

Desafios na sustentação dos princípios da luta antimanicomial

Challenges in supporting the principles of the anti-asylum fight

Gabriela Fernandes Chaves LIRA*

 <https://orcid.org/0000-0001-7099-4504>

Andreia de OLIVEIRA**

 <https://orcid.org/0000-0001-8759-059X>

Resumo: O presente artigo apresenta um estudo sobre o campo da saúde mental e o movimento de remanicomialização presente na sociedade brasileira. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e análise documental, a fim de identificar campos de tensões e disputas nas políticas de saúde mental do país, no período 2016-2022. Os resultados indicaram um cenário de políticas públicas vinculadas à Reforma Psiquiátrica Brasileira e à Luta Antimanicomial. Por outro lado, observam-se medidas de remanicomialização, defendidas pelo setor privatista no país, com expansão da contrarreforma psiquiátrica e de propostas de saúde mental direcionadas aos interesses dos setores privado e filantrópico. Esse quadro demanda o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial, alinhado às lutas sociais dos trabalhadores e a uma sociabilidade com democracia e liberdade.

Palavras-chave: Saúde Mental. Contrarreforma Psiquiátrica. Reforma Psiquiátrica. Luta Antimanicomial.

Abstract: This article is a study on the field of mental health and the re-asylum movement in Brazil. Bibliographical research and documentary analysis was conducted to identify areas of tension and dispute in the country's mental health policies for the period 2016-2022. Results identify a situation in which public policies are linked to Brazilian Psychiatric Reform. There are, however, re-asylum measures, defended by the private sector, with the expansion of psychiatric counter-reform and mental health proposals aimed at the interests of the private and philanthropic sectors. This demands the strengthening of Brazilian Psychiatric Reform and the Anti-Asylum Fight, aligned with the social struggles of workers and a democratic and free society.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Counter-reform. Psychiatric Reform. Anti-asylum Fight.

Submetido em: 30/1/2023. Aceito em: 21/5/2023.

* Assistente Social. Mestre em Política Social Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde, Sociedade e Política Social. (UnB, Brasília (DF), Brasil). Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília (DF), CEP.: 70910-900. E-mail: gabriela_fernandesc@hotmail.com.

** Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Professora Associada do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. (UnB, Brasília (DF), Brasil). Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde, Sociedade e Política Social. Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília (DF), CEP.: 70910-900. E-mails: andreiaoliveirasus@gmail.com; andreiao@unb.br.



© A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2023 Acesso Aberto Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

Introdução

No decurso da institucionalização e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as medidas de ajuste do modelo neoliberal interpelaram diretamente as mudanças do SUS, incluso as transformações no campo da saúde mental. Se por um lado a presença dos parâmetros do modelo manicomial, privatista e curativo-hospitalocêntrico se perpetuaram, por outro, ações de saúde mental — vinculadas ao campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira — conseguiram galgar avanços no campo antimanicomial, com adoção de normativas legais, advento de serviços substitutivos, fomento à participação popular e disseminação teórico-política de um saber-fazer crítico e radical (Amarante, 2007).

A aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001), foi um patamar decisivo no marco regulatório da questão, ao traçar possibilidades para compor o paradigma da atenção psicossocial. Essa atenção ocorreria por meio de uma rede de serviços territoriais, de base comunitária, de preservação da autonomia e do cuidado em liberdade. Contudo, no Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (PL 3657/1989), previa-se a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos¹ — proposta não completamente efetivada no sequenciamento desse projeto no formato de instrumento legal (Lei federal nº 10.216/2001), pois se dá sobre os próprios limites da institucionalidade do capital.

Apesar dos significativos ganhos normativo-legais e operacionais, fruto de ampla participação social brasileira, tais mecanismos não conseguiram estancar o avanço e expressividade dos interesses de lucratividade do capital privado para com a saúde mental da população. Isso se mostra, por exemplo, a partir do expressivo crescimento da indústria farmacêutica no âmbito do fomento aos medicamentos psicotrópicos, de forma associada ao crescimento de diagnósticos em saúde mental, cuja confluência incide diretamente no campo da psiquiatria tradicional, em detrimento dos alinhamentos à Reforma Psiquiátrica Brasileira, como já apontaram Dias e Muhl (2020).

Na esfera das forças antagônicas, a contrarreforma psiquiátrica passa a ser engendrada enquanto um processo sociopolítico e cultural complexo, no qual a sobreposição da ideologia neoliberal e conservadora — fortalecida no Brasil pela ascensão de setores da extrema direita na gestão pública — incide no rompimento com os propósitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial. Tal ruptura ocorreria mediante a exaltação de diferentes estratégias manicomiais, que apresentam características segregacionistas, mercantis e conservadoras (Costa; Mendes, 2020).

Denomina-se contrarreforma a complexificação dos interesses econômicos na produção e reprodução social capitalista, em um processo de obstrução do acesso à saúde, a fim de responder ao interesse do mercado e secundarizar/inviabilizar a saúde enquanto direito humano universal. O caráter contrarreformista do Estado brasileiro se expressa por meio de medidas de privatização, sub ou desfinanciamento do SUS. Segundo Coutinho (2012), a contrarreforma

¹ Segundo a Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001), a internação é preconizada como último recurso. Contudo, desde a primeira década do século XXI, têm sido identificadas normativas fomentadoras da internação em instituições de saúde asilar-manicomial, adotadas como primeiro recurso, a exemplo da Portaria nº 3.588/2011 do Ministério da Saúde (Brasil, 2011) e Resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Destaca-se que luta antimanicomial não significa luta anti-internação, portanto, compreende-se a necessidade da internação, como forma de cuidado, nos espaços referidos à perspectiva da atenção psicossocial, na categoria de serviços substitutivos.

não representa o novo, pois se caracteriza pela preponderância da conservação do velho, em face das parcas novidades. Na política de saúde mental, a restauração das práticas manicomiais, repressoras e privatistas é marca significativa de um processo contrarreformista.

Nesse sentido, corrobora-se o entendimento de Costa e Mendes (2020) de que a contrarreforma psiquiátrica neoliberal revigora o subfinanciamento, a remanicomialização e a mercantilização da saúde mental, em especial nos governos Michel Temer e Jair Bolsonaro (2016-2022). Apesar deste fenômeno ser anterior a 2015, a contrarreforma psiquiátrica adquire novos contornos no período em questão, mediante o acirramento das medidas neoliberais, de austeridade e conservadoras. A reatualização do conservadorismo na política de saúde mental vem conjugada à perspectiva manicomialista, sob a retórica de que é essencial fortalecer instituições asilares, desfinanciar serviços substitutivos e reinserir *novos manicômios* no centro do *cuidado*, pela via do hibridismo, em que o propósito não é a substituição, mas a complementação dos serviços manicomiais.

O acirramento dessas medidas contrarreformistas, a partir de 2016, ocorre na conjuntura de aderência de governos ao processo obscurantista, dominante na saúde mental. Entretanto, esses elementos de cunho contrarreformistas são potencializados a partir da interrupção do processo democrático no país, com o golpe parlamentar no mandato da Presidenta Dilma Rousseff, em 2016, e com a instalação de medidas de contingenciamento, a exemplo da Emenda Constitucional nº 95/2016.

Compreende-se, assim, que tanto os movimentos de perspectiva antimanicomial, vinculados à Reforma Psiquiátrica Brasileira, quanto as iniciativas da contrarreforma psiquiátrica são forças coexistentes, pois se tratam de processos em continuidade, e não de fenômenos estanques ocorridos em um período (Lira, 2021). Nessa direção, o objetivo principal deste estudo é identificar e analisar as principais inflexões da política pública de saúde mental brasileira, no contexto das modificações introduzidas no país, sobretudo no período 2016-2022, com realce para a expansão das medidas contrarreformistas e de remanicomialização, e apresentar o seu contraponto, ou seja, os movimentos de luta e resistência emergentes nessa seara. Este trabalho busca enfatizar os distintos projetos em disputa nas políticas públicas de saúde mental, sejam aqueles vinculados às propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial, ou iniciativas associadas ao projeto privatista e de remanicomialização.

Trata-se, portanto, de pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, de base bibliográfica e complementada por análise documental. O levantamento bibliográfico, não exaustivo, buscou uma apreensão analítico-crítica do objeto de estudo. Foram selecionadas referências centrais à construção do campo da luta antimanicomial e da atenção psicossocial, em diálogo com outros teóricos do campo da saúde mental que adotam um caminho de análise crítica, sobretudo sob bases marxistas e marxianas.

Na análise documental, foram consultados instrumentos do marco legal regulatório e institucional, em especial do órgão federal de saúde do país, buscando identificar o percurso da política pública de saúde mental e as inflexões contrarreformistas². Para tanto, usa-se como apor-

² Entende-se que manifestações contrarreformistas já se expressavam desde a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde (Brasil, 2011), com sinalizações para o campo manicomial ao prever a inserção das comunidades terapêuticas (CTs) no rol de serviços contemplados na RAPS. Essas reações se aprofundaram nos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro, com o aceleramento das contrarreformas e das medidas neoliberais e conservadoras.

te da pesquisa documental a Lei Federal nº 10.2016/2001 (Brasil, 2001); o documento *Saúde Mental em Dados*, de 2015, sobre a política de saúde mental e de álcool e drogas do Ministério da Saúde (Brasil, 2015); e o *Painel de Saúde Mental*, para a análise de dados a partir de 2015 (Desinstitute; Weber, 2021).

A análise das propostas contrarreformistas de remanicomialização foi embasada em dois documentos (sem excluir outras normativas legais): as *Diretrizes para um modelo de atenção integral à saúde mental no Brasil*, apresentadas em 2020 pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (Abipd) e Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp) (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2020); e o *Edital de Chamamento Público nº 03/2022 do Ministério da Cidadania* (Brasil, 2022). Os dois documentos contemplam questões da complexificação do campo da saúde mental, álcool e outras drogas; das tensões inerentes à saúde mental como objeto da saúde pública; e da interconexão da saúde mental com segurança, criminalização e higienização.

O estudo a respeito das forças de resistência aos avanços contrarreformistas na saúde mental e o exame de setores de enfrentamento dos ataques à Reforma Psiquiátrica, deram-se por análise documental do discurso oficial, produzido por organizações e movimentos sociais antimanicomiais sediados em território brasileiro, com incidência relevante no campo da Saúde Mental e da Luta Antimanicomial. Foram acessadas e consultadas páginas do acervo documental das seguintes organizações e movimentos sociais antimanicomiais: Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila) e Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme). Embora haja uma gama de movimentos componentes desse campo, as três organizações acima foram avaliadas para os propósitos deste artigo em razão da exequibilidade.

Dimensões da contrarreforma psiquiátrica, seus protagonistas e atores sociais

O projeto contrarreformista, de cunho regressivo e remanicomializador, caminha entrelaçado aos retrocessos introduzidos nas políticas sociais e no SUS, como o desfinanciamento intensificado, o sucateamento da rede pública de serviços, as privatizações e o privilegiamento do mercado. Tais aspectos são realçados, no presente estudo, pela identificação de dimensões expressivas do aceleração da contrarreforma psiquiátrica, a saber: modificação por dentro, como medida para melhorar a atenção em saúde mental, por meio de ampliação financeira e privilegiamento de serviços de bases asilares, como Hospital psiquiátrico e Comunidades Terapêuticas (CTs); retórica de uma readequação do hospital psiquiátrico com humanização no atendimento; modelo híbrido, conjugando serviços substitutivos e asilares como parte complementares de uma mesma rede atenção em saúde mental; e prevenção de *doenças mentais*³ segundo a ótica higienista.

A materialização de tais dimensões ocorre mediante diferentes estratégias e envolve vários sujeitos políticos, assim como identificado em análise do documento *Diretrizes para um modelo de atenção integral à saúde mental no Brasil* (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2020).

³ Aqui o termo *doença mental* é empregado como crítica ao uso dessa categoria, a qual é utilizada hegemonicamente pelos setores da psiquiatria tradicional, de modo a reforçar a patologização das vivências e a compreensão do sofrimento de maneira restritiva.

O documento contempla explícita valorização dos hospitais psiquiátricos, em detrimento dos serviços substitutivos. A perspectiva manicomializadora se identifica não apenas no teor dos discursos, mas é acolhida materialmente em órgãos estratégicos do poder executivo. Um exemplo é o citado *Edital de Chamamento Público nº 03/2022* do Ministério da Cidadania (Brasil, 2022), com vistas à seleção, em ambiente hospitalar, de projetos de *cuidado, tratamento e reinserção social* de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O chamamento visibiliza a *Nova Política Nacional sobre Drogas*, oficializada no Decreto 9.761/2019 (Brasil, 2019), revoga a legislação sobre redução de danos e considera como única abordagem a abstinência, sobretudo por meio do *tratamento* em CTs.

Ademais, um conjunto de normativas legais e operacionais da chamada Nova Política de Saúde Mental indica uma tendência contrarreformista e remanicomializadora, a exemplo da Resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Brasil, 2017a) e da Portaria nº 3.588/2017 (Brasil, 2017b) do Ministério da Saúde que, ao argumento de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) induzem, contraditoriamente, ao desmonte da Rede, ao incluir o Hospital Psiquiátrico no rol de serviços da RAPS.

A análise do *Edital de Chamamento Público nº 03/2022* do Ministério da Cidadania (Brasil, 2022) e das *Diretrizes para um modelo de atenção integral à saúde mental no Brasil* (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2020) possibilitou identificar alguns eixos temáticos de apreensão e expressividade, em termos do modo de constituição dos processos de contrarreforma psiquiátrica, sob o auspício do *modelo manicomial*, com destaque para quatro tendências assinaladas na sequência.

- *Hipervalorização do Hospital Psiquiátrico* — nesta tendência, é endossado que a fragilidade na atenção em saúde mental advém da retirada do hospital psiquiátrico como elemento central, o que geraria impactos no sucateamento da rede e no déficit dos serviços de saúde mental. Não são considerados, nessa análise, a falta de investimentos e o histórico de desfinanciamento dos serviços substitutivos em prol do modelo de internação psiquiátrica, imposto historicamente na seara asilar-manicomial. A tendência de valorização acentuada do hospital psiquiátrico, de abordagem individual, biologicista, medicamentosa e socialmente restritiva, apresenta-se de forma conivente ao projeto privatista manicomial, de bases conservadoras.
- *Atribuição do aumento do nível de suicídio, do crescimento da população em situação de rua e do encarceramento das pessoas em sofrimento à redução dos leitos de hospitais psiquiátricos* — tal tendência busca criar uma relação de causa e efeito, no intuito de ignorar a estrutura capitalista geradora de intenso sofrimento com sua lógica produtivista e mercantil, além de desconsiderar o adoecimento ocasionado pelo internamento em instituições asilares-manicomiais.
- *Reforço à relação causal entre crise e internação psiquiátrica* — a tendência de defesa da “nova política de saúde mental”, adotada a partir de 2017, é enfocada como modernizadora em relação à RAPS, a partir da (re)inclusão dos manicômios.
- *Perspectiva proibicionista em relação ao uso de drogas* — esta tendência contempla uma visão moralista em que se atribui relações causais ao uso de drogas, sem levar em conta a estrutura, os processos e o contexto. Denota uma concepção higienista de cuidado,

Os dois documentos apresentam falácias (Brasil, 2022; Associação Brasileira de Psiquiatria, 2020), como, por exemplo, a indicação de que uma desassistência seria decorrente de menor investimento em hospitais psiquiátricos, por meio de comparativos entre o Brasil e outros paí-

ses. Essa afirmativa contrapõe os resultados de estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2020), no qual o reflexo da incipiência no cuidado em saúde mental, em anos recentes, estaria relacionado a um maior investimento em hospitais psiquiátricos do que em serviços substitutivos (World Health Organization, 2020).

Para corroborar a contraposição da informação elencada no *Edital de Chamamento Público nº 03/2022* do Ministério da Cidadania (Brasil, 2022), o relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2021) aponta maior investimento de recursos em CTs no campo da Política Sobre Drogas. O valor monetário-financeiro exorbitante destinado à área de serviços que contém (como direcionamento) a perspectiva asilar-manicomial corrobora o enraizamento desse caráter técnico-assistencial, o qual adquire predomínio e capilaridade com o financiamento da lógica psiquiatrizante.

A remanicomialização: sobreposição dos interesses do mercado e do conservadorismo na atenção em saúde mental

As práticas reatualizadoras do conservadorismo e remanicomialização, no país, ganham guarita em um arcabouço legal ancorado em um projeto privatista manicomial, sobretudo a partir de 2016, a partir da chamada Nova Política de Saúde Mental (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). As alterações normativo-legais e operacionais indicam aumento da alocação de recursos financeiros destinados ao custeio de serviços asilares-manicomiais e diminuição de suporte para serviços de base territorial, conforme consta na Portaria nº 2.434/2018 do Ministério da Saúde (Brasil, 2018), com redução no número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), suspensão temporária do financiamento em 2018 e desabilitação de alguns serviços (Desinstitute; Weber, 2021).

Desde a promulgação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2001), não havia sido identificada, até então, falta de priorização e de investimentos nos CAPS nos níveis observados no período 2018-2020, na gestão do governo Jair Bolsonaro, expresso sobretudo na baixa expansão, construção e habilitação desses serviços.

Faz-se necessário repensar não apenas a forma de ver os processos de sofrimento, mas buscar rever toda a superestrutura em que o sofrimento está calcado, e a forma pela qual a estrutura se coloca diante do sofrimento. Assim, torna-se possível questionar premissas de reforço a centralidade da lógica do capital no trato com a saúde mental, a exemplo do tratamento por meio do trabalho, do consumo e do encaixe em padrões estabelecidos (Passos, 2015; 2018).

Outrossim, conceber uma saúde mental racializada, de modo a identificar as nuances da sua história e a intrínseca relação entre manicômios e racismo, é compreender as bases que dão sustentação aos manicômios, as quais se fortalecem nos moldes do higienismo neoliberal. Fanon (2020) já apontava a relação entre colonização e hospital psiquiátrico, demonstrada até o período atual, com base em relatos contidos em inspeções do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT, 2007)⁴. Ou seja, sabe-se quem mais sofre e quem mais é afetado pela lógica manicomial.

⁴ O Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) foi instituído pelo Estado brasileiro em 2007, em compromisso assumido com a Organização das Nações Unidas (ONU). O órgão foi regulamentado pela Lei federal nº 12.847/2013 e se compõe de especialistas independentes (peritos) com acesso às instalações de privação de liberdade (centros de detenção, estabelecimento penal, hospital

No intuito de sintetizar a conformação da contrarreforma psiquiátrica, como também a transitoriedade na relação público *versus* privado, foram elencadas, no estudo, quatro dimensões interrelacionadas e interdependentes, identificadas por meio da análise documental e bibliográfica, e inseridas na sequência.

- *Dimensão privatista* — o fomento às intuições privadas e filantrópicas visa favorecer convênios e termos de parcerias com modelos manicomiais, com o agravamento do quantitativo de 70% dos hospitais psiquiátricos serem constitutivos da rede privada. Além disso, as Comunidades Terapêuticas recebem valores que poderiam estar sendo investidos em serviços prioritários do direito de escolha. Entretanto, as CTs estão enraizando a lógica de asilamento, do não respeito à liberdade individual e do desmonte da perspectiva de redução de danos, com vistas à imposição da abstinência (Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho, 2020).
- *Dimensão conservadora* — é reafirmada por meio de normativas de favorecimento do manicômio, de inserção dos hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas no centro da RAPS e de supressão do orçamento de serviços substitutivos. Tal dimensão conserva, também, a ordem que legitima o racismo, a colonização, o machismo e diversas concepções violentas.
- *Dimensão manicomial* — se pauta por enaltecer os manicômios e suas práticas como inovadoras. Destaca-se como exemplo desta dimensão a apresentação da Nota Técnica nº 11/2019, na qual o eletrochoque é direcionado como possibilidade de *tratamento*, denominado de eletroconvulsoterapia, fortemente defendido pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no período. Outro exemplo da dimensão manicomial pode ser referido à Associação Brasileira de Psiquiatria, responsável pela edição da Revista Debates em Psiquiatria Clínica, com artigos em defesa da eletroconvulsoterapia como prática para o *cuidado* de pessoas em sofrimento psíquico grave (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2011). Além desse ponto, a ABP tem se colocado não apenas de modo favorável, mas tem pautado grande parte das latências contrarreformistas. Na defesa das “novas diretrizes para o cuidado em saúde mental”, reapresentada em 2020, a ABP propôs revogação de portarias fundamentais na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2020). Esse fato demonstra o alinhamento da entidade, em desajuste aos preceitos de uma saúde mental vinculada à luta antimanicomial.
- *Dimensão repressora* — a lógica manicomial demonstra o caráter repressor desta dimensão, no uso de suas forças hegemônicas para legitimar o encarceramento da população. Como exemplo, cita-se a Portaria 69/2020 do Ministério da Cidadania, que “[...] 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 [...]” (Brasil, 2020, n.p.) e insere as Comunidades Terapêuticas como lugar central no atendimento à população em situação de rua (Brasil, 2020). O fomento à lógica moral religiosa, contraponto a laicidade do Estado, apresenta-se como indicativo da dimensão repressora, com a definição da abstinência como única linha de cuidado, e com exclusão da política de redução de danos do campo álcool e outras drogas.

psiquiátrico, abrigo de pessoa idosa, instituição socioeducativa ou centro militar de detenção disciplinar). Constatadas violações, elaboram-se relatórios para as devidas providências.

No entanto, essas quatro dimensões não se apresentam de modo estanque, linear e tampouco apartadas umas das outras. Ao contrário, trata-se de um amálgama de ação imbricada, o qual impacta diretamente no movimento remanicomializador, no sentido de fortalecer o campo asilar-manicomial.

Da Reforma Psiquiátrica à contrarreforma remanicomializadora: tensões e disputas nos governos de austeridade do período 2016-2022

Em contraposição à remanicomialização e sobreposição dos interesses privados e conservadores, há também, na atenção em saúde mental, lutas sociais por meio da mobilização orgânica de sujeitos políticos, defensores dos princípios norteadores e fundantes da proposta de um modelo de atenção de base antimanicomial, territorial, sob a primazia do direito humano à saúde, da autonomia e do exercício da cidadania (Vasconcelos, 2016).

Na sociedade capitalista, tanto o Estado como as políticas sociais apresentam um caráter contraditório que mobiliza, simultaneamente, interesses opostos na sociedade, com respostas diferentes, dependendo do poder de incidência de cada lado opositor (Behring; Boschetti, 2011). Desse modo, não se trata apenas de uma mediação estratégica no interior do capitalismo, mas de um amalgamado com a classe dominante, a qual incorpora as reivindicações da classe trabalhadora, quando se trata do interesse do capital.

A saúde mental, por ser um campo contraditório, está compreendida entre aqueles que se organizam e lutam pela defesa intransigente da vida, das existências e de outra sociedade, confluindo pela luta antimanicomial, enquanto um outro campo se alinha ao projeto manicomial privatista e conservador, o qual contribui para corroboração do processo de contrarreforma psiquiátrica (Vasconcelos, 2016). Dessa maneira, o ambiente de luta, em consolidação na saúde mental, está transposto por segmentos que estão pautando e construindo, concomitantemente, uma reforma psiquiátrica no país, de concepção antimanicomial.

Não obstante, é preciso considerar o caráter contraditório das políticas de saúde mental, pois esse campo mobiliza, ao mesmo tempo, interesses opostos — os quais podem, conforme a correlação de forças presentes, caminhar em direção às propostas da Reforma Psiquiátrica, ou, de forma contrária, fortalecer um projeto contrarreformista, conservador e de manutenção do *status quo* sob a condição de exploração. Desse modo, o fortalecimento do campo antimanicomial torna-se fundamental para construir o rompimento dessa estrutura. Basaglia (1979) aponta para a perspectiva de superação dos manicômios, a partir da mobilização da classe trabalhadora. Tal mobilização abrangerá sindicatos, partidos de esquerda e lutas populares, a fim de alcançar esses objetivos. Essa correlação de forças ocorre em razão da composição das políticas sociais no Estado Burguês, que variam entre governos progressistas a governos conservadores.

Na constituição da saúde mental, o campo da contra-hegemonia psiquiátrica foi fundamental para a continuidade do modelo calcado na Reforma Psiquiátrica, ainda que pairando sob constantes ameaças. Essa conformação mobiliza interesses antagônicos, com respostas distintas, e que dependem do poder de incidência de cada campo e do cenário ideológico-político do momento. Vasconcelos (2016), a partir de uma análise de conjuntura, assinala que a formação social do país tem, como premissa, a manutenção de hierarquias. Nessa ótica, são demonstrados dois campos: revolucionário e conservador. O campo revolucionário se alinha às lutas em defesa da democratização do país, com valorização do poder popular e da participa-

ção social, e contribui para impulsionar a Luta Antimanicomial. O campo conservador representa os interesses do capital e inibe os avanços possíveis, favorecendo o desmonte das políticas sociais. Este último campo está composto pela seara de lucratividade a partir da saúde-doença, que se manifesta em seguros privados, clínicas de internação compulsória, setores de produção de psicofármacos e similares.

Observa-se assim que, no campo manicomial, enraízam-se os segmentos representantes da psiquiatria tradicional e das Comunidades Terapêuticas, os quais têm postulado vários posicionamentos favoráveis a um caráter conservador, rígido e positivista das práticas de saúde. Por outro lado, no campo antimanicomial, os movimentos sociais, coletivos, associações constroem campos de resistência e pautam a superação da lógica manicomial, muitas vezes associada a uma crítica radical da sociedade. Todavia, no âmbito dos movimentos sociais, as contradições também se fazem presentes, há dissensos, e nem sempre se caminha coesivamente.

Os dois campos aqui debatidos são permeados por contradições, encontram-se inseridos em cenários intensos de correlação de forças e se pautam pelas suas diferentes linhas e percepções no que diz respeito à saúde mental. Enquanto o campo manicomial está focado no objeto doença, o campo antimanicomial busca a produção de maneira ampliada e voltada à reinvenção da vida.

Elaborou-se um quadro-síntese das disputas centrais em que se concentram os dois campos, manicomial e antimanicomial, as quais se aguçam em um cenário de contrarreforma psiquiátrica (Quadro 1). Os informes foram apreendidos com base em distintos documentos normativos, legais e institucionais, expressos no âmbito desses dois segmentos em estudo.

Quadro 1 - Síntese das disputas entre o campo manicomial e o campo antimanicomial, identificadas na política pública de saúde mental no contexto do SUS. Brasil, 1990-2022

Elementos destacados	Campo manicomial	Campo antimanicomial
<i>Objeto do cuidado adotado no campo</i>	Doença mental	Saúde mental, compreendida enquanto produção social da vida
<i>Caracterização do modelo de saúde mental adotado</i>	Modelo assistencial biomédico, curativo-hospitalocêntrico, de bases fundantes na psiquiatria tradicional, no uso predominante de procedimentos de concepção não integradora e por vezes considerados obsoletos, a exemplo da eletroconvulsoterapia	Modelo assistencial psicossocial, de base comunitária, territorial, voltado à preservação da autonomia, ao cuidado em liberdade às pessoas em sofrimento
<i>Concepção de saúde do modelo de saúde mental adotado</i>	Privatização e mercantilização da saúde	Saúde como política pública de acesso universal, de direito do cidadão e de responsabilidade do Estado
<i>Concepção de cuidado do modelo de saúde mental adotado</i>	Patologização da vida, periculosidade e risco social	Fortalecimento do cuidado em liberdade e promoção dos direitos
<i>Paradigma do campo</i>	Proibicionista, criminalizador e moralista	Antiproibicionista e de redução de danos
<i>Definição dos sujeitos usuários do cuidado em saúde mental</i>	Sujeitos políticos em defesa da contrarreforma remanicomializadora	Sujeitos políticos em defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, associada a outras lutas sociais por projetos societários contra-hegemônicos

Fonte: Elaboração própria.

Em tempos de avanço da contrarreforma psiquiátrica, no decorrer dos quais o conservadorismo se apropria dos espaços, das políticas e das dimensões da vida, as tensões se acirram entre o campo manicomial e antimanicomial; entretanto, suas pautas e concepções ocorrem entrelaçadas à conjuntura macrossocial. Medidas de austeridade fiscal, desinvestimento em políticas sociais, esvaziamento dos espaços de participação popular — sobretudo com a ceifa democrática marcada no ano de 2016 pelo golpe parlamentar — geram impactos específicos no âmbito da saúde mental.

As disputas no interior da sociedade interferem diretamente no fortalecimento ou fragilização da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Como sinaliza Passos (2015; 2018), é preciso compreender tais disputas dentro dos próprios limites impostos pelas determinações sociais do processo saúde e doença. Desse modo, pensar a luta antimanicomial apenas no campo da redução das desigualdades é limitar o que se objetiva com a superação da lógica manicomial, pois um novo quadro de igualdade deve ser construído como reivindicação da classe trabalhadora. Essas posturas já demonstram a existência de divergências dentro do próprio movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ora por caminharem numa ótica reformista, ora por rumarem à revolução.

Por essas razões, a luta antimanicomial não está findada, pois carece de constante construção. Em meados do período 2016-2022, o campo da hegemonia psiquiátrica tradicional tem se validado no país, no sentido de recosturar as possibilidades do retorno aos manicômios. Essas disputas se acirram a depender da conjuntura, uma vez que não se trata de um processo mecanicista. As narrativas do saber-poder, próprias da classe dominante, apropriam-se do campo da saúde mental para se apropriar das perspectivas desse campo. Nesse sentido, o polo das mobilizações sociais reivindica a superação de tais narrativas, a partir da consolidação do discurso popular de um cuidado pautado na emancipação humana.

As manifestações do movimento antimanicomial em tempos de acirramento da contrarreforma

Diante do cenário em que expressivos desmontes impactam no campo da saúde mental, a mobilização social demonstra sua relevância perante esses retrocessos. Segmentos historicamente organizados no país em defesa de uma saúde mental mais ampliada têm buscado e apresentado estratégias com vistas ao enfrentamento e enraizamento da perspectiva manicomial.

Seguindo essa lógica, foi possível observar a existência de uma movimentação do campo progressista, buscando seguir o curso de continuidade da proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Vasconcelos (2010) discorre sobre as rupturas ocorridas dentro da movimentação progressista antimanicomial, e aponta o modo que essas dissonâncias se direcionaram para crises, sobretudo na composição da Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. No entanto, foi possível perceber, no ano demarcado para este estudo, uma perspectiva mais concentrada em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Outro exemplo da movimentação progressista antimanicomial foi observado em dezembro de 2017, no contexto de uma efusão do conservadorismo na já mencionada Nova política de saúde mental. Naquela conjuntura, o campo antimanicomial buscou reafirmar, por meio da comemoração de 30 Anos de Carta de Bauru (em relação ao documento redigido em evento que

ocorreu em Bauru (SP), em dezembro de 1987), a relevância em defesa do lema *Por uma Sociedade Sem Manicômios*, além de apontar o desfavorecimento às normativas contrarreformistas.

Em anos subsequentes a 2017, os segmentos antimanicomiais permaneceram a pautar, a construir e a desenvolver ações demarcatórias da posição contrária à reafirmação de movimentos de cunho manicomial, tais como a ABP. Em 2020, primeiro ano da pandemia da Covid-19, foi pautada a revogação de portarias com desdobramentos contra a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esse movimento, conduzido sobretudo pela movimentação progressista antimanicomial e popularmente conhecido como revogaço, teve ações desenvolvidas no país, e se caracterizou como marca expressiva ao contraponto da proposta manicomialista conservadora (Lira, 2021).

Segue abaixo uma síntese demonstradora dos apontamentos das confluências dos movimentos antimanicomiais progressistas, analisados no período de acirramento da contrarreforma:

- defesa do lema *Por uma Sociedade sem Manicômios*, de subsídio à construção de caminhos para reafirmação e validação também da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil;
- contraponto à imposição da abstinência pautada na nova política sobre drogas;
- adoção de categorias críticas para pautar a contrarreforma — olhar ampliado e não endógeno da saúde mental;
- contrariedade às figuras que reafirmam historicamente a centralidade dos manicômios.

Por intermédio do conteúdo das premissas citadas, torna-se possível perceber a coexistência perene entre reforma e contrarreforma, com suas modulações específicas em cada contexto. Porém, esses movimentos reiteram a constante investida do campo antimanicomial, no sentido de estancar retrocessos que acompanham, historicamente, as conquistas alcançadas no âmbito da saúde mental.

Conclusão

A trajetória das políticas públicas de saúde mental no Brasil tem a marca da luta dos movimentos sociais, organizados em defesa de uma sociedade sem manicômios, fundamentados no reconhecimento da liberdade e da democracia. Em contrapartida, forças contrárias às propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira não deixaram de exercer pressão para beneficiar o setor privado e filantrópico, sobretudo no período 2016-2022. Tais setores e segmentos opositores vêm se articulando e ganhando expressividade, especialmente nos espaços institucionais estratégicos no Executivo e Legislativo, com forte direcionamento da política de saúde mental aos interesses dos setores privado e filantrópico, caracterizando-se o que se denomina de *contrarreforma psiquiátrica*.

O estudo sugere a existência de diferentes elementos que compõem a contrarreforma psiquiátrica, com realce para a reatualização do conservadorismo, por meio da retomada de modelos e práticas considerados superados cientificamente, reinseridos, porém, sob uma roupagem de modernização e de boa prática psiquiátrica. Pode-se citar, como exemplo, as medidas de humanização do hospital psiquiátrico, com embasamento a partir da proposta do modelo híbrido, em que se busca manter os hospitais psiquiátricos, apenas por meio da sua reatualização, da modificação por dentro e da prevenção de *doenças mentais* pela ótica higienista.

A organização sociopolítica dos movimentos sociais de base antimanicomial, em defesa do projeto da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, exige compreender a política pública de saúde mental na interrelação com as contradições na sociedade capitalista, como produtora e reprodutora das formas de manicômios. Ou seja, a luta antimanicomial exige entrelaçar o debate da saúde mental à determinação social do processo saúde-doença, às complexidades das dimensões da vida em sociedade, e à própria constituição do Estado na sociedade capitalista.

Contudo, há que fortalecer a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, alinhadas as lutas sociais das classes trabalhadoras, em busca de construir uma sociabilidade sem nenhum tipo de manicômio e segregação, com radicalidade da democracia e da liberdade, a fim de que todas as pessoas possam usufruir das potencialidades da vida.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (Org.). **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2020. Disponível em: http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/eof082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf. Acesso em: 14 jan. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Revista Debates em Psiquiatria Clínica**, v. 1, n.1, jan./fev. 2011. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/34/34>. Acesso em: 14 jan. 2023.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas**. Brasília (DF), 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 15 dez. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.2016/2001, de 10 de abril de 2001. Dispõe a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília (DF), 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.657/1989, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória**. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Edital de Chamamento Público nº 03/2022. Processo nº 71000.011057/2022-04.** Brasília (DF), 2022. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/editais-1/chamamento-publico/SEI_71000.011057_2022_04.pdf. Acesso em: 12 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **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.** Brasília (DF), 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-257197675>. Acesso em: 13 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Brasília (DF), 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 (DF), 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso: 4 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Brasília (DF), 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF), 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 jan. 2023. [Republicada no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, Págs. 37-38].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**, Brasília (DF), ano 10, n. 12. [Informativo eletrônico], out. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html. Acesso em: 13 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Hospitais psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional.** 2 ed., mar. 2020. (Publicações [Relatórios e Cartilhas]). Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 12 jan. 2023.

COUTINHO, C. N. A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma? **Revista Novos Rumos**, Marília, v. 49, n. 1, 2012.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Rio de Janeiro, 2020.

DESINSTITUTE; WEBER, R. (Orgs.). **Painel Saúde Mental**: 20 anos da Lei 10.216/2001. Brasília (DF), set. 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 18 jan. 2023.

DIAS, M.K.; MUHL, C. Agenciamentos da psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a epidemia de psicotrópicos. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 60-74, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29114/21384>. Acesso em: 20 set. 2023.

FANON, F. **Alienação e liberdade**: escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Análise das Políticas Públicas sobre Drogas no Orçamento Federal**: 2005-2019. Brasília (DF), 2021. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10835/1/AnalisePolPublicaDrogasOrcamentoFederal_2005_2019.pdf. Acesso em: 15 jan. 2023.

LIRA, G. F. C. **Tensões e disputas frente às manifestações da contrarreforma psiquiátrica brasileira**. 2021. Dissertação (Mestrado em Política Social) — Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2021.

PASSOS, R. G. Caminhos da consciência para si no movimento de reforma psiquiátrica brasileira: notas iniciais à luz de Marx e Lukács. **Trab. Educ. Saúde**, v. 13, Supl 1, p. 11-22, Rio de Janeiro, 2015.

PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-23, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483/15672>. Acesso em: 20 set. 2023.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. Editora Papel Social, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas**. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>. Acesso em: 18 jan. 2023.

Gabriela Fernandes Chaves LIRA Trabalhou na concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados e na redação do artigo.

Assistente Social. Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Política Social pelo Programa de Pós-graduação em Política Social (PPGPS) da Universidade de Brasília (UnB). Professora Substituto no Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB). Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde, Sociedade e Política Social – GEPSaúde/CNPq. Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília (DF), CEP.: 70910-900. E-mail: <gabriela_fernandesc@hotmail.com>. Este artigo é resultado de reflexões e discussões feitas a partir da dissertação de mestrado da autora.

Andreia de OLIVEIRA Trabalhou na concepção, revisão crítica e na aprovação da versão a ser publicada. Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Professora Associada do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB). Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde, Sociedade e Política Social – GEPSaúde/CNPq.
