar em meados da década de 2010 e, embora fossem importantes, não representavam uma alteração estrutural nos padrões de desigualdade. Foi nesse contexto desfavorável em termos de garantia de políticas públicas sociais que a Reforma Psiquiátrica foi implementada durante praticamente duas décadas. A produção de outras formas de vida comunitária e de participação social empreendida pela Reforma Psiquiátrica relaciona-se com a miséria. Os avanços conquistados pelo próprio SUS representam resposta ao enfrentamento das condições de vida da população brasileira e se refletem no aumento da expectativa de vida, na queda da mortalidade infantil, no avanço de cobertura vacinal, dentre outros (CAMPOS, 2007).

No entanto, se o SUS sofre efeitos das políticas neoliberais, ele é ainda, como primeira política universal de acesso a direitos implementada, muito mais forte e presente nos territórios, em comparação a outras políticas sociais. Portanto, nos serviços da RAPS, ao produzir cuidado, a Reforma Psiquiátrica depara-se historicamente com limitações relativas às condições de vida em territórios que carecem de políticas intersetoriais. Não à toa, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, demarcou-se como Conferência Intersetorial, refletindo a reivindicação e o protagonismo do movimento social, que no ano de 2009 realizou a Marcha dos Usuários para Brasília pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, colocando em pauta políticas nas áreas de saúde, justiça, cultura, trabalho, assistência, previdência e Direitos Humanos. Anunciava, assim, que o avanço de uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial carecia de políticas intersetoriais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

Dentre as reivindicações, o movimento pautava o sistema de justiça para a revisão de interdições judiciais e curatelas e para a revisão da regulação desses processos no código civil; também colocava em questão a situação do processo penal do louco infrator, apontando para a substituição dos manicômios judiciários por serviços comunitários. Pautava a inclusão de pessoas com sofrimento mental como público-alvo das políticas e programas de profissionalização artística e formação de agentes culturais, assim como das

políticas de assistência social. No campo do trabalho e economia solidária, reivindicou a alteração da lei de cooperativismo, de modo a prever mecanismos regulatórios para as cooperativas sociais e empreendimentos de economia solidária da saúde mental. Exigia a revisão dos critérios para a obtenção do Benefício de Prestação Continuada, de modo a facilitar a inclusão das pessoas com sofrimento mental como público-alvo (ROSA, 2016).

No que pese a potência dessas reivindicações, as políticas intersetoriais foram frágeis na sua implementação e o campo da Reforma Psiquiátrica seguiu enfrentando condições de vida precárias e complexas na produção do cuidado, diante de poucas possibilidades de articulação de rede. Saúde mental implica em condição de acesso a direitos e requer políticas públicas que possibilitem acesso a cidade, possibilidade de trabalho, trânsitos na cultura. Nesse sentido, a precarização das políticas sociais no contexto do neoliberalismo representou também um obstáculo importante para uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

## **5 MOVIMENTOS SOCIAIS E PARTICIPAÇÃO POPULAR: CONDIÇÃO PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL**

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem no movimento da luta antimanicomial a marca de sua singularidade no cenário internacional e seu grande patrimônio. Foi ele que deu origem à Reforma e que impulsionou, na tensão permanente entre Estado e sociedade, suas maiores conquistas. Para além das intervenções clínico-sociais tecidas na rede substitutiva, é no movimento social que trabalhadores, usuários e familiares experimentam horizontal e radicalmente a condição de cidadania. O movimento antimanicomial cria novos espaços de existência cidadã e leva às últimas consequências a convivência plural entre os loucos e as pessoas ditas normais, fundamento da Reforma Psiquiátrica.

Nas primeiras experiências da rede substitutiva, a presença do movimento antimanicomial foi intensa, seja para sua formulação, implementação ou no cotidiano de suas ações. Nesse processo, a Reforma realizava-se como “(...) um campo heterogêneo que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si” (TENÓRIO, 2002, p. 28). Ao longo da história da Reforma, no entanto, essa relação de

parceria e cumplicidade entre o movimento da luta antimanicomial e o cotidiano dos serviços foi se fragilizando, em função de um conjunto de fatores. O distanciamento em relação ao movimento antimanicomial compromete motores essenciais da Reforma e da rede: o interesse pelo que comumente é desvalorizado como irracional, enfraquecendo a subversão da concepção tradicional de sujeito e a possibilidade de crítica à soberania da razão (LOBOSQUE, 2007). Ao longo das décadas, o processo de institucionalização da Reforma Psiquiátrica acompanhou um enfraquecimento de sua identidade como movimento social, deslocando-a da condição de processo de luta da sociedade civil para o interior do aparelho estatal (ROSA, 2016) e transformando a potencialidade criativa e transformadora em servidão a normas e portarias (YASSUI, 2010).

Essa realidade compõe um cenário mais amplo da democracia brasileira. Ricci (2010) analisa o processo de institucionalização dos movimentos sociais no Brasil, iniciado a partir dos anos de 1990, mas enfatizado na primeira década dos anos 2000, quando diante da nova conjuntura política brasileira observa-se uma espécie de descanso ou recuo dos movimentos sociais.

No percurso, as lideranças de muitos movimentos sociais (principalmente urbanos), alteraram sua prática e agenda política. Passaram a assumir parte das tarefas de formulação dos gestores. Começaram a compreender os caminhos e descaminhos da administração pública, tiveram que se formar tecnicamente. Nenhuma mudança se faz sem pesar sobre a história inicial de qualquer mobilização social. E o peso se fez sentir. A rua, principal cenário dos novos movimentos sociais dos anos 80, foi trocada pelas conferências e reuniões em gabinetes governamentais.

Sinal de democracia. Porém, esta intimidade com a lógica pública não foi suficiente para alterar o verticalismo e fragmentação da burocracia estatal. estatalização, ou seja, a dependência das ações sociais e coletivas em relação à proteção, anuência ou controle do Estado (RICCI, 2010, pp. 10-11).

Ao lado desse processo, começa a se configurar um fortalecimento do conservadorismo. O debate sobre o acirramento da crise estrutural do capital

destaca a questão da alienação/estranhamento como um dos problemas cruciais desse tempo histórico (ALVES, 2013). Ao mesmo tempo, no Brasil, a ruptura com uma geração de famílias pobres e a emergência de uma nova classe média representavam uma reconfiguração importante, rompendo uma tradição de histórias familiares excluídas do acesso a bens e serviços, mas operando uma modernização conservadora, que não rompia com as condições que estruturam a desigualdade social no país. Ao lado disso, o Brasil experienciou uma estabilidade econômica e política excepcional, alcançada pelos governos democráticos e possível por uma coalização presidencialista sem precedentes (RICCI, 2010). Esse processo ajuda a compor as determinações da crise política instaurada no Brasil anos depois. Aliado ao enfraquecimento da relação entre Reforma Psiquiátrica e movimento antimanicomial, esse crescimento do conservadorismo operou crescentemente como inimigo da utopia em curso.

Nesse cenário, destaca-se a realização da Marcha dos Usuários para Brasília pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, citada anteriormente. Realizada em 2009, ela partiu de uma análise crítica desse processo. O movimento antimanicomial, por meio de uma de suas organizações, a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, e com o apoio do Conselho Federal de Psicologia, reconheceu os riscos e ameaças impostos à Reforma Psiquiátrica naquela conjuntura. Entendendo a importância do protagonismo da sociedade civil, pela reivindicação de seus interesses e necessidades, no campo das disputas que tensionam o Estado como condição para o avanço das políticas públicas, ainda mais num cenário neoliberal, decidiu protagonizar a reivindicação pela radicalidade antimanicomial da Reforma Psiquiátrica. Assim, cerca de 2.300 pessoas, em sua maioria usuários da rede de saúde mental, marcharam a Brasília e adentraram aos gabinetes do governo exigindo avanços à Reforma (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

A Marcha conquistou a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, um ano depois. Ela expressa o reconhecimento dos limites e obstáculos enfrentados pela Reforma Psiquiátrica no complexo desafio de implementação de uma política de garantia de direitos, orientada por um projeto civilizatório, nos contornos de uma conjuntura e de uma política de Estado neoliberal. As contradições desse processo possibilitaram inúmeras conquistas e deixaram êxitos por realizar. Com essa preocupação, entrávamos na década

de 2010, ao longo da qual a face mais cruel do neoliberalismo se recrudesciu numa linha de continuidade, levando a uma profunda crise política, econômica e social no Brasil, que tem como marco disparador o golpe de 2016 e a partir do qual os obstáculos se acirram, marcando um novo e tenebroso tempo para a Reforma Psiquiátrica brasileira.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Reforma Psiquiátrica sempre foi uma política em disputa. Na medida em que se acirram as disputas no âmbito mais amplo das políticas públicas, é possível identificá-la como alvo privilegiado de projetos que caminham na direção oposta à garantia de direitos. O primeiro anúncio de que a Reforma estava na mira do projeto de derrocada democrática, impulsionado pela total concessão do Estado à ordem do capital, que movimentou as mudanças na conjuntura política brasileira desde a segunda metade de 2015, foi a nomeação, em dezembro daquele ano, de um Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas historicamente contrário à Reforma Psiquiátrica e à luta antimanicomial, o psiquiatra Valencius Wurch. Tal nomeação concretizava retrocessos já anunciados por meio dos obstáculos que acompanhavam a história da Reforma, ao mesmo tempo em que reposicionava a militância antimanicomial na sociedade brasileira. Num salto em relação à condição de riscos de retrocesso, se efetiva no país, após o golpe de 2016, uma política de saúde mental contrária à Reforma Psiquiátrica e, portanto, contrária às deliberações e construções democráticas consolidadas ao longo de 30 anos.

No âmbito na RAPS, os problemas relativos ao financiamento, ao transborde dos interesses privados à esfera pública, à insuficiência da rede, à permanência do hospital psiquiátrico, à sustentação de uma ética pautada pela igualdade e pela valorização da diversidade nos princípios da política se redimensionam ao infinito. Se outrora esses problemas representavam contradições próprias de uma conjuntura neoliberal, diante dos quais o Estado brasileiro pendulava entre uma agenda de garantia de direitos e respostas às necessidades de recuperação do capital, tais problemas passaram a assumir a dimensão de um projeto em curso. O desfinanciamento do SUS, a completa concessão aos setores privados da saúde, a reinserção de modelos de atenção



e serviços na rede já superados pela trajetória da Reforma, dentre os quais o hospital psiquiátrico, e a ética da intolerância são agora um projeto.

Uma das maiores expressões desse projeto é a Emenda Constitucional N. 95, aprovada em 2016, que estabelece o teto de gastos públicos, congelando os investimentos em políticas sociais, dentre elas a saúde, por 20 anos, com impactos gravíssimos ao SUS (MENDES e CARNUT, 2018). A ela, combinam-se uma série de redirecionamentos nas diretrizes das políticas de saúde e saúde mental, dentre as quais destacamos a Nota Técnica 11/2019, que reúne diretrizes de um conjunto de resoluções e portarias aprovadas desde 2017, modificando completamente a política de saúde mental em curso, ao reabsorver modelos e serviços duramente combatidos pelas lutas democráticas em que se situam a Reforma Psiquiátrica (ROSA, 2019).

Esse período, pelas especificidades que carrega, merece uma análise cuidadosa, escapando aos objetivos desse artigo. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) se debruçam sobre o impacto das mudanças normativas operadas desde 2017 na RAPS, encontrando uma estagnação na implantação de serviços comunitários, que apresentavam, numa linha histórica, inclinação ascendente desde o início do processo de Reforma e em especial a partir do início dos anos 2000 (BRASIL, 2015).

A militância antimanicomial, diante disso, não arrefeceu. O “Encontro de Bauru: 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios”, realizado em 2017, reafirmou compromissos diante dos desafios que se anunciavam, expressos na Carta de Bauru – 30 anos (MARTINS, 2018). A cada retrocesso anunciado, são inúmeras as iniciativas e articulações em âmbito local e nacional, que protagonizam a defesa da Reforma Psiquiátrica, mantendo viva a continuidade da luta antimanicomial, em sua intensidade. Se os limites impostos pela análise das condições estruturais que marcam nosso tempo não nos permitem sucumbir a leituras ingênuas em relação às possibilidades que se anunciam, tampouco nos permitem sucumbir à fatalidade do fracasso. Nos inspiramos, comprometidos com a transformação social à qual se orienta a luta por uma sociedade sem manicômios, nas palavras de Rotelli (1989/1994, p. 166): “Então, eu creio que a única forma que nós temos para modificar essa sociedade é fazer tudo aquilo que nós conseguimos fazer, como se nós estivéssemos numa outra sociedade, como se tudo fosse possível”.

Reconhecer nas incompletudes do processo de nossa Reforma Psiquiátrica os limites impostos pela conjuntura neoliberal é condição para uma leitura crítica do momento atual, consideradas sua amplitude e complexidade, e ao mesmo tempo para mantermos viva nossa utopia. A Reforma não fracassou, ao contrário. Sob condições adversas, produzimos o que poderia parecer o impossível. As condições são de acirramento e recrudescimento neoliberal, mas as disputas seguem vivas. Elas se tecem no cotidiano de cada serviço que resiste, nos encontros afetuosos com os usuários que podem hoje viver fora dos hospitais psiquiátricos, na militância que não arrefece. Elas são a condição para movimentarmos a história, na direção de uma sociedade mais justa e igualitária, que segue sendo o horizonte do que almejamos construir com a Reforma Psiquiátrica brasileira.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Isabella Silva de. *Apoio matricial dos centros de atenção psicossocial à atenção básica: investigando a experiência no SUS São Paulo*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2015.
- ALVES, Giovanni. Marxismo, a alienação e o tempo histórico da barbárie social do capital. *Revista Katálysis*, v.16, n.1, pp. 57-62, 2013.
- AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARIÇÃO, Sandra Maria Fischetti. O centro de atenção psicossocial: desafios no percurso institucional. In: *Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 2001.
- BASAGLIA, Franco. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Tradução: Joana Angélica d'Ávila Mendes. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BONELLI, Regis; RAMOS, Lauro. Distribuição de renda no Brasil: avaliação das tendências de longo prazo e mudanças na desigualdade desde meados dos anos 70. *Revista de Economia Política*. vol. 13, n. 2 (50), abril-junho 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados* (Informativo eletrônico). Ano 10, n. 12. 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](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf) . Acesso em 19 abr. 2021.

BRASIL. *Relatório Final I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987)*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial* (27 de junho a 01 de julho de 2010). Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., pp. 1865-1874, nov. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, pp. 393-403, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial*. Por uma IV Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuários. Brasília: CFP, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: CFP, 2011.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020.

DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011*. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14(1), pp. 129-138, 2009.

- GOLDBERG, Jairo Idel. *Cotidiano e Instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1998.
- LANCETTI, Antonio. Quem manda na loucura? *Teoria e Debate*, revista trimestral do Partido dos Trabalhadores, n. 8, pp. 60-63, 1989.
- LOBOSQUE, Ana Marta. Um desafio à formação: nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org). *Caderno Saúde Mental. Encontro Nacional de Saúde Mental*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.
- MACHADO, Katia. Como anda a Reforma Psiquiátrica? *Revista Radis: comunicação e saúde*, n. 38, Fiocruz, 2005.
- MARTINS, Laercio Melo. Às imagens, as sombras do porvir: 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Revista Diorito*, v. 2, n. 1, 2018.
- MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde soc.*, São Paulo, v. 24, supl. 1, pp. 66-81, jun. 2015.
- MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde soc.* Vol.27, n.4, 2018.
- MIGUEL, Luis Felipe. Democracia e sociedade de classes. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* N.9, 2012.
- NETTO, José Paulo. Desigualdade, pobreza e Serviço Social. *Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, n. 19, 2007.
- NICÁCIO, Maria Fernanda. *O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: Desconstrução de Saberes, Instituições e Cultura*. Dissertação de mestrado em Ciências Sociais, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.
- ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 12, pp. 4643-4652, 2011.
- PEGORARO, Ana Paula Andreotti. *Estado e mercado: desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Economia. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2015.

PEREIRA FURTADO, Juarez; ONOCKO CAMPOS, Rosana T. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 8, n. 1, pp. 109-122, mar. 2005.

PINTO, Antonio Germane Alves *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 3, pp. 653-660, 2012.

POCHMANN, Marcio. Estrutura social no Brasil: mudanças recentes. *Serv. Soc. Soc.*, n. 104, pp. 637-649, 2010.

RICCI, Rudá. *Lulismo – da Era dos Movimentos Sociais à Ascensão da Nova Classe Média Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Contraponto, 2010.

ROSA, Elisa Zaneratto. Em defesa de uma sociedade sem manicômios: disputas e ameaças frente ao recrudescimento do projeto neoliberal. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 8(3), 254-257, 2019.

ROSA, Elisa Zaneratto. *Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social*. Tese de Doutorado (Psicologia Social). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira (org.). *A Instituição Sinistra – Mortes Violentas em Hospitais Psiquiátricos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2001.

SILVA, Rosimeire Aparecida da. *Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam*. Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte: UFMG, 2015.

SPOSATI, Aldaíza. Implementação de programas sociais: conflitos e tensões metodológicas na América Latina. Conferência. In: ARREGUI, C. C.; BLANES, D. N. (orgs.). *Metodologias do trabalho social*. São Paulo: IEE/PUCSP, 2008.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, ciências, saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, pp. 25-59, 2002.

YASSUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.