



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

ANNA MARIA SOCCOL

Empresariamento e Contrarreforma Psiquiátrica na Rede de Atenção Psicossocial

PORTO ALEGRE

2024

Anna Maria Soccol

Empresariamento e Contrarreforma Psiquiátrica na Rede de Atenção Psicossocial

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a obtenção do título de Bacharela em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Analice de Lima Palombini

Porto Alegre

2024

*Para o Povo Brasileiro,
que tenha sempre e cada dia mais, como lhe é de direito,
um Sistema Único de Saúde público e antimanicomial.*

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que dedicaram grande parte de suas vidas à minha educação: Claudinete, minha mãe, e Flávio, meu pai. Por serem suporte, amparo e motivação. Por me darem liberdade para sonhar e condições para realizar. Por serem ninho seguro e afável no qual posso pousar entre meus voos. Meu amor por vocês é do tamanho do mundo!

Às pessoas que amo desde que nasci: Roberta e Rafael, meus irmãos. Às pessoas que amo desde que vi nascer: Pedro e Miguel, meus sobrinhos. Às minhas avós, Elena e Diomira, agradeço ao tempo por permitir suas presenças carinhosas em minha vida. Ao Koa, meu filhote felino, por ser casa, colo e companhia e, em sua pequenez, ser grande bálsamo em dias difíceis.

Às pessoas especiais que a vida me apresentou pelo caminho e que seguiram, entre encontros e despedidas, alegrando a minha existência com suas amizades valiosas: Bruno, Érica, Gabriela, Kauan, Laísa e Tais. Obrigada por, cada um ao seu modo, permanecerem comigo.

Agradeço às pessoas, coletivos, espaços, ruas, águas, árvores, símbolos, livros, coisas, cheiros, sons, olhares, escutas, memórias, afetos que compõem:

A Universidade Federal de Pelotas, onde iniciei minha formação em psicologia, e a cidade de Pelotas, território doce e gentil, que foi o primeiro passo desta caminhante para fora de sua terra natal, por me desterritorializar e por me mostrar partes da vida e de mim mesma que eu ainda não conhecia. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a cidade de Porto Alegre, por me ensinarem a lidar com ambivalências e a inventar novas formas possíveis de viver a cada dia.

À educação pública, que foi palco, maestrina e plateia de minha vida, desde a minha entrada no ensino infantil até a conclusão do ensino superior. Por ser ferramenta de transformação humana e social, através da qual sonhos podem ser germinados e cultivados. Agradeço aos colegas, professores, supervisores, técnicos e funcionários que compartilharam comigo cada um dos espaços que eu pude integrar ao longo da formação.

Em especial, agradeço à Analice Palombini, pela aposta e disponibilidade para acompanhar esta escrita, pelas sugestões cuidadosas e por todo suporte na orientação. À Sandra Fagundes, pela generosidade de aceitar o convite para participar da banca examinadora, pela leitura atenta e pelas contribuições enriquecedoras para este trabalho. Muito obrigada por me inspirarem com suas ideias, seus trabalhos e seus percursos na luta antimanicomial.

A todos os seres humanos e não humanos que compõem essa Terra. Por me possibilitarem *aprender*, coisa que gosto muito nessa vida.

RESUMO

Pesquisar e analisar a temática das políticas públicas é falar sobre tempo, território, implicação e disputa. No contexto de uma república democrática, a construção de políticas, projetos e programas pode se dar em um campo de conflitos de interesses que se transformam com o tempo e, por vezes, pode ficar submissa aos movimentos da lógica econômica dominante, tratando-se, neste momento histórico, da racionalidade neoliberal. O objeto de pesquisa deste trabalho de conclusão de curso está inscrito em uma fotografia espaçotemporal: o processo de empresariamento da saúde pública no município de Porto Alegre, em especial nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), e seus impactos na gestão, nas relações de trabalho e nas práticas de cuidado em saúde mental que se alinham a formas de tratamento por um viés antirreformista, impulsionando um processo sociopolítico que recebeu o nome de Contrarreforma Psiquiátrica. O objetivo deste ensaio, portanto, é tensionar o debate sobre o empresariamento dos serviços de saúde pública e refletir sobre os efeitos sentidos no exercício prático de cuidado em saúde mental, no que diz respeito ao modo como os movimentos políticos e econômicos que atravessam a política pública também incidem sobre a escuta, os vínculos, as ideias, o inconsciente, deixando rastros de restos manicomiais que o movimento antimanicomial ativo ainda luta para apagar.

Palavras-chave: Empresariamento em Saúde; Contrarreforma Psiquiátrica; Rede de Atenção Psicossocial.

SIGLÁRIO

CT	Comunidade Terapêutica
GD	Gerência Distrital
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESMA	Equipe de Saúde Mental Adulto
FGSM	Fórum Gaúcho de Saúde Mental
HPSP	Hospital Psiquiátrico São Pedro
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
PESM	Plantão de Emergência em Saúde Mental
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
EESCA	Equipe Especializada de Saúde da Criança e do Adolescente

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E IMPLICAÇÃO	8
2. “A LIBERDADE É TERAPÊUTICA”: luta antimanicomial e reforma psiquiátrica	9
2.1. Movimento reformista em solo gaúcho	16
2.2. Genealogia da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre	18
3. NOTAS SOBRE A MÁQUINA PÚBLICA: empresariamento em saúde	23
4. CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA: fios manicomiais na rede de atenção psicossocial. 29	
4.1. O retorno dos manicômios à política de saúde mental	30
4.2. Testemunhos do circuito manicomial da atenção	34
5. POR UM SUS PÚBLICO E ANTIMANICOMIAL	39
REFERÊNCIAS	42

1. INTRODUÇÃO E IMPLICAÇÃO

Em uma cultura onde o imaginário social fixou-se sobre a ameaça constante da profecia do apocalipse, vivemos reféns das distopias, esperando pelo dia em que o sertão vai virar mar e com medo de que o mar vire sertão. Viver em meio à cultura de crise, em cima da qual medrou o próprio neoliberalismo, pode gerar constante sensação de impotência ou inevitabilidade, perdendo de vista o caráter próprio da vida e da terra: nada é imutável. Por isso, não escrevo sobre terra arrasada. Faço desta escrita um dispositivo de indagação, reflexão e posicionamento ético-político, que se lança em uma tentativa de dar borda às percepções inquietantes sentidas ao longo da graduação. Exercício de experimentação para ver o que surge ao ensaiar palavras sobre temas tão duros.

Curiosamente, este ensaio percorre o mesmo caminho pelo qual andei nos últimos anos, uma trilha com duas paisagens: um horizonte de terra fértil e biodiversa, de mata nativa, na qual passei com olhares de encantamento e entusiasmo ao estudar, no início da graduação, a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. Mas, no outro lado, já era possível ver grandes plantações de eucalipto, cultura que afeta a existência de biodiversidade em seu entorno, mas que é extremamente comerciável e rentável, com grande interesse para a indústria e para o mercado, analogicamente em referência aos processos de empresariamento e contrarreforma psiquiátrica que se alastravam largamente no mesmo período. Convivendo com essa dualidade em um mesmo cenário, pude, ao longo da formação, circular por experiências que muito me ensinaram ao me inserirem na rede das políticas públicas de saúde e me apresentarem as fortalezas e as fragilidades dessa realidade.

Este trabalho, então, não assume tom de resignação, mas busca analisar seu objeto de pesquisa com o mesmo movimento que é próprio do processo terapêutico: falar do sofrimento e escutar a angústia, para então encontrar rupturas que provoquem novos modos de viver. É com o mesmo coração que se sofre e que se ama, e é no mesmo sistema de saúde que coexistem práticas de dominação e práticas de cuidado.

Tendo a compreensão da limitação e brevidade desse texto, proponho três seções principais para discorrer sobre a temática. Na primeira, apresento o processo histórico da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, até o ponto de instituição de uma Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, com enfoque no recorte dessa construção na cidade de Porto Alegre. Em seguida, trato de analisar o fenômeno de empresariamento do Estado brasileiro que foi introjetado pela lógica neoliberal nas políticas de saúde através das parcerias

público-privadas, em um movimento de desestatização, beneficiação da iniciativa privada e reprodução do gerencialismo e da lógica de mercado nos modos de gestão, no trabalho e na atenção. Na terceira seção, escrevo sobre o processo sociopolítico de contrarreforma psiquiátrica com suporte de documentos regulatórios que estabelecem mudanças antirreformistas no campo estrutural da política pública e com testemunhos de dinâmicas de atenção à saúde mental alinhadas ao modelo privatista, patologizante e hospitalocêntrico, que carregam em si fragmentos manicomialis que seguem deixando rastros pelo cotidiano da Rede de Atenção Psicossocial. Por fim, inscrevo neste trabalho pistas de esperança que apontam o redirecionamento para um cuidado em saúde mental reformista através da reestruturação da política; de inflexões provocadas por exercícios de experimentação de outras formas de trabalho nos equipamentos; e da rememoração da potência do ser humano de Ser Mais. Para que a paisagem dessa rede seja cada vez mais biodiversa, plural, coletiva, repleta de flores, frutos e agentes polinizadores de um cuidado antimanicomial, promotor de cidadania e de direitos humanos.

2. “A LIBERDADE É TERAPÊUTICA”¹: luta antimanicomial e reforma psiquiátrica

Até que os corpos manicomializados encontrassem a rua, uma longa trajetória possibilitou a passagem do silenciamento da loucura às vozes da luta pela liberdade. O apagamento da desrazão, enigmática, que no decorrer da história moderna foi individualizada na figura nominativa de “doente mental”, manifestou-se na forma de privação de direitos, de liberdade e de autonomia e foi reproduzido por leituras imaginárias que decretaram ao louco uma sentença de patologização e de desumanização. A criação do manicômio como um depósito dos considerados inadequados e indesejados na cena social, daqueles que reproduziam modos de ser que destoavam da ordem moral, foi uma forma de limpar as ruas da presença incômoda dos indignos, insensatos e insanos. Em *História da loucura na Idade Clássica*, Foucault (1961/2019, p. 150) traça uma longa arqueologia da percepção sobre a loucura, e, conseqüentemente, seu tratamento e seu encarceramento, apontando que o internamento dos loucos ao longo dos séculos escanteava o desatino e disfarçava a vergonha que eles suscitavam, mas também produzia uma marca que a mostrava explicitamente do lado de lá, atrás das paredes de um território cercado: criava a marca do estigma.

¹ Expressão atribuída à autoria de Franco Basaglia.

A racionalidade estabelecida pela nova ordem moral da sociedade, a partir da Revolução Industrial, produziu uma torção na lógica do trato desses indivíduos indesejados. O seu objetivo não era mais o da exclusão social por si só, mas estabelecia que a reclusão ficasse a serviço de um trabalho de docilização e disciplinarização dos corpos, forjando um projeto de ser humano útil ao trabalho e moldado ao comportamento social. Entretanto, o louco permanecia enigmático para esse projeto. Ainda habitava o lugar de incapacidade e de insensatez, pousando na inutilidade de um corpo tomado por essa desordem que não cabia na disciplina da sociedade industrial.

Nesse contexto, o advento do hospital psiquiátrico e o nascimento da psiquiatria, a partir do alienismo de Pinel, surgiram com o propósito de tornar a loucura objeto de estudo e de propor uma terapêutica sob a luz da racionalidade biomédica, dando início a um projeto que tinha como objetivo desenvolver uma cidade “perfeita, transparente, racional e moral, em que a loucura pudesse ao mesmo tempo aparecer e ser abolida” (Pelbart, 1989, p. 46). Nesse espaço asilar, o louco foi colocado em um lugar de submissão ao poder psiquiátrico, poder esse que construiu, sobre o desatino, um saber-controle que reeditava o modo de aniquilamento antigo, mas que foi chamado, então, de cura.

Seguindo a lógica de uma instituição total, o asilo era responsável pela custódia dos internos e se utilizava de práticas severas para domesticar a inquietude selvagem dos loucos através de banhos frios e correntes, por exemplo, que depois foram aprimoradas em técnicas mais sofisticadas, como a lobotomia e a eletroconvulsoterapia. Essas condutas não tinham funções terapêuticas eficazes, mas eram usadas como torturas e punições, seguindo a ideologia de controle das instituições disciplinares clássicas. A revolução psicofarmacológica, na metade do século XX, influenciou na redução do número de internações nos hospitais psiquiátricos e também inaugurou um novo momento da psiquiatria moderna a partir da medicalização extensiva da população, mantendo a prevalência do estatuto da medicina psiquiátrica como resposta à demanda de controlar a desordem daquilo que desviava da norma. Souza (2012, p. 36) aponta que esse novo momento da psiquiatria instaurou sua forte ligação com o corporativismo, reorientando o tratamento do sofrimento mental para uma abordagem que ampliou diagnósticos em larga escala, impulsionando a lucratividade da indústria farmacêutica, que até hoje financia diversos estudos nas pesquisas do campo da saúde mental.

Fazendo um salto contextual que se aproxima à atualidade a qual o trabalho se propõe analisar, chega-se aos intensos eventos ao redor do mundo ocorridos no período pós-guerra, que produziram profundas transformações no campo da saúde, a partir do avanço tecnológico,

mas especialmente impulsionadas com base nas reflexões críticas que efervesciam em diversas áreas do saber acerca das relações de poder e de práticas de opressão. A publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, buscava instituir novos tempos na história mundial em um momento de reconstrução depois do período pós-guerra, ressaltando, principalmente, uma condição de existência na qual todos os seres humanos tivessem o direito à *liberdade*. A criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) também abriu um novo campo de reflexão sobre a definição de saúde alinhada ao bem-estar físico, mental e social, e não apenas à ausência de patologias.

Nessa perspectiva, as críticas às instituições totalitárias colocaram em proeminência o manicômio e o saber psiquiátrico, surgindo correntes que teciam questionamentos aos seus pressupostos, tais como a antipsiquiatria, a psiquiatria institucional francesa e a psiquiatria democrática italiana, iniciando, assim, a costura de uma importante bandeira que, no futuro, receberia o nome de movimento da luta antimanicomial. Se, por um lado, havia a hegemonia do saber psiquiátrico sobre a loucura manifestada na forma das terapêuticas praticadas dentro do modelo asilar-hospitalocêntrico, do outro, emergia um movimento que pautava dúvidas sobre os discursos que estigmatizavam os “doentes mentais” e que os mantinham no espaço degradante das instituições.

A desconexão entre o paciente e o mundo externo e a sua cronificação nessa condição cerceada embalararam o crescimento da antipsiquiatria, que defendia ideias reformistas no terreno da assistência psiquiátrica, a qual deveria ter como objetivo maior a promoção de saúde mental. Vale ressaltar que, nesse momento histórico, o Estado se estabelecia como o grande gestor da vida das populações, sendo o responsável por garantir direitos de bem-estar social. No decorrer desta escrita, este trabalho pensará também sobre as disputas e as controvérsias que se colocam imbricadas aos aspectos políticos e econômicos no que diz respeito à forma como o Estado articula o cuidado em saúde na atualidade das políticas públicas de atenção à saúde mental.

Filho (1997, p. 95) aponta que a “analogia pedagógica é clara nessa metamorfose asilar”, pois o dispositivo institucional manicomial precisou, então, trabalhar com os internos um processo de retomada das relações sociais extra-hospitalares, perdidas ao longo dos anos de internação que afastaram os sujeitos do espaço de convívio comunitário. Dessa forma, o saber psiquiátrico se colocou como um regulador das normas sociais, criando uma régua moral que dita, até hoje, os capazes ou incapazes de habitar socialmente os espaços da cidade e firmando uma nova perspectiva sobre a promoção de saúde mental a partir da ideia de adaptação social. O autor também coloca que “restava uma população de doentes que dificilmente se enquadrava

nesse esquema pedagógico” (Filho, 1997, p. 96), submetida, então, a uma medicalização massiva que controlasse sua loucura. Nesse cenário, ocorre uma transformação no modelo de assistência psiquiátrica amparado pelo Estado, baseado na psiquiatria comunitária e preventivista, que visava a normalização da loucura para reocupar o espaço social.

No contexto brasileiro, Resende (1997) e Paulin & Turato (2004) trazem uma importante leitura do período da década de 1970 e dos antecedentes do que viria a se tornar um movimento reformista. Os índices de internação em hospitais psiquiátricos nessa época eram muito altos, e o Estado se deparava com a necessidade de mão de obra para força de trabalho. A assistência psiquiátrica se reformula, nessa conjuntura, para a diversificação na oferta de serviços, propondo alternativas para a hospitalização e tendo como objetivo a reintegração social dos indivíduos. Após alguns anos, novamente entram em cena os jogos políticos e econômicos e, mingando o apoio financeiro do Estado às iniciativas de cuidado em saúde mental, institui-se uma “estrutura de escassez”. Ao final da década, a maior parte das verbas ainda eram destinadas aos hospitais psiquiátricos e a assistência psiquiátrica retornava ao seu papel histórico de “recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade” (Resende, 1997, p. 69).

Essa passagem histórica pelas experimentações da psiquiatria preventivista busca destacar dois pontos que, além de serem produtores de movimentos que se encaminhavam sutilmente para a organização concreta da luta pela reforma psiquiátrica brasileira, ainda hoje são alvo de reflexões quando pensamos sobre as políticas públicas de saúde mental. O primeiro ponto diz respeito aos indicadores de desempenho que orientavam as mudanças no campo da saúde mental, referentes à “diminuição do tempo médio de internação, taxas de ocupação, índices de reinternações, oferta de consultas ambulatoriais, recursos extra-hospitalares ou atos normativos — manuais, cartilhas” (Paulin & Turato, 2004, p. 256). O segundo ponto corresponde à incapacidade, naquele período, de mobilizar questionamentos mais aprofundados sobre o próprio conceito de saúde e de doença mental e de analisar a implicação do saber-poder psiquiátrico na noção de cuidado e promoção de saúde.

De toda forma, a história deixa marcas, e foi seguindo esses rastros que o movimento da reforma psiquiátrica brasileira começou a pavimentar o seu caminho. O discurso reformista, multifacetado, teve experimentações iniciais de diversas formas ao redor do mundo, como mostra Alarcon (2002, p. 17), nas experiências das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, da psiquiatria de setor francesa e da psiquiatria comunitária americana, por exemplo. Mas foi na figura da reforma psiquiátrica italiana e dos pensamentos de Franco Basaglia que o movimento brasileiro se imbuíu de inspiração, tendo como ideia central a proposta de

desinstitucionalização. Em 1979, Basaglia visitou o Brasil e comparou o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais, aos campos de concentração nazistas – comparação essa que pode ser abasileirada na figura do navio negreiro, remetendo ao genocídio, apagamento e desumanização da população negra na formação social brasileira, tendo em vista que o manicômio era marcado pela presença predominante de pessoas negras². Era urgente uma remodelação técnica e jurídica da assistência psiquiátrica, mas a reforma basagliana inculcava, especialmente, uma luta ideológica, em que os fechamentos dos manicômios eram apenas o primeiro gesto de um movimento que buscava questionar toda a estrutura de dominação e de saber-poder intrínseca às concepções políticas, econômicas e sociais que criavam para a loucura esse mundo à parte.

Embalado por um movimento mundial de transformação que atuava sobre o modelo asilar-hospitalocêntrico da assistência psiquiátrica e pela pulsante politização nacional do período, no final da década de 1980 o Brasil inspirava ares reformistas no campo da saúde, e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) já se organizava enquanto sujeito político para reivindicar melhores condições de trabalho, denunciando o modelo manicomial e inscrevendo na história o início da mobilização organizada pela humanização no cuidado em saúde mental nas instituições brasileiras. O movimento reformista confluía na correnteza do processo de redemocratização do país e também da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo um cenário excitante que agourava novos tempos. Alarcon (2002, p. 51) situa que o MTSM se uniu às propostas da reforma sanitária brasileira, a qual denunciava fortemente que as abordagens de cuidado em saúde fossem “patrocinadas por um contexto privatizante, ou seja, comprometidas com as leis do mercado e, conseqüentemente, sob a determinação do lucro.” Já Amarante (1998, citado por Alarcon, 2002, p. 55) aponta que, dada essa união com a lógica sanitária, as primeiras reformulações institucionais ainda não se colocavam expressamente a “desconstruir o paradigma psiquiátrico, construir novas formas de atenção, de cuidados, inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades.”

O trabalho referenciado de Alarcon (2002)³ traça uma retomada dos aspectos históricos que aconteceram em diversos estados brasileiros a partir dos anos de 1970 até a data do

² Ver Rachel Gouveia Passos (2018), que situa em seu artigo “Holocausto ou Navio Nегreiro? Inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira” a importância de racializar a história da loucura no contexto brasileiro.

³ Considerando os limites deste trabalho, optou-se por recorrer à referência de Alarcon (2002), mas destacam-se outros autores fundamentais que se dedicaram a registrar a história da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira como Lobosque (1997), Amarante (1998), Tenório (2001), Yasui (2010).

sancionamento oficial da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em 2001 (Lei 10.216/2001)⁴. Para este trabalho, cita-se apenas o momento substancial, em 1987⁵, situado no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, em São Paulo, no qual o MTSM radicaliza seu discurso, inclui na sua luta os sujeitos manicomializados, lança o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e se organiza oficialmente enquanto movimento social em defesa da Luta Antimanicomial. Desde esse momento até os dias de hoje, toma-se como antimanicomial a gama de reflexões que analisam as violências manicomiais causadas no campo social e subjetivo, gerando problematizações sobre a instituição, sobre o saber-poder e sobre o estigma que produzem os discursos relacionados à loucura.

Esmiuçar as reflexões que pulsavam no nascer do movimento nacional da luta antimanicomial e que sustentariam ideologicamente a reforma psiquiátrica brasileira se faz relevante para, no desdobrar desta escrita, poder-se destacar aquilo que foi desviado das ideias antimanicomiais para então ganhar caráter contrarreformista. Tendo isso em vista, Severo (2003, p. 45) faz uma leitura das ideias basaglianas quando indica que, no âmago do discurso antimanicomial, se salientam pelo menos quatro aspectos fundamentais: uma crítica de natureza política, outra de cunho socioeconômico, uma terceira, que questiona os métodos de tratamento da loucura, e, por fim, uma que assinala o papel do médico e do saber psiquiátrico.

A crítica de natureza política faz menção àquilo que evocam os estudos foucaultianos acerca da loucura, quando coloca questão sobre o poder médico quanto ao interno e sobre o seu processo de institucionalização. Foucault (2006, p. 7) aponta que “o asilo não é a instituição que funciona de acordo com certas regras, mas um campo [...] com uma dissimetria essencial do poder, que adquire inscrição física no próprio corpo do médico.” Este, por sua vez, “é capaz de exercer sobre ele [o alienado] um domínio irresistível e de mudar a corrente viciosa das suas ideias” (Foucault, 2006, p. 12). Provocado pela instituição, o afastamento desumano dessas pessoas de todo convívio familiar e comunitário também se estabelece por conta da individualização da doença, em discurso formulado pela própria ciência psiquiátrica. Tendo a posse do saber sobre a loucura, o poder psiquiátrico gera um processo de dependência do louco em relação ao tratamento e à instituição, impossibilitando, inclusive, que os vínculos familiares e sociais também sejam agentes no cuidado do indivíduo. Cabe citar que essas ideias também

⁴ A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001) foi proposta pelo deputado federal Paulo Delgado em 1989 (Projeto de Lei 3.657/89) e ficou tramitando no Congresso por 12 anos até ser promulgada no dia 06 de abril de 2001 pelo presidente Fernando Henrique Cardoso.

⁵ Um ano antes de outro marco fundamental para o estabelecimento da saúde como direito: o da criação da Constituição de 1988.

estavam, de fato, fortemente ligadas à luta pela democracia, tendo a reforma psiquiátrica basagliana se desenvolvido sobre um modelo que tinha como nome “psiquiatria democrática”.

A crítica de cunho socioeconômico, de acordo com Severo (2003, p. 46), diz respeito à população que era dirigida aos manicômios, especialmente marcada pela pobreza⁶, sendo alvo das internações aqueles que não respondiam ao ideal de produtividade da sociedade capitalista e aqueles que, por serem considerados desviantes da ordem social, eram marginalizados nas instituições totais por excelência: os manicômios e as prisões. Dado o retrospecto histórico da reforma, pode-se destacar que essa crítica também se estendia à mercantilização da chamada indústria da loucura.

O método das terapias envolvidas no tratamento da loucura era criticado principalmente pelo aspecto individualizante que isolava o paciente do mundo externo. Para Cooper (citado por Severo, 2003, p. 47), a doença mental é uma condição criada socialmente, na qual a experiência de algumas pessoas é invalidada e julgada pelo meio social. Sendo assim, é apontada a importância da psicoterapia grupal e familiar, onde o paciente encontra a possibilidade de formar laço social a partir das trocas e das transformações que ocorrem ao seu redor, para além de seu psiquismo interior considerado “problemático”. O pensamento basagliano também destaca que a instituição nunca coloca no processo terapêutico o objetivo de responder às necessidades do paciente e, muitas vezes, o tratamento individual delimita uma relação de dominação entre o médico e o paciente, onde este fica refém do poder daquele que contém o saber sobre a sua doença e, conseqüentemente, sobre a sua cura, tornando-se uma contrariedade àquilo que também representa uma bandeira fundamental de práticas antimanicomiais, que tem como objetivo incentivar a autonomia do paciente e a sua participação ativa na elaboração do seu plano terapêutico.

O quarto aspecto, que concerne ao papel do médico, refere-se a uma convocação da psiquiatria enquanto ciência para repensar sua implicação com o ato de transformação da assistência psiquiátrica. Coloca-se em questionamento o uso da psicofarmacologia e de outras terapias invasivas, como a eletroconvulsoterapia e psicocirurgias, como modos de repressão do indivíduo, assim como a relação médico-paciente baseada em interesses econômicos e a reprodução de visões puramente biológicas da doença, requerendo que a medicina psiquiátrica lance o olhar às perspectivas psicológicas e sociológicas relativas ao seu “objeto”.

⁶ Passos (2018) e Palombini (2022) registram em seus textos uma atualização dessa problemática que inclui o racismo estrutural como elemento que perpassa a fundação dos manicômios no Brasil, atentando para o fato de que sua população não era apenas pobre, mas majoritariamente negra. A população negra, outrora presa pela escravização, foi então destinada a outras prisões, incluindo o manicômio.

2.1. Movimento reformista em solo gaúcho

Após esse resgate dos passos históricos do movimento da luta antimanicomial que culminaram no processo de reforma psiquiátrica no Brasil, chega-se ao território sobre o qual este ensaio percorre sua análise. O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado brasileiro a aprovar uma lei estadual de reforma psiquiátrica (Lei 9.716/1992)⁷, no dia 7 de agosto de 1992, nove anos antes da lei nacional, estabelecendo-se como um dos pioneiros na mobilização da luta antimanicomial como ator social de transformações no campo da saúde mental.

Dias (2007), Ruszczyk (2008) e Souza (2012) discorreram em seus escritos sobre o campo das instituições asilares no Rio Grande do Sul, partindo do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), que surgiu em 1884 em Porto Alegre como o primeiro hospício do estado. Durante décadas, o cenário da assistência foi aquele já apresentado: enraizado no apagamento e na exclusão. Mas foi na década de 70 que se desenvolveu um programa pioneiro da Secretaria Estadual de Saúde, o Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, junto ao bairro no qual se localizava o HPSP. Foi também o momento de difusão da lógica ambulatorial, com a criação de ambulatórios espalhados pelo estado. Pode-se considerar que esses projetos foram pinceladas importantes para a incipiente construção da reforma, pois tinham como objetivo promover ações de prevenção e de reabilitação, visando a redução do número de internações e a desinstitucionalização dos pacientes do hospital. Segundo Dias (2007, p. 70), o número de internos do Hospital Psiquiátrico São Pedro diminuiu de cerca de 4.297 pacientes em meados dos anos 1960 para 1.915 no final da Ditadura Militar.

Essa iniciativa do Sistema de Saúde Murialdo também deu origem à qualificação de profissionais através de programas de residência em medicina comunitária e de residência multiprofissional, valendo-se de ferramentas fundamentais para a prática da saúde coletiva até os dias de hoje: a formação e a educação permanente. O ensino e a pesquisa em saúde, articulados com a territorialização, estabeleceram-se no modelo reformista como uma forma de compreender um saber para além da hegemonia médico-clínica, saber esse que se encontra nas potências dos coletivos e das comunidades que compõe o território vivo da cidade.

A ascensão dos movimentos geradores de transformação engendrou, conforme indica Fagundes (2006), em um processo construtor de sujeitos sociais. Em 1991, durante um encontro estadual de saúde mental, ocorreu a organização do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM)

⁷ A Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica (Lei 9.716/1992) foi proposta pelo deputado estadual Marcos Rolim e foi aprovada por unanimidade na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul no dia 07 de agosto de 1992.

enquanto agente social em defesa de uma sociedade sem manicômios, alinhando-se ao movimento social da luta antimanicomial. Essa articulação dos indivíduos e dos coletivos que sofrem efeitos e protagonizam mudanças indica que estes são “sujeitos desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão do cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida” (Fagundes, 2006, p. 60). Essa perspectiva é importante para se pensar sobre o agenciamento desses agentes sociais não apenas no período em que se instituiu a reforma, mas também na atualidade, seja no cotidiano de uma prática de cuidado sob a ótica da saúde mental coletiva, seja na articulação de uma frente de resistência às ações de cunho contrarreformista.

Ainda sobre o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, percebe-se a efetividade que um coletivo pode ter nas mudanças radicais que se propõe a defender. Fagundes (2006, p. 105) apresenta um relato sobre as implicações desse ator social no processo reformista sul-riograndense quando diz que o Fórum integrou e ocupou lugar de destaque em diversos movimentos que visavam a transformação dos modos de pensar e de agir sobre a loucura. Nesse espaço social, os integrantes eram desafiados a se (re)criarem como atores e em singularidade, e “seu grande desafio era o de ampliar sua capacidade de suporte, de acolhida, de tolerância e de invenção dos coletivos de produção da saúde mental.”

A partir dessa mobilização engajada e com a oficialização da Lei da Reforma Psiquiátrica, no início dos anos 2000 o cuidado em saúde mental em solo gaúcho foi sendo transformado. Ao serem executadas as mudanças que impunha a nova lei, deu-se a extensa abertura de serviços substitutivos e de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, bem como de programas visando a reabilitação psicossocial e de espaços de atendimento ambulatorial em uma rede de atenção integral à saúde mental. Fagundes (2006, p. 110) aponta que, desde que a reforma foi instituída no estado, o Fórum se organiza jurídica e politicamente integrando o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) e alguns Conselhos Municipais. Essa presença produz movimentações nas políticas públicas, inclusive em seu âmbito jurídico e administrativo, como em decisões sobre a reinclusão de hospitais psiquiátricos na rede de assistência, antiga proposta de mudança da lei estadual que não foi à votação pela influência da mobilização dos mentaleiros⁸.

Tomando o conceito de Reforma Psiquiátrica em suas duas facetas, de um lado há o processo sociopolítico, que abrange um conjunto de saberes e práticas que tem como

⁸ Mentaleiros é a denominação atribuída aos militantes pela reforma psiquiátrica.

embasamento a destituição do modelo manicomial e do fim da soberania da medicina psiquiátrica como referências absolutas no tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico⁹. Do outro lado, a aplicação na concretude da vida, com a reorganização institucional do cuidado, do trabalho e dos modos de gerir os serviços de saúde mental. Sendo assim, a Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica carimbou que:

A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares. (Rio Grande do Sul, Art. 2º Lei 9.716, 1992).

A próxima sessão deste trabalho pretenderá reconstruir de que modo esse processo se enunciou na cidade de Porto Alegre, mostrando a especificidade dessa rede de cuidado a partir do plano de municipalização dos serviços de saúde. Partindo desse recorte, será possível analisar as particularidades da administração e da atuação de seus equipamentos e pensar sobre sua articulação com o movimento em curso de contrarreforma psiquiátrica.

2.2. Genealogia da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre

A origem da ideia de municipalização da saúde remete aos próprios princípios do SUS, mais especificamente, ao de descentralização. Fagundes (2006, p. 45) explica que aos municípios foram atribuídas as funções de instituir e de administrar os seus sistemas municipais de saúde a partir dos recursos oriundos dos três níveis de governo (município, estado e união), respeitando também a participação popular através do controle social representado na figura dos Conselhos e das Conferências de Saúde. A Constituição de 1988 também apresenta a determinação de que é uma competência municipal a implementação da política local de saúde, fazendo com que “o gestor municipal se tornasse ator central de grande densidade na operação

⁹ Dias (2007, p. 120) indica que a escolha por “pessoa em sofrimento psíquico”, em vez de “doente mental”, é uma mudança conceitual da reforma que tem como objetivo não reduzir a condição de sujeito à sua patologia, em um processo social coletivo de desestigmatização da loucura.

da política de saúde” (Fagundes, 2006, p. 78). É por conta dessas diretrizes que o SUS se constitui de modo singular conforme as características de cada cidade desse Brasil extenso e profundo.

Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, o primeiro estado brasileiro a estabelecer uma lei própria de reforma psiquiátrica, evidentemente, possui modos de articulações particulares no exercício da implementação e no desdobramento da sua política de saúde. O objeto de pesquisa que este trabalho busca analisar é a sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que reúne os chamados *serviços substitutivos*, idealizados na passagem do tratamento manicomial ao cuidado em liberdade, quando outros corpos, outrora hospitalizados, voltaram a transitar pelas ruas das cidades.

Fagundes (2006, p. 79) destaca que esses novos equipamentos são suporte para uma transformação dos modos de atendimento em saúde mental, estimulando “a construção de cidadania, a acolhida às pessoas em sofrimento psíquico, a diversificação de modalidades terapêuticas e a provocação de novos entrelaçamentos sociais.” O tecer dessa rede de serviços de saúde mental funcionava de modo a acolher as demandas individuais e coletivas, criar dispositivos de inserção no laço social e acompanhar os sujeitos em seus processos singulares, acreditando sempre na autonomia como ética para a liberdade e para a cidadania. Nessa complexa estruturação de políticas municipais de saúde e suas capilarizações, o cidadão que se inserisse como usuário da RAPS em Porto Alegre começaria a deparar-se com diversos equipamentos de saúde criados sob a perspectiva biopsicossocial.

A Rede de Atenção Psicossocial, fundamentada nas já citadas Lei Federal nº 10.216/2001 e Lei Estadual nº 9.716/1992, foi instituída pela Portaria nº 3.088/2011 e “tem como premissa o cuidado integral, a ênfase no cuidado com base territorial, a desinstitucionalização, a reabilitação, a atenção às urgências e a indicação de hospitalização apenas quando estritamente necessária” (SMS/PMPA, 2021, p. 372). Mas desde antes da oficialização nacional da Lei da Reforma Psiquiátrica, principalmente na década de 1990, Porto Alegre presenciou uma considerável transformação na política de saúde mental com a abertura de muitos equipamentos de cuidado até então inéditos. Nesta seção do trabalho o objetivo é apresentar os serviços que compõem essa rede municipal, definindo sua função institucional e classificando seu vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), seja público ou parceirizado.

Nos anos 1970, juntamente com as iniciativas criadas a partir da proposta de setorização¹⁰ do cuidado, que determinavam um enfoque à assistência extra-hospitalar, consta registrada a abertura de “um serviço ambulatorial [para adultos], especializado em psiquiatria na região central [de Porto Alegre]” (Fagundes, 2006, p. 52). A Secretaria Municipal de Saúde (2016), em sua genealogia da RAPS, traz o ano de 1971, como o de criação da Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA) Centro, destacando a equipe de serviço ambulatorial como marca importante da rede de saúde porto-alegrense, como especificidade da sua própria demanda¹¹. Nos capítulos seguintes, serão apresentadas perspectivas sobre o processo de ambulatorização do cuidado em saúde mental e suas intersecções com a medicalização da população e da proeminência do saber psiquiátrico nesses espaços.

Em 1990, surgiu a Pensão Pública Protegida Nova Vida, idealizada pela Secretaria Estadual de Saúde como resposta à demanda de abrigo de moradores de um serviço privado que fora fechado. Essa pensão foi a primeira moradia pública para pessoas em sofrimento psíquico no Rio Grande do Sul (Fagundes, 2006, p. 68) e após um tempo, foi integrada aos serviços administrados pela gestão municipal. Hoje, o chamado Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Nova Vida é um dos cinco SRT destinados a “receber pessoas com transtorno mental e perda de autonomia, sem rede afetiva e de cuidado” (SMS/PMPA, 2021, p. 374).

Em 1992 e 1996, respectivamente, foram abertos os dois primeiros Centros de Atenção Integral à Saúde Mental (Caismental), o primeiro na zona sul da cidade e o segundo na região central. Esses equipamentos, que com o passar dos anos seriam chamados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), vieram a somar um espaço de acolhimento que visava a oferta de um cuidado comunitário, refletindo sobre a lugar da clínica naquele contexto e as possíveis criações de laço social que aquele espaço poderia produzir. Sibemberg (2020, p. 84) apresenta as condições históricas da criação do CAPS Caismental Centro, apontando que sua fundação se deu com uma equipe que contava com profissionais de psicologia, de enfermagem, de serviço social, de terapia ocupacional e de psiquiatria. O autor, que fez parte dessa equipe desde o seu início, ressalva que naquela época a construção do serviço “contou com o apoio da equipe de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, mas necessitou de uma negociação mais ampla junto ao fórum de políticas sociais no gabinete da prefeitura”, demonstrando que, no movimento

¹⁰ Fagundes (2006, p. 51) aponta que a setorização foi uma política de saúde mental que tinha como principais propostas a territorialização, a continuidade terapêutica e a priorização da assistência extra-hospitalar.

¹¹ Essa informação, contudo, contrasta com o que aponta Sandra Fagundes, ao comentar este trabalho: a denominação de Equipe de Saúde Mental.

de criação, de manutenção ou de desconstrução das políticas, há sempre um jogo de forças, de propostas, de perspectivas, mas também transparecendo a dimensão da importância da organização coletiva dos trabalhadores em saúde mental, em liga com aliados, em momentos socio-históricos e políticos que demandam com maior intensidade a conscientização e a articulação desses atores sociais. Sibemberg (2020, p. 89) oferece palavras para ampliar esse pensamento quando coloca que: “propomos pensar que a gestão da clínica no campo da saúde mental não está dissociada das relações de poder que se estabelecem no laço social” e para além da política que envolve essas disputas que rondam os aparelhos de Estado, nas quais estão envolvidas as políticas públicas, política também se refere ao “modo como as pessoas de uma comunidade interagem entre elas no governo da pólis.”

Seguindo nesse processo criador, de 1996 ao ano 2000 foram abertos os serviços de oficina de geração de renda, o GeraPOA, equipes de saúde mental infantil, hoje chamadas Equipes Especializadas em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), CAPS infantojuvenil (CAPSi) e o primeiro pronto atendimento em saúde mental, no tempo presente, Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM). Esse mapeamento dos serviços inaugurados previamente à lei federal da reforma serve como demonstrativo da conjuntura própria do município de Porto Alegre, por estar inserido em um estado no qual os trabalhadores, estudiosos e usuários do campo da saúde mental foram agentes indispensáveis na concepção dessa rede complexa.

Quando houve a oficialização da reforma psiquiátrica nacional e sua instalação efetiva nas cidades brasileiras, Porto Alegre contou com uma ampliação modesta dos equipamentos já existentes em sua rede. Sobre esse período, Fagundes (2006, p. 222) identificou um fenômeno que chamou de *efeito dique*, mencionando a dificuldade de aceleração de implantação da reforma psiquiátrica através da abertura de novos serviços e da amplificação da discussão, por não encontrarem espaço em ambientes como os meios de comunicação, entidades profissionais e no legislativo municipal. A autora conta que o trabalho naquele momento foi de sustentação dos movimentos instituídos até então e de contenção das ameaças de retrocesso, que foram ainda mais impulsionadas quando, no governo municipal seguinte, atores sociais com propostas contrarreformistas ocuparam cargos de gestão e conseguiram, então, incluir suas pautas na agenda daqueles ambientes. Já no início da década de 2010, a criação de novos serviços substitutivos seria atingida com força pelo empresariamento, principalmente com enfoque específico na política de saúde mental, álcool e outras drogas, como o estabelecimento de CAPS

álcool e outras drogas (CAPS AD) com leitos noturnos e funcionamento 24 horas, inclusive aos finais de semana.

Em 2024, temporalidade em que este trabalho se baseia, a RAPS de Porto Alegre conta com 42 equipamentos, 2 (dois) plantões de emergência em saúde mental e aproximadamente 400 leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos (SMS/PMPA, 2021, p. 374) que se encontram distribuídos em 8 (oito) Gerências Distritais (GD)¹²: Centro, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Norte/Eixo Baltazar, Leste/Nordeste, Partenon/Lomba do Pinheiro, Glória/Cruzeiro/Cristal, Restinga/Extremo Sul e Sul/Centro. Além dos dispositivos de média complexidade ou de permanência de caráter transitório, a rede também conta com a estratégia de matriciamento na atenção básica, que tem como objetivo a produção de outras práticas e outras formas de pensar a saúde mental nas unidades de saúde e no espaço comunitário, bem como o Programa de Volta para Casa, que oferece um auxílio à reabilitação psicossocial para a reintegração social de usuários com histórico de longas internações em instituições psiquiátricas ou hospitais de custódia.

Nessa composição, 24 equipamentos são próprios da prefeitura, 5 (cinco) são de parcerias públicas com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ambos hospitais públicos federais, o primeiro vinculado ao Ministério da Educação e o segundo ao Ministério da Saúde, e 13 serviços têm vinculação através de parcerias privadas, entre eles CAPS AD III e IV, Residenciais Terapêuticos e Comunidades Terapêuticas (CT)¹³. O primeiro convênio na RAPS entre o município e instituições filantrópicas data de 2009¹⁴ (SMS/PMPA, 2016), mas, nos últimos seis anos, todos os novos pontos de ampliação da rede, referentes à construção de três CAPS AD e quatro SRT, estão sendo administrados pelo setor privado, além do chamamento público¹⁵ de seis novos CAPSi e dois novos CAPS III, que tiveram “resultados desertos” (SMS/PMPA, 2021, p. 374).

¹² Em 2021 a SMS apresentou uma proposta de redução de oito para quatro Gerências Distritais de Saúde, que foi reprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, sendo considerada injustificável e um retrocesso para a organização da rede, além de ir na contramão dos princípios do SUS de territorialização e descentralização.

¹³ No capítulo destinado à discussão sobre a contrarreforma psiquiátrica será abordada a problemática da inserção das CT na RAPS, mas desde já pontua-se que a permissão de sua implantação e manutenção por meio de dinheiro público é considerada um disparate.

¹⁴ Nota-se um desencontro de informações quando Hoff (2016, p. 134) apresenta que a Comunidade Terapêutica participante da sua pesquisa tem convênio com a SMS/PMPA desde 2008 e que consta no portal da transparência que o recebimento de verbas do município é anterior a este período. Na referência mencionada da SMS as CT não aparecem na linha do tempo.

¹⁵ Chamamento público é o nome dado ao processo administrativo de seleção da organização parceira a ser contratualizada pela administração pública.

3. NOTAS SOBRE A MÁQUINA PÚBLICA: empresariamento em saúde

No emaranhado do campo de forças que contorna as políticas públicas, a relação entre Estado, mercado e terceiro setor pode, muitas vezes, ter configurações e limites com uma fragilidade típica da ideologia neoliberal. Se a emergência do neoliberalismo inoculado nos pensamentos e nas práticas político-econômicas remete aos anos 1970 e 1980, ele cresce no Brasil em paradoxo a todas as grandes transformações mencionadas: o reestabelecimento do regime democrático brasileiro, a criação da Constituição de 1988 como sustentáculo da garantia de direitos e, com ela, o movimento sanitário e a instituição do SUS, e a estruturação do movimento da luta antimanicomial que ascenderia para a reforma psiquiátrica.

Partindo dos escritos de Harvey (2012, p. 13), as principais ideias advindas do neoliberalismo que interessam a esta análise são a de mínima intervenção do Estado nas atividades econômicas e a de que “o bem social é maximizado se se maximizam o alcance e a frequência das transações de mercado, procurando enquadrar todas as ações humanas no domínio do mercado.” A pretensão é refletir, então, como o discurso neoliberal corporativista e o ideal do Estado democrático de direito promotor de bem estar social, que defende que a saúde é um direito do cidadão que o Estado deve prover acesso universal, coexistem nas políticas públicas de saúde mental e investigar de que formas esses dois projetos se articulam à corrente contrarreformista.

Historicamente, a relação público-privado no contexto da saúde brasileira expandiu suas raízes em tempos remotos ao advento do neoliberalismo, e Braga (2018), suporte material importante para esta seção, apresenta uma significativa pesquisa histórico-crítica sobre o empresariado e políticas públicas de saúde no Brasil contemporâneo. Os prestadores de serviço privados de saúde foram impulsionados a partir da urbanização do país na metade do século passado e do crescimento da demanda populacional por assistência à saúde, principalmente da classe trabalhadora. No contexto ditatorial, com o vislumbre de modernização administrativa do Estado capitalista, a centralização do sistema previdenciário no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) viabilizou o repasse de investimentos para a assistência de saúde privada na figura de convênios-empresa e de contratos com hospitais e clínicas pelo INPS, priorizando “a contratação de serviços privados, em detrimento da ampliação da rede pública, fortalecendo, através do Estado e de recursos públicos, um complexo médico-empresarial” (Cordeiro, 1984 citado por Braga, 2018, p. 44). Nesse período, havia também a proposta de articulação do Estado com os interesses do capital internacional, com vista para a lucratividade

da área da saúde, principalmente representada na prática médica curativa com a participação da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares e das operadoras de planos de saúde. Foi tamanho e longínquo o impulsionamento para essas pactuações, especialmente pelo Banco Mundial, quando o mesmo em 2007, por exemplo, aponta que o cuidado em estabelecimentos públicos brasileiros seria afetado principalmente por insuficiências relacionadas “às áreas de suprimento de medicamentos, de gestão das pessoas e de equipamentos e insumos médicos” (World Bank, 2007 citado por Andreazzi & Bravo, 2014, p. 504). Mais além, no final do período da ditadura, com a propagação do movimento sanitaria e sua captação de atores sociais interessados na garantia de direitos, que defendiam a expansão e a estatização do sistema público e maior controle sobre os equipamentos privados parceirizados, o setor empresarial da área da saúde precisou se mover para edificar sua representatividade política pelo lado de dentro da máquina pública.

Se a constituinte tinha como ideia a publicização da assistência à saúde, é preciso compreender quais foram os furos legislatórios que possibilitaram a admissão da iniciativa privada em sua administração. O texto Constitucional (Brasil, 1988) presume no artigo 199 que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.” Da mesma maneira, no artigo 24 da Lei nº 8.080/1990 há a regulamentação da participação complementar “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.” Contudo, a contratação do setor privado com intuito pontual e temporário de preencher alguma falta da administração pública é uma ação consideravelmente díspar da conduta adotada de abertura desgovernada de chamamentos públicos para as parceirizações de novos ou já existentes serviços da atenção de média complexidade e da atenção básica. O que fora criado como caráter excepcional virou projeto de governo na agenda neoliberal.

Sobre a inconsistência desse fenômeno, Weichert (2009, p. 84) escreve:

Em alguns casos, a gestão de redes de hospitais e postos de saúde foi integralmente repassada para entidades particulares, demitindo-se o Poder Público de uma das principais tarefas que a Constituição lhe havia atribuído. Além de inconstitucional, o repasse a particulares da atividade típica de Estado na saúde resultou, em vários casos: em desvio nas prioridades do SUS (a atividade preventiva é preterida pelos agentes particulares), na instituição de portas duplas de atendimento (SUS e planos de saúde,

com prejuízo ao primeiro), na supressão do concurso público para acesso à carreira, em desvio de recursos, em falta de transparência etc. (Weichert, 2009, p. 84).

Em tão pequeno trecho são citados aspectos de múltiplas direções das forças que atravessam as políticas públicas de saúde, pois a temática é complexa e envolve diversas incoerências. Mais do que questões legislativas e econômicas, deseja-se provocar reflexões sobre as implicações no âmbito do cotidiano da política, nas afetações sobre modos de gestão, relações de trabalho e práticas de cuidado. Pois se a “fundação privada deve perseguir finalidades privadas” (Weichert, 2009, p. 89), há uma preterição dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde e do exercício de humanização e de cidadania que o mesmo prioriza.

Na lógica de empresariamento de bens e serviços do Estado, ocorre que os agentes delegados a produzir e administrar sistemas públicos se aproximam de um domínio nomeado como *quase-mercado*. Nesse limiar entre setor público e setor privado há uma “ênfase na busca da maximização utilitária e ganhos de eficiência e qualidade” que respinga diretamente nos argumentos citados anteriormente (aspectos sobre gestão, trabalho e cuidado) e que se situa em um modo de gerenciamento intermediário “entre as condições absolutas de ‘livre mercado’ e as de monopólio estatal, que operariam com provimento financeiro (investimentos e custeios) e regulação estatais, mas sob marco regulatório e dinâmicas ‘mais flexíveis’ do Direito Privado” (Miranda, 2017, p. 6). Se institui, dessa forma, a racionalidade de gerencialismo empresarial para a gestão pública da assistência à saúde sob a premissa neoliberal de extração máxima da produtividade, da eficiência e da agilidade (Miranda, 2017, p. 7).

Do ponto de vista das políticas públicas, outros pressupostos são enunciados pelo neoliberalismo para amparar o crescimento do empresariamento e da privatização, como o discurso de crises econômicas globais, de endividamento e enxugamento da máquina pública e, sucessivamente, da diminuição dos orçamentos sociais. Segundo Braga (2018, p. 76), a cultura de incapacidade e de insuficiência financeira do Estado levou entidades de atenção à saúde, como exemplo das instituições filantrópicas, a se aproximarem do setor privado tanto pela atração de recursos, quanto pelo novo padrão de gestão empresarial de negócios.

A abertura do Estado a essas organizações por meio de subsídios diretos e isenções tributárias provocou uma mudança significativa no número de estabelecimentos privados que modificaram a natureza do seu estatuto jurídico de *com* para *sem* fins lucrativos¹⁶. Estima-se um aumento de 30% de entidades sem fins lucrativos no Brasil entre 2012 e 2020, sendo a

¹⁶ Ver Silva e outros (2023) em artigo intitulado “O aumento de entidades filantrópicas no SUS: o que esse cenário revela?”.

região Sul a segunda com maior crescimento, e algumas pistas são levantadas para a análise dessa estratégia:

Esse processo pode estar relacionado a alguns fatores como: indução promovida pelas isenções fiscais e tributárias que essa alteração oferece; possibilidade de firmar convênios, ter preferência quanto à complementaridade de serviços e/ou estar apto para solicitar e receber emendas parlamentares e incentivos contratuais da gestão pública. (Silva e outros, 2023, p. 3).

Logo, fica possível perceber o impetuoso jogo político e econômico que se impõe sobre o sistema de saúde público brasileiro desde a sua concepção e que consegue nortear políticas e programas de saúde mudando o curso das águas conforme seus ventos acordarem. Nenhum direito está garantido terminantemente em um Estado que se organiza sob a égide neoliberal (Hoff, 2016, p. 19).

Faz sentido pensar, portanto, que esse modelo de gerenciamento produz mais que mudanças institucionais e administrativas, implicando diretamente nas lógicas de atenção e nas relações circulantes. Lima (2010, citado por Braga, 2018, p. 79) aponta que a novidade da intensificação nesse processo de parcerizações é que este não mais se resume ao oferecimento de recursos do setor privado para prestação de serviços contratados pelo poder público, mas no qual o próprio serviço público fragmenta suas forças, cedendo ao contratado, as instituições privadas, parte ou a totalidade de seus próprios recursos. Tal rachadura oferece terreno descampado para que discursos contrarreformistas sejam germinados e se ergam sobre as políticas públicas. A construção dessa íntima relação entre o público e o privado ocasiona um significativo tensionamento entre diferentes projetos de saúde: um primeiro voltado para a publicização, universalidade, equidade, integralidade e produção coletiva, e um outro que focaliza nos interesses do mercado, no gerencialismo e na lógica individualista profundamente introjetada na cultura.

Este estudo escolheu como recorte a Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre por razão da pretensa de análise do movimento em curso de contrarreforma psiquiátrica. Entretanto, torna-se indispensável que um espaço deste capítulo faça menção ao acelerado processo de contratualização da atenção primária à saúde (APS) do município por duas justificativas: a primeira à nível de entendimento e valorização de que o cuidado em saúde se produz em rede, uma vez que a atenção básica é a porta de entrada para todos os segmentos do SUS e serve como sustentação basilar de toda estrutura institucional de cuidado. A outra surge ao encontro de dados estatísticos preocupantes e que comprometem diversos aspectos da saúde pública, mas

que geram questionamentos como: se, atualmente, 96% dos postos de saúde possuem algum instrumento de contratualização¹⁷¹⁸, ferramenta de empresariamento, o que acontecerá com outros equipamentos de diferentes graus de atenção, como na RAPS? Todo o SUS porto-alegrense estará fadado ao empresariamento?

A atenção primária à saúde foi constituída para ser o chão firme de toda edificação do sistema único de saúde. A Declaração de Alma-Ata, formulada pela OMS em 1978, foi um documento importante para a promoção das atribuições do cuidado primário em saúde e de uma reformulação teórica e simbólica do próprio conceito de saúde, e nela estava proposta a possibilidade de prover universalidade no acesso. Imensa é a importância da atenção básica por suas responsabilidades, que começam em seu caráter de cuidado preventivo e comunitário, territorializado, e vão até o compromisso de coordenar e acompanhar o cuidado dos usuários pela rede. Popularmente conhecido como *postinho*, apelido brasileiro e afetivo que expressa no diminutivo um dispositivo institucional de cuidado em saúde que se torna gigante em suas demandas de “resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, organizar os fluxos e os contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde e responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer dos pontos da rede em que ele se encontre” (Melo, 2023, p. 99). Essa complexidade não passou despercebida pelo projeto de empresariamento da saúde pública.

A pesquisa de doutorado de Karen Melo (2023) apurou a contratualização dos serviços da APS no período de 2019 a 2023 e levantou algumas críticas pertinentes que interessam ao presente trabalho em termos de análise de política e levando em consideração que processo similar paira sobre a RAPS e que de fato atravessa o seu próprio funcionamento no âmbito do trabalho e na forma como o cuidado dos usuários é compartilhado. A primeira crítica se direciona à condução do processo¹⁹ que transferiu quase que a totalidade das unidades para o terceiro setor “sem resguardar um quantitativo maior de unidades próprias, sem um plano de transição e sem planejamento que tivesse contemplado um período de curva de aprendizado”

¹⁷ Karen Cristina Correa de Melo (2023) analisa esse processo à nível municipal e suas intensas implicações em sua tese “Contratualização da atenção primária à saúde às organizações da sociedade civil em Porto Alegre: fragilidade do monitoramento e consequências para o direito à saúde à porta de entrada no SUS.”

¹⁸ Segundo a autora, 10% dos equipamentos contam com administração indireta mediante convênios públicos e 86% com organizações sociais mediante termos de colaboração com a SMS/PMPA.

¹⁹ Há nessa mesma tese uma importante historicização sobre o fechamento do Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF), declarado inconstitucional pelo TJRS e pelo STF pelo seu caráter de fundação estatal de direito privado. A autora recorda que o desmanche do IMESF foi a principal circunstância que levou ao início da contratualização na APS, primeiramente em regime emergencial. Vale registrar que Weichert (2009), anteriormente citado, já aponta em seu artigo de 2009 sobre a inconstitucionalidade das fundações estatais de direito privado. O IMESF foi criado em 2011, julgado inconstitucional em 2013 e extinto em 2019.

(p. 269), causando um enfraquecimento súbito da gestão da máquina pública sobre os serviços de saúde e do vínculo empregatício de centenas de trabalhadores. Com mudanças de equipes inteiras repentinamente, os vínculos e a continuidade do cuidado foram expressivamente prejudicados, gerando uma desarticulação entre gestão, trabalhadores e usuários que até hoje não foram seguramente realinhadas, visto que a operação ainda está em curso, mas também que a instabilidade e a cultura de crise são permanentes no projeto neoliberal. A repercussão dessas mudanças na APS atingiu a RAPS em forma de sufocamento e isolamento dos serviços e de impraticabilidade de atividades primordiais para as condutas terapêuticas, como os matriciamentos e a integração do cuidado na construção conjunta de projetos terapêuticos singulares (PTS). Na realidade da política, isso significou em inúmeros usuários “perdidos na rede”, sem unidade ou profissional de referência, desterritorializados e abstraídos à uma rede de saúde mental fragilizada e imersa na lógica da ambulatorização.

A segunda crítica foca em um ponto extremamente caro ao controle do sistema, tanto pela sociedade civil por meio do controle social, prática que é fundamental e constitutiva do SUS, quanto por parte do poder público, que continua sendo o responsável maior pela fiscalização e monitoramento da administração dos serviços. Melo (2023, p. 273) ressalta sobre a falta de transparência por parte do terceiro setor e sobre a escassez de informações acessíveis sobre essas entidades, não sendo possível, portanto, acessar dados relacionados aos repasses para pagamentos remuneratórios, indicadores de desempenho, estrutura organizacional e descrição de despesas e desembolsos, por exemplo. Sobre isso, a autora defende que, por essas parcerias subsistirem inteiramente às custas do dinheiro público, as mesmas necessitam fazer sua prestação de contas com ampla publicização, pois “as relações negociais com dinheiro público precisam ser cristalinas em respeito à publicidade e, conseqüentemente corroborando o seguimento do princípio da impessoalidade e moralidade” (Melo, 2023, p. 280), para que então seja possível avaliar sua eficiência e economicidade.

Por fim e elementar, critica-se as condições trabalhistas dos profissionais da saúde e auxiliares terceirizados. As organizações sociais do terceiro setor, por não estarem inseridas no aparato constitucional da administração pública, não possuem funcionários em regime estatutário contratados através de concurso público. Essa característica é mais uma disputa de discursos entre a lógica publicista e a privatista, em que a primeira defende o princípio da impessoalidade para admissão na carreira estatal e sua estabilidade funcional assegurada com o fim de possibilitar “a independência daqueles que servem ao Estado para agir não ao sabor das necessidades dos governos, mas sim de seus deveres como parte da composição do próprio

Estado” (Borges & Müller, 2020, p. 324). Já na ideia de desestatização se insere uma crítica a essa estabilidade pelo julgamento da mesma ser contraproducente e afetar a eficiência dos serviços prestados. Melo (2023, p. 282), por sua vez, destaca que a mudança no regimento da força de trabalho causou instabilidade no vínculo empregatício e conseqüentemente maior rotatividade dos profissionais nos serviços. A alternância dos trabalhadores somada à vacância provoca frequente necessidade de reorganização de equipes, prejudicando a criação de vínculos, a longitudinalidade do cuidado, o processo de apropriação do conhecimento sobre o trabalho na saúde pública e a formação de redes interdisciplinares e intersetoriais de cuidado.

Tendo em vista as citadas mudanças micropolíticas e macropolíticas, destaca-se que, nesse cenário em que a máquina pública coexiste com um jogo de forças, o Estado fica limitado a um papel de fiscal de contratos e regulador de filas de espera. Braga (2018, p. 118) indica que essa proposta de injeção aos serviços públicos à lógica administrativa empresarial e gerencial visa ordenar a política nacional de saúde para a abertura aos interesses do capital. Assim:

A cultura da colaboração público-privada vem difundindo valores, ideias e práticas voltadas para: a naturalização da participação privada na gestão da qualidade da assistência à saúde; a indiferenciação entre os interesses envolvidos na sua prestação; e a ampliação do mercado de serviços de saúde no país. Restringe-se, assim, a noção de saúde como direito de cidadania, e os próprios cidadãos a meros consumidores de serviços na área. (Braga, 2018, p. 119).

Com essa perspectiva, visa-se na próxima seção ensaiar reflexões sobre as influências dos fenômenos retratados ao se interseccionarem na política pública de saúde mental em Porto Alegre. A premissa que guia este capítulo se refere à possibilidade de costurar associações entre empresariamento, remanicomialização e contrarreforma, com enfoque principal na contrarreforma psiquiátrica, considerando-a pertencente ao curso geral de contrarreforma da política de saúde brasileira.

4. CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA: fios manicomialis na rede de atenção psicossocial

Sustenta-se que, na política pública de saúde, há uma indissociabilidade entre atenção e gestão, entre modos de gerir e de cuidar²⁰. Esta perspectiva enlaça gestão, trabalho e cuidado

²⁰ Fala da psicóloga Ana Paula Lima em seminário online da Residência em Saúde Mental Coletiva da UFRGS ocorrido em setembro de 2021, disponível no Youtube.

na complexidade da rede, da mesma forma como estão enredados fatores sociais, políticos e econômicos de um cenário. Em contrapartida, avalia-se que os processos de empresariamento e contrarreforma, quando atuam sobre essa rede, acabam por desarticular e isolar os agentes desse campo: gestores, trabalhadores e usuários. Este capítulo tem como proposta apontar, além das mudanças legais do âmbito político-econômico, cenas e prismas cotidianos que carregam em si fragmentos manicomializados, contrapondo os argumentos apresentados no primeiro capítulo com o que pode soar como trivial na política pública, mas que concentra, nas miudezas, grandes e persistentes problemáticas antirreformistas.

O termo *contrarreforma* não busca propor algo novo em relação à reforma, mas expressa um conservadorismo, um retorno ao modelo manicomial de cuidado. Esse processo de reprodução de práticas remanicomializadas, repressoras e privatistas, soma-se à contrarreforma do Estado brasileiro através da complexificação dos interesses econômicos de mercado nas políticas sociais, expressa por meio de medidas de privatização, sub ou desfinanciamento do SUS (Lira & Oliveira, 2023, p. 113). Para situar esse processo em termos de análise de política pública, vale destacar alguns marcos regulatórios na legislação que foram considerados retrocessos significativos no campo da saúde mental, álcool e outras drogas.

4.1. O retorno dos manicômios à política de saúde mental

Segundo Guimarães & Rosa (2019, p. 121), a política de saúde mental orientada pelos princípios da luta antimanicomial sofreu um grande golpe já em 2012, com a instauração da Portaria nº 131/2012, que instituiu o apoio financeiro e a inserção de Comunidades Terapêuticas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Essas instituições são voltadas para o atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas. Possuem estatuto jurídico de entidades privadas sem fins lucrativos e são fortemente ligadas às instituições religiosas, mantendo seu funcionamento com grande dispêndio de dinheiro público. São muitas as críticas direcionadas ao modo de atuação das CT, caracterizadas por serem fundamentalmente ancoradas em um viés de doutrinação religiosa e por reproduzirem práticas repressivas, com caráter conservador e rígido, embasando seu trabalho na lógica da abstinência e na ruptura dos vínculos societários e reproduzindo lemas como: “oração, trabalho e disciplina: o tripé para ficar sóbrio.” Há anos as CT ganham destaque na mídia e são alvos de inspeção por parte do Ministério Público por conta das denúncias de violação de direitos humanos nesses espaços, com episódios recorrentes de violência física, hipermedicalização, trabalho forçado,

coerção para participar de cerimônias religiosas, incluindo registros de torturas, violências sexuais e mortes.

Em 2020, em meio à pandemia do coronavírus e à maior crise socio sanitária dos últimos tempos, o governo federal publicou a Portaria nº 69/2020 e a Resolução nº 3/2020, indicando, respectivamente, a internação da população em situação de rua (incluindo imigrantes) e de adolescentes em comunidades terapêuticas. Com alegações de medidas emergenciais e disfarces de proteção social, essas determinações sentenciam o encarceramento de pessoas em situação de vulnerabilidade, evidenciando a falha do Estado em proteger essas populações. Os loucos, outrora indesejados nas ruas das cidades e destinados à clausura nos manicômios, somam-se às populações vulneráveis destinadas à clausura das comunidades terapêuticas, que continuam indesejadas no projeto urbano da brancura limpa refletida nos prédios espelhados. Concorda-se com Hoff (2016, p. 99) quando esta diz que é um grande desafio entender como essas comunidades duvidosamente terapêuticas, dado o seu histórico, mantêm-se com recurso público como um dispositivo de *cuidado* do SUS, em um Estado supostamente laico. Na próxima subseção, serão indicadas outras reflexões sobre a presença desse dispositivo manicomial na rede, que se somou aos retrocessos articulados sobre a política de saúde com uma rapidez tempestuosa, em um intervalo temporal em que o Estado brasileiro experienciou agudas investidas antidemocráticas e privatistas neoliberais para desestatização e desestabilização da máquina pública.

Primeiramente, aponta-se a Portaria nº 3.588/2017, responsável por mudanças que esfacelaram simbólica e praticamente o trabalho árduo do movimento antimanicomial na construção de uma rede de atenção psicossocial com as propostas da reforma psiquiátrica, assaltando, de modo ainda mais escancarado, as políticas públicas de saúde mental para a propagação dos interesses e dos discursos privatistas e hospitalocêntricos. Esse documento introduziu hospitais psiquiátricos, unidades ambulatoriais e CAPS AD IV no rol de serviços da RAPS, reajustou o valor da diária da internação em mais de 60%, ampliou os leitos em hospitais gerais, definiu a condição para recebimento de verba de uma taxa de 80% de ocupação e inflacionou os incentivos financeiros em comunidades terapêuticas. Em 2023, essa portaria foi revogada, vedando a habilitação de novos serviços, mas mantendo os valores reajustados das diárias de internação nos hospitais psiquiátricos e nos hospitais gerais (Portaria nº 757/2023). É com certa incredulidade que nos deparamos com textos oficiais contendo as palavras “reajuste [para mais] do valor das diárias de internação hospitalar acima de noventa dias do *Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos*” (Portaria nº 2.434/2018), em um país que, mesmo

em dimensões continentais e com determinantes sociais tão desiguais, conseguiu organizar, com muita luta, uma reforma psiquiátrica nacional, e que em menos de 20 anos, ao invés do fechamento dos manicômios, assiste à divulgação ostensiva do seu fortalecimento via financiamento público.

Em 2019, a linha de cuidado de pessoas com uso prejudicial de substâncias psicoativas sofreu uma torção devastadora com o lançamento da nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) (Decreto nº 9.761/2019), que extinguiu a prática de redução de danos como principal modelo de cuidado, priorizando a abstinência e o proibicionismo, pautado em concepções moralistas e higienistas. Essa política indica diretamente o estímulo e apoio às comunidades terapêuticas, que receberam investimentos financeiros exorbitantes, enquanto serviços substitutivos como CAPS e SRT sofriam ataques com a suspensão de repasse de verbas. Em 2022, o Ministério da Cidadania lançou o Edital de Chamamento Público nº 03/2022, visando a seleção de organizações da sociedade civil que prestassem atendimento como hospital psiquiátrico, nas modalidades de internação, interessadas em “celebrar termos de colaboração” para o tratamento de pessoas com uso prejudicial de substâncias psicoativas em ambiente hospitalar e fazendo menção de destaque às diretrizes da nova PNAD.

Esse edital de chamamento público, além de ser instrumento de empresariamento da saúde, como exposto anteriormente, adota um tom de cunho contrarreformista e remanicomializador em diversos segmentos, como quando afirma que:

Outro grande problema do antigo modelo assistencial era a ausência dos Hospitais Psiquiátricos, como componente da RAPS, ou melhor, a tentativa de desmonte desta modalidade assistencial, em decorrência de Políticas públicas equivocadas e ideologicamente orientadas. O objetivo desse tipo de ação era causar o sucateamento dos Hospitais Psiquiátricos no país, e de forma perversa e irresponsável, “justificar” seu fechamento. Por conta disso, o Brasil conta hoje com uma cobertura deficitária na modalidade assistencial de internação hospitalar em Saúde Mental e dependência química. (Brasil, 2022, p. 3).

Logo após classificar os avanços da reforma psiquiátrica como “miopias ideológicas”, o texto segue:

Como resultado da política de fechamento de leitos para tratamento, agravados pelos graves problemas de gestão, verificou-se no país o aumento progressivo das taxas de suicídio; crescimento dos números de portadores de transtornos mentais em situação de rua; encarceramento de massa de pacientes com transtornos mentais graves;

expansão das cenas abertas de uso de drogas (cracolândias), dentre outros. (Brasil, 2022, p. 3).

Lira & Oliveira (2023, p. 116) revelam as falácias desse texto ao sugerir que a redução de investimentos em hospitais psiquiátricos teria acarretado no aumento da fragilidade da saúde mental das populações e da desassistência. As autoras apontam estudos da OMS que relacionam a debilidade do cuidado em saúde mental com grandes repasses financeiros aos hospitais psiquiátricos e menor investimento na saúde comunitária. Os relatórios da OMS também estimam que a maior parte dos orçamentos governamentais para a saúde mental ainda vai diretamente para hospitais psiquiátricos e que o gasto com serviços substitutivos é menor, além de reconhecer que os serviços substitutivos, quando alinhados à abordagem antimanicomial, promovem ações de saúde mental que combatem os estigmas e apoiam a reinserção social, e que esse benefício não pode ser quantificado²¹. Ademais, análises do Ministério da Saúde indicam que a existência de CAPS nos municípios apresenta-se como um fator protetor e diminui as taxas de suicídio²².

Em 2020, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) lançou, em conjunto com outras entidades de representação médica, o documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral à saúde mental no Brasil”, manifestando críticas à política nacional de saúde mental, que teria como premissa a desvalorização do saber psiquiátrico e a redução do papel do psiquiatra, colocando dúvidas quanto à eficácia do modelo de cuidado nos CAPS e defendendo os hospitais psiquiátricos como parte da composição da rede especializada em saúde mental. Esse texto também sustenta a inclusão da eletroconvulsoterapia na lista de procedimentos do SUS e reforça a relação causal entre o processo de extinção do modelo asilar-manicomial e a desassistência da população. Desse modo, “a ABP tem se colocado não apenas de modo favorável, mas tem pautado grande parte das latências contrarreformistas” (Lira & Oliveira, 2023, p. 117).

Considera-se que a instituição dessas decisões acontece, na maioria das vezes, de forma verticalizada, sem debate com movimentos sociais, trabalhadores da saúde mental e usuários, desconsiderando o espaço da participação social na construção de políticas públicas. Além de antidemocráticas, são decisões que escancaram a forte influência dos interesses representados por empresários dos hospitais psiquiátricos e da indústria farmacêutica, os quais, ao longo dos

²¹ Ver Organização Mundial da Saúde. (2020). Atlas de Saúde Mental. Ver Organização Mundial da Saúde. (2021). Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos.

²² Ver Brasil, Ministério da Saúde (2017). Saúde Brasil 2017.

anos, perderam seus “clientes” para os serviços substitutivos da rede pública de saúde (Amarante, 2018 citado por Guimarães & Rosa, 2019, p. 126).

Essas deliberações afetam diretamente os modos de gestão e o modelo de cuidado dos equipamentos da rede a partir das ideias contrarreformistas, que vão ganhando cada vez mais espaço e que se somam às ideias neoliberais, inseridas, a partir da vinculação de serviços públicos à administração da iniciativa privada, nas relações que circulam nesses dispositivos, remetendo novamente à representação de que, sob essa ótica, todas as ações humanas são enquadradas no domínio do mercado (Harvey, 2012, p. 13).

Temos, então, a adição da racionalidade gerencialista, individualizante e focada na doença como condutora das práticas e dos modos de trabalho. Uma demonstração dessas mudanças são os indicadores de metas de desempenho analisadas somente pelos números, valorizando índices quantitativos em detrimento da qualidade da atenção. Surge em cena, e cada vez mais corriqueiramente, direcionados às equipes dos serviços, documentos orientadores que têm como métrica os discursos capitalistas de rapidez, eficiência e produtividade, determinando tempos de atendimentos de consultas psiquiátricas de 30 minutos, atendimentos psicológicos de 45 minutos e reuniões de equipe semanais com duração de duas horas, por exemplo. Percebe-se, nesses movimentos, o atravessamento da ordem que preconiza o individualismo, desmantelando espaços e momentos de coletividade tanto das próprias equipes como entre equipes da rede, que ficam sobrecarregadas, com poucos profissionais, intensa demanda e crescimento da fila de espera. Além de desconsiderar que existem diferenças entre equipes a depender da sua composição, do seu território e da sua proposta de trabalho, o custo da tentativa incessante de zerar essa fila de espera é, por sua vez, o agravamento dessa sobrecarga de trabalho, resultando em um modo de atenção à saúde que não se pauta na integralidade. Ao contrário, reproduz o ritmo acelerado da vida no capitalismo, da superficialidade dos vínculos e de uma prática que, por não dar conta de cuidar do sujeito em sua complexidade, pode acarretar no aumento do quadro de internações ou de tratamentos com uso intenso e excessivo de psicofármacos, o que, certamente, favorece a lucratividade da indústria da loucura.

4.2. Testemunhos do circuito manicomial da atenção

Circuito manicomial da atenção é um conceito proposto por Nunes, Torrenté & Carvalho (2022, p. 3) para abordar um conjunto de discursos e práticas que atuam sustentando a estrutura manicomial e que se desenvolvem de formas mais sutis e insidiosas a partir de novas

tecnologias sociais e de controle. Alguns dos tipos dessas tecnologias são as produções de subjetividades estigmatizadas, com a patologização de comportamentos e a medicalização, provocando diversas violências interpessoais, simbólicas e estruturais que remetem ao modo de funcionamento da lógica manicomial. Por vezes, essas se mostram interdependentes da própria instituição do manicômio, quando sugerem, a qualquer sinal de desorganização do sujeito, o encaminhamento para internação psiquiátrica.

Na RAPS, esse circuito aparece ainda mais frequentemente devido ao processo de desmonte dos serviços comunitários. Com equipes sobrecarregadas, desestruturadas e com carência de força de trabalho e recursos materiais para o exercício de outras formas de atenção à saúde mental, o cuidado falha, pois não consegue proporcionar espaços terapêuticos adequados e alinhados à lógica antimanicomial. Com a falta de projetos terapêuticos que utilizem dispositivos reformistas – como oficinas de criatividade e expressão, oficinas de geração de renda, grupos de convivência e de escuta, acompanhamento terapêutico e práticas de psicoeducação, que proporcionem ao usuário autonomia e apropriação de conhecimento para melhor compreensão e enfrentamento da sua condição de sofrimento –, sobram apenas ferramentas da lógica curativa e individual, centrada na patologia, como o tratamento medicamentoso e escutas psicológicas pontuais. Quando estas também falham, as chances do usuário ser internado aumentam, causando inclusive o fenômeno de porta giratória, caracterizado por repetidas e frequentes reinternações psiquiátricas. O ritmo e o volume de trabalho dessas equipes fragilizadas e subfinanciadas impossibilitam também espaços para que os serviços possam refletir, discutir e estudar sobre suas próprias práticas, caracterizando uma promoção de saúde que fica restrita a “apagar incêndios” e manter o usuário estável e medicado – docilizado, portanto. Reitera-se, a esse respeito, o ponto de vista defendido por Fagundes (2006, p. 96) sobre o trabalho em saúde mental:

A força de trabalho em saúde e em saúde mental é constituída por pessoas e não por recursos humanos, que se orienta pelo cuidado às pessoas e não pela eliminação ou tratamento de doenças. Pessoas necessitam de formação, não de treinamentos, práticas cuidadoras requerem desenvolvimento de si e não destrezas em procedimentos; geram acompanhamento e responsabilização, não, pronto-diagnóstico ou tratamento pontual. (Fagundes, 2006, p. 96).

No trabalho de Hoff (2016, p. 105), que realizou entrevistas com duas equipes da RAPS de Porto Alegre (uma comunidade terapêutica e um hospital geral com leitos de saúde mental), ficam evidentes diversos comentários que remetem à forte cultura de internação do modelo

manicomial. Essa visão aparece nem sempre por parte dos profissionais dessas instituições, mas em esferas familiares e comunitárias, atestando a incidência do conceito de circuito manicomial que inclui os imperativos de segregação do lado de fora do manicômio, demonstrando “que existe uma adesão a essa instituição pelo imaginário social” (Nunes, Torrenté & Carvalho, 2022, p. 3). As internações aparecem muitas vezes como única opção para a “cura” do usuário, e, se este não retorna “normal, curado, desintoxicado”, a internação reaparece como possibilidade. Vale ressaltar que, na época em que a pesquisa foi realizada, ainda não haviam ocorrido todas as mudanças regulatórias favorecendo as internações citadas anteriormente. Mas a autora sinaliza em seu trabalho a falta de integralidade na assistência e de estratégias de cuidado em liberdade quando questiona a quais demandas essas ações respondem: às necessidades dos usuários ou ao interesse da instituição pela manutenção dos leitos ocupados? (Hoff, 2016, p. 101). Ao mesmo tempo, apresenta pistas indicadas em uma fala do entrevistado: “eu sei que a gente tem metas, por exemplo, quantidade de internação para poder ganhar esse valor a mais” (Hoff, 2016, p. 91). A lógica de mercado passou a guiar de modo hegemônico ações em saúde, e pode-se concluir que os menos beneficiados com isso são aqueles que, por direito, deveriam ter acesso a um cuidado comunitário, integral, contínuo e preventivo.

Retornando à Severo (2003, p. 45), os quatro aspectos previamente citados que sustentam as críticas do movimento antimanicomial seguem pertinentes em argumentos contra a remanicomialização. O de natureza política, com críticas ao poder da instituição e do papel do médico, foi abrangido ao longo deste ensaio, mas de maneira alguma se torna exaustivo ou encerrado, visto que o documento da Associação Brasileira de Psiquiatria contesta amplamente o enfraquecimento da autoridade do saber psiquiátrico no campo do cuidado em saúde mental, como que assumindo tom de reivindicação do seu privilégio. Salienta-se que a luta antimanicomial não desvaloriza a importância da figura do psiquiatra na linha de cuidado, inclusive conta, em seu movimento social, com a participação indispensável de atores sociais que representam essa categoria profissional.

O que a proposta de um modelo antimanicomial de atenção defende, em articulação com outro ponto da crítica, referente às terapias, é que a inserção de novos saberes, descentralizados e dinamizados em abordagens interdisciplinares, são fundamentais para dar conta do cuidado desse sujeito biopsicossocial em sua complexidade e para a promoção de saúde mental como produção de potência e possibilidade de vida, não restringindo sua atenção à compreensão e resolução do sofrimento. Nota-se, por sinal, que os direcionamentos da contrarreforma psiquiátrica ligaram novamente os holofotes sobre instituições que adotam um modelo

assistencial “biomédico, curativo, hospitalocêntrico, de bases fundantes na psiquiatria tradicional” (Lira & Oliveira, 2023, p. 119), como hospitais psiquiátricos e ambulatórios de saúde mental. Em Porto Alegre, a maioria das equipes de saúde mental, organizadas em formato ambulatorial, não contam com equipes multiprofissionais e nem sequer possuem equipes mínimas²³ (SMS/PMPA, 2021, p. 381). Esse fato corrobora a perspectiva do modelo curativo, que trabalha com a patologia de modo restritivo e com a ampla oferta de tratamento medicamentoso, resumindo, então, o acompanhamento à marcação de consultas trimestrais visando a renovação de receitas para consumo de psicofármacos que, por sua vez, só podem ser prescritos por ato médico.

Destaca-se também o fato de que alguns usuários, por estarem em uma posição no laço social mais aproximada ao ideal de normalidade, inserem-se em uma outra lógica de atenção à saúde e de tratamento comunitário relacionado ao estigma de diagnósticos psiquiátricos, mesmo que não estejam necessariamente isentos de serem atravessados pelo discurso manicomial. A patologização da vida e a individualização da doença são práticas manicomiais que se fortaleceram com o aumento de diagnósticos psiquiátricos nos últimos anos, mas as forças manicomiais operam de formas distintas a depender do código diagnóstico que o sujeito recebe. Na contemporaneidade, grande parte da população tem sua subjetividade enquadrada em sinais e sintomas descritivos de psicopatologias, mas aqueles que são denominados como pacientes psicóticos e pacientes com transtornos por uso prejudicial de substâncias continuam sendo os principais detentores do estigma da loucura, logo, principais prejudicados pela remanicomialização da rede de cuidado, considerando também as problemáticas contextuais que remetem a esses diagnósticos, principalmente a respeito da intersecção de raça e de classe.

Outros fatores que implicam na cisão da rede substitutiva de cuidado e na dificuldade de vinculação dos usuários a equipamentos que realmente ofereçam uma clínica psicossocial são a distribuição desigual de serviços substitutivos pelas regiões da cidade²⁴, a desarticulação da atenção primária após o processo massivo de contratualização e a forma como se dá o acesso à rede especializada de saúde mental, por meio do Sistema de Gerenciamento de Consultas (Gercon), que registra a solicitação e o agendamento dos encaminhamentos. Atualmente, em Porto Alegre, os únicos serviços da RAPS que trabalham com “portas abertas” são os CAPS AD. Os dispositivos de regulação de leitos e de consultas especializadas foram criados no

²³ Ficou estabelecido na Portaria nº 3.588/2017 que uma equipe mínima para os ambulatórios de saúde mental deve contar com médicos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais.

²⁴ Tendo como exemplo o caso dos CAPS II, Porto Alegre conta com apenas quatro, sendo dois deles localizados na região central da cidade.

âmbito do SUS com o propósito de ser uma ferramenta de gestão visando a promoção de equidade, mas algumas críticas direcionadas a esse modo de funcionamento acusam a incorporação de um dispositivo gerencialista na política pública de saúde, o qual, muitas vezes, dificulta o trabalho dos serviços e a autonomia das equipes.

Para que um usuário consiga acessar um serviço substitutivo, o encaminhamento deve ser feito através da atenção básica, por meio da solicitação no Gercon, com a descrição de caso norteada pelo documento de matriz de agravo e níveis de atenção, que tabela uma relação entre patologia, gravidade, possibilidade de acesso e necessidades específicas. Essa solicitação vai para uma central de marcação de consultas especializadas e, a partir da avaliação de um terceiro, é incluída na fila segundo um nível de prioridade e direcionada para um serviço da rede. Idealmente, o agendamento é regionalizado, mas pode ocorrer situações em que o usuário é encaminhado para um serviço em outra região conforme a disponibilidade, afetando o princípio de territorialização do cuidado e podendo gerar dificuldades de acesso e manutenção do tratamento.

Destaca-se também a situação atual dos dois plantões de emergência em saúde mental da cidade, serviços públicos da RAPS destinados ao acolhimento, classificação de risco e cuidado em situações de urgência. Sendo mais um ponto desestruturado da rede, esses equipamentos possuem 14 leitos cada um (12 para adultos e 2 para crianças e adolescentes), mas chegam a uma superlotação de 150%, segundo a atualização em tempo real no site da prefeitura. Fazem parte do seu cenário manicomial as grades, as salas escuras e sem janelas, os colchões espalhados pelo chão, os usuários silenciosos contidos quimicamente, os grandes e fortes vigilantes de prontidão para realizarem imobilizações físicas, as enfermeiras vestidas de branco dos pés à cabeça carregando bandejas com café e pão. O dispositivo de atenção para quadros de urgência é fundamental para a composição da rede, mas sua função é ser um espaço transitório de acolhimento, de estabilização e de encaminhamento para o tratamento continuado em serviços substitutivos; contudo, há casos de usuários que permaneceram por mais de três meses vivendo em um leito de pronto atendimento. Outra problemática relacionada a esses serviços é quando estes passam a ser mais um meio de medicalização da vida, em que o usuário, em vez de receber condução e apoio para um cuidado em rede, recebe apenas prescrições psicofarmacológicas.

A gestão reconhece algumas adversidades da dinâmica em que se encontra a rede de atenção psicossocial, como a defasagem da cobertura, principalmente nas demandas por CAPS adulto e infantil, devido à baixa capacidade de atendimento das equipes reduzidas e

sobrecarregadas, à dificuldade de realizar apoio matricial na APS e às longas filas de espera, “apresentando entraves para o desenvolvimento de uma atenção psicossocial, levando a maior necessidade de internações hospitalares e, conseqüentemente, maior demanda por SRT” (SMS/PMPA, 2021, p. 377).

A tônica que se deseja enfatizar com esta breve exposição é que cada ação, cada escolha e cada movimento na política pública de saúde pode se voltar para a reprodução de um modelo privatista, hospitalocêntrico e manicomial, ou para um cuidado público, integral, multiprofissional, interdisciplinar e antimanicomial. A relação entre política, economia e ciência está totalmente imbricada, refletindo-se diretamente na gestão, no trabalho e na atenção. O que se busca defender, portanto, é que a orientação desses mecanismos seja voltada para as necessidades do povo e não aos interesses do mercado. Este, nos últimos anos, foi priorizado, gerando como consequência os processos de empresariamento da saúde pública e de contrarreforma psiquiátrica.

5. POR UM SUS PÚBLICO E ANTIMANICOMIAL

Chegamos a um pedaço da trilha em que os pés doem, a boca seca e a frequência da respiração se torna descompassada. É preciso tomar fôlego. Na busca de fugir dos rastros manicomiais e neoliberais de uma vida individualizada, isolada, apressada, rígida e silenciada, buscamos pistas que nos reorientem por outro caminho. O coletivo, o encontro com a alteridade e a educação são alguns espaços que apontam, como uma bússola, direções possíveis em momentos em que é preciso alento e coragem.

Na nossa frágil democracia, que passou recentemente, e mais uma vez, por tempos nefastos com um projeto de deterioração em nível político, econômico, social e humano, encontramos promessas de tempos melhores com a indicação de representantes que operam na reconstrução das políticas públicas de saúde. Contar com gestores alinhados à luta antimanicomial torna possível incluir essa pauta na disputa do jogo de forças e movimentar reestruturações em nível governamental. Como boas novas, cito a criação estrutural do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas na Secretaria da Atenção Especializada do Ministério da Saúde, dirigido por uma mulher negra e manifestamente alinhado em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial, apresentando uma rede de atenção que não faz menção explícita aos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas como principais alternativas, com destaque à reconstrução da RAPS

com incentivos para habilitação de novos serviços comunitários e prioridade à desinstitucionalização e ao cuidado em liberdade como plano de governo.

Menciono também a revogação da Portaria nº 3.588/2017, a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro de 2023 (após um intervalo de treze anos) e a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça que instituiu a chamada Política Antimanicomial do Poder Judiciário, dispondo sobre a interdição e o fechamento dos hospitais de custódia e o redirecionamento das pessoas submetidas ao cumprimento de pena que necessitem de cuidado para acompanhamento na RAPS, inclusive atentando para a impraticabilidade de encaminhamento compulsório para estabelecimentos que condicionem ou vinculem o tratamento ao exercício de atividades de cunho religioso.

Apostar em políticas públicas antimanicomiais é elaborar uma direção de trabalho que crie “institucionalidades, sem institucionalização, *existir na fronteira instituinte*” (Fagundes, 2006, p. 112). Percebo que esse movimento é uma potência que muitas vezes vira exercício de experimentação por estagiários e residentes, que, ao adentrarem nos serviços públicos, produzem tensionamentos da lógica que se torna engessada no cotidiano dos equipamentos, pela impossibilidade de questionamento e reflexão das equipes devido ao ritmo de trabalho imposto, bem como ao contexto de precarização impelido pelo empresariamento que vai mirrando expressões de resistência. São esses atores que, muitas vezes, colorem as paredes dos serviços, provocam momentos de celebração e descontração nas equipes, propõem seminários de estudo, criam oficinas terapêuticas, questionam vínculos cronificados, subvertem a lógica de cuidado instituída estendendo os atendimentos, fazendo busca ativa, realizando visitas domiciliares e acompanhamentos terapêuticos.

É um exercício constante manter a vigilância para não se entregar à conformidade e à submissão total à lógica dominante neoliberal e contrarreformista. Como pude demonstrar ao longo deste trabalho, as disputas entre projetos de atenção à saúde mental existem no SUS desde antes da sua criação, mas, se hoje tenho a oportunidade de escrever sobre essa temática com a possibilidade de apontar críticas ao empresariamento e às práticas manicomiais, foi também porque pude mirar aquele outro lado da paisagem e nele reconhecer potências de criação de vida a partir de um cuidado que valoriza a liberdade e a autonomia.

Isso não significa, porém, o esvaziamento total de relações de dominação e de saber-poder nos vínculos terapêuticos, que Foucault (2006, citado por Palombini, 2005, p. 88) apontou como dívida e obediência do paciente ao poder do médico e, também, do psicólogo. Analisar a implicação da nossa prática e repensar o lugar que ocupamos no exercício de cuidado são

movimentos essenciais para a clínica psicossocial e antimanicomial, assim como são inegociáveis a autonomia dos usuários e o seu protagonismo no agenciamento, tanto social em movimentos e associações, quanto individual no seu próprio processo terapêutico. O manicômio continua presente em fragmentos do cotidiano, como na nomeação por diagnóstico (“o psicótico”, “a borderline”, “o paciente de CAPS”), na falta de diálogo com o usuário para construção do seu plano terapêutico, no convencimento para adesão de tratamento medicamentoso, ou até mesmo no convencimento de que aquele usuário precisa de um tratamento, na psicologização da vida através da falácia incansavelmente repetida de que “todo mundo precisa de terapia” – leia-se “precisa estar na posição de assujeitamento, para que seu comportamento seja remodelado, para que suas emoções sejam reprogramadas, para que sua doença seja curada”.

Neste trabalho, busquei apresentar alguns argumentos que servem para correlacionar os processos de empresariamento na saúde pública e contrarreforma psiquiátrica com o recorte do campo da saúde mental. Mas é válido pontuar que o usuário que é afetado por essa lógica remanicomializadora raramente passou ileso de ter sido atravessado por outras violações de direitos de proteção social. Defender a luta antimanicomial é também defender que não há saúde mental sem acesso à educação, à moradia, à renda, à alimentação, à segurança, à cidade, ao lazer, aos laços comunitários, à infância, à amizade, ao amor, à liberdade.

Paulo Freire criou o conceito de Ser Mais, que definiu como vocação ontológica do ser humano. Esse grandiosíssimo educador brasileiro que sonhava e lutava pela construção de um mundo, de fato, mais humano, colocava-se em oposição ao que chamou de educação “bancária” (isso dito, convém salientar, na sua forma metafórica, à medida que hoje nos encontramos lutando realmente contra a mercantilização de políticas sociais, em especial da saúde). Ele apontava que processos opressores e de dominação (como o modelo manicomial) são produtores de “não-ser”, negando direitos, negando uma identidade e negando a possibilidade da vocação de “ser mais”.

O “ser mais” é força, esperança e movimento, desejo, coletivo e construção, sujeito político, diálogo e luta. O “ser mais” é o que sonhamos para o Brasil e para o seu Povo. É um SUS mais público, gratuito, universal, integral e equânime. Envolve um trabalho em saúde mental mais antimanicomial, coletivo, em rede, que aposta mais na vida, que escuta com mais sensibilidade e implicação. O “ser mais”, portanto, diz dos herdeiros da loucura, mais livres, andantes, atuantes, mais poéticos, artísticos, falantes, mais cidadãos, com mais direitos, mais desejos, mais sonhos, mais vida.

REFERÊNCIAS

- Alarcon, S. (2002). *Nos limites da desmesura. Aforismos sobre reforma psiquiátrica e movimento antimanicomial no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4694>
- Andreazzi, M. F. S. & Bravo, M. I. S. (2014). Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(3), 499–518. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>
- Associação Brasileira de Psiquiatria (Org.). (2020). *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: ABP. <https://www.abp.org.br/diretrizes>
- Borges, R. dos S., & Müller, V. G. J. (2020). O empresariamento estatal, a lógica neoliberal e o Sistema Único de Saúde: os desafios contemporâneos para a garantia do direito universal à saúde no Brasil. *Hygeia - Revista Brasileira De Geografia Médica e da Saúde*, 16, 314–332. <https://doi.org/10.14393/Hygeia16055867>
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (1990). *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. Brasília: Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Brasil. Conselho Nacional de Justiça. (2023). *Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023*. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>
- Brasil. Ministério da Cidadania. (2020). Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020. Aprova recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-257197675>
- Brasil. Ministério da Cidadania. (2022). *Edital de Chamamento Público nº 03/2022*. Processo nº 71000.011057/2022-04. https://www.gov.br/mds/pt-br/servicos/editais-1/chamamento-publico/SEI_71000.011057_2022_04.pdf
- Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. (2020). *Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020*. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2020/resolucao-no-3-de-24-de-julho-de-2020-dou-imprensa-nacional.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Brasília: Diário Oficial da União. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2023). *Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023*. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Brasília: Diário Oficial da União. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-757-de-21-de-junho-de-2023-491629280>

Braga, I. F. (2018). *Empresariado e Políticas Públicas de Saúde no Brasil Contemporâneo*. (1. ed.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Dias, M. T. G. (2007). *A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro*. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/592>

Fagundes, S. M. S. (2006). *Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para as políticas públicas de saúde*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. <http://hdl.handle.net/10183/16185>

Foucault, M. (2006). *O Poder Psiquiátrico*. (1. ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2019). *História da loucura na Idade clássica*. (12. ed.). São Paulo: Perspectiva.

Guimarães T. A. A. & Rosa L. C. D. S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, 22(44), 111-138. http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq_44_art5.pdf

Hahn, A. L. (2021). *Como o “ser mais”, em Paulo Freire, humaniza o indivíduo?* São Leopoldo: Editora Casa Leiria.

Harvey, D. (2012). *O Neoliberalismo: história e implicações*. (2. ed.). São Paulo: Edições Loyola.

Hoff, L. R. (2016). *Público e privado na política de saúde mental: inflexões de “um mundo à parte”* (1. ed.). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Leite, G. (2024). A árdua reconstrução das políticas de Saúde Mental. *Jornal Outras Palavras*. <https://outraspalavras.net/outrasaude/a-ardua-reconstrucao-das-politicas-de-saude-mental/>

Lira, G. F. C., & Oliveira, A. (2023). Desafios na sustentação dos princípios da luta antimanicomial. *Argumentum*, 15(3), 111–125. <https://doi.org/10.47456/argumentum.v15i3.40031>

Melo, K. C. C. (2023). *Contratualização da atenção primária à saúde às organizações da sociedade civil em Porto Alegre: fragilidade do monitoramento e consequências para o direito à saúde à porta de entrada no SUS*. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. <http://hdl.handle.net/10183/265969>

Miranda, A.S. (2017). *Institucionalidades jurídicas e administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões do Brasil*. Novos Caminhos, n.16. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. www.regiaoeredes.com.br

Nunes, M. O., Torrenté, M. & Carvalho, P. A. L. (2022). O Circuito Manicomial de Atenção: Patologização, Psicofarmacologização e Estigma em Retroalimentação. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 42, e241846, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003241846>

Palombini, A. L. (2005). O rei está morto, viva o psiquiatra! Dispositivos de poder, psicanálise e loucura. Em *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: A masculinidade*, 28, 86-92.

Palombini, A. L. (2022). Reforma psiquiátrica como garantia de direito à cidadania: por um cuidado em liberdade antimanicomial. Em *Luta antimanicomial e os 30 anos da lei estadual da reforma psiquiátrica – RS: em defesa do cuidado em liberdade* [organizadores: Rafael Wolski de Oliveira et al.]. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Passos, R. G. (2018). “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10–23. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>

Paulin, L. F. & Turato, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 11(2), 241–258. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>

Pelbart, P. P. (1989). *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. (1. ed.). São Paulo: Brasiliense.

Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. (2016). *Saúde Mental: Diagnóstico e Processo de Expansão da RAPS*. https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/linha_de_tempo_saude_mental_ii.pdf

Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. (2021). *Plano Municipal de Saúde 2022-2025*. https://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=94

Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. (2022). *Documento orientador para as equipes multiprofissionais da atenção especializada em saúde mental*.

Rio Grande do Sul. (1992). Lei nº 9.716 de 07 de agosto de 1992. *Dispõe sobre a reforma psiquiátrica*. Diário Oficial do Estado. https://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_IDNorma=15281

RIS Saúde Mental Coletiva da UFRGS. (2021). Seminário Formativo: O SUS que queremos e as terceirizações. [Vídeo]. YouTube. <https://youtu.be/tL-vfFWgIKA?si=EKT-4oRSpykpivGM>

Ruszczuk, J. (2008). *O Fórum Gaúcho de Saúde Mental e os argumentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: Relações Sociais e Princípios de Justificação*. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/15317>

Severo, C. G. (2003). *Um olhar foucaultiano sobre a loucura e a família: análise de práticas discursivas que constituem o discurso antimanicomial*. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/84850>

Sibemberg, N. (2020). CAPS II CaisMental Centro: A construção de um CAPS II no processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista Desenvolvimento Social*, 26(2), 81–101. <https://doi.org/10.46551/issn2179-6807v26n2p81-101>

Silva, J. F. M. da, Carvalho, B. G., Pereira, A. M. M., Nunes, E. de F. A., Mendonça, F. de F., Santini, S. M. L., Andrade, S. K. A. V., & Ferraz, E. de M. (2023). O aumento de entidades filantrópicas no SUS: o que esse cenário revela?. *Revista De Saúde Pública*, 57(1), 34. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004720>

Souza, V. R. (2012). *Contrarreforma psiquiátrica: o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/4703>

Tundis, S. A. & Costa, N. R. (Org.). (1997). *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. (5. ed.). Petrópolis: Vozes/ABRASCO.

Weichert, M. A. (2009). Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. *Revista De Direito Sanitário*, 10(1), 81-97. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i1p81-97>