



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**“APESAR DE VOCÊ, AMANHÃ HÁ DE SER OUTRO DIA”: O
MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
NO BRASIL E EM PORTUGAL**

ELOISA KUN PIZZO

Orientadora da Dissertação:

MARIA JOÃO VARGAS-MONIZ

Professora de Seminário de Dissertação:

MARIA JOÃO VARGAS-MONIZ

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de MESTRE EM
PSICOLOGIA CLÍNICA

2024

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Maria João Vargas-Moniz apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

Hoje você é quem manda
Falou, 'tá falado
Não tem discussão, não
A minha gente hoje anda falando de lado
E olhando pro chão, viu
Você que inventou esse estado
E inventou de inventar
Toda a escuridão
Você que inventou o pecado
Esqueceu-se de inventar
O perdão

Apesar de você
Amanhã há de ser outro dia
Eu pergunto a você onde vai se esconder
Da enorme euforia
Como vai proibir
Quando o galo insistir
Em cantar
Água nova brotando
E a gente se amando sem parar

Quando chegar o momento, esse meu sofrimento
Vou cobrar com juro, juro
Todo esse amor reprimido, esse grito contido
Este samba no escuro
Você que inventou a tristeza
Ora, tenha a fineza de desinventar
Você vai pagar e é dobrado
Cada lágrima rolada nesse meu penar

Apesar de você
Amanhã há de ser outro dia
'Inda pago pra ver (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
O jardim florescer (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
Qual você não queria (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
Você vai se amargar (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
Vendo o dia raiar (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
Sem lhe pedir licença (lá-lá-iá-lá)
E eu vou morrer de rir (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
Que esse dia há de vir (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
Antes do que você pensa (lá-lá-iá-lá)

Apesar de você
Amanhã há de ser outro dia
Você vai ter que ver (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
A manhã renascer (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
E esbanjar poesia (lá-lá-iá, lá-lá-iá-lá)
Como vai se explicar (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
Vendo o céu clarear (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
De repente, impunemente (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
Como vai abafar (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
Nosso coro a cantar (lá-lá-iá, lá-lá-iá)
Na sua frente (lá-lá-iá, lá-lá-iá)

(...)

Chico Buarque (1970)

Agradecimentos

Agradeço à minha família, em especial meus pais, irmã e avó. Fonte de amor e suporte. Obrigada pelo apoio incondicional e incansável dedicação que, apesar da distância atravessada por um oceano, sempre se fizeram presente em todos os momentos.

Aos meus amigos do Brasil e de Portugal, que me constituem. Agradeço pela força, presença e companheirismo de sempre.

À Rebeca, Laís, Mario, Margarida, Vidi e Camila. Por transformarem Portugal em uma segunda casa.

À minha irmã de coração, Gabriela, agradeço, entre muitas coisas, por me entender sem que precisemos sequer trocar palavras e por caminhar sempre junto comigo, independentemente da distância que a vida nos coloca. É muito bom compartilhar a vida com você.

Ao Bruno, pelo amor, afeto e incentivo. Agradeço, também, pela habilidade incrível de me fazer sorrir em todos os momentos.

À professora Doutora Maria João Vargas-Moniz, pela orientação e disposição generosa em me acompanhar à distância. Às minhas colegas do ISPA, pela partilha e ajuda, essenciais para a consolidação deste estudo. Agradeço à Júlia, por todos os momentos de partilha sincera, todas as risadas e choros. Sua presença fortalece e inspira.

Agradeço a todos os entrevistados, cuja participação proporcionou contribuições valiosas, com colaborações fundamentais para o andamento desta pesquisa.

Resumo

Desinstitucionalização é um conceito polissêmico que engloba diferentes elementos epistemológicos e práxis assistenciais. Um processo complexo que começa pelo hospital psiquiátrico e busca transformar as relações de poder entre pacientes e instituições, produzindo estruturas de saúde mental que substituem o internamento e transformam os recursos materiais e humanos depositados nessas instituições. A desinstitucionalização ocorreu de forma diferente no Brasil e em Portugal, entretanto o debate em torno da saúde mental e da desinstitucionalização se torna cada vez mais urgente em ambos os países frente a persistência e intensificação dos modelos assistenciais que seguem a lógica manicomial. Nesse sentido, os movimentos sociais são promotores de transformações políticas e sociais, denunciando as desigualdades e injustiças vividas por uma parcela da sociedade. No caso do Movimento Antimanicomial, a luta pelos direitos dos usuários de serviços de saúde mental e de seus familiares é fundamental. Este estudo tem como objetivo discutir acerca do Movimento Antimanicomial e o Processo de Desinstitucionalização no Brasil e em Portugal através do relato das experiências de profissionais da área da saúde mental estabelecendo as relações e distinções entre ambos. A recolha de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas, em seguida, foi realizada a análise temática dos resultados obtidos com o propósito de obter os temas mais relevantes para o estudo. Embora em ambos os países haja diretrizes que encaminhem para a desinstitucionalização, essas ainda estão incipientes e fragilizadas, sendo a ação do Estado e, dos movimentos sociais essenciais para combater a hegemonia do modelo manicomial.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Movimento Antimanicomial; Movimentos sociais; Saúde mental; Hospitais psiquiátricos; Brasil; Portugal.

Abstract

Deinstitutionalization is a polysemic concept that encompasses different epistemological elements and care practices. It is a complex process that begins in the psychiatric hospital and seeks to transform the power relations between patients and institutions, producing mental health structures that replace hospitalization and transform the material and human resources deposited in these institutions. Deinstitutionalization occurred differently in Brazil and Portugal, however, the debate around mental health and deinstitutionalization is becoming increasingly urgent in both countries, given the persistence and intensification of care models that follow the asylum logic. In this sense, social movements are promoters of political and social transformations, denouncing the inequalities and injustices experienced by a portion of society. In the case of the Anti-Asylum Movement, the fight for the rights of users of mental health services and their families is fundamental. This study aims to discuss the Anti-Asylum Movement and the Deinstitutionalization Process in Brazil and Portugal through the reporting of experiences of mental health professionals, establishing the relationships and distinctions between the two. Data collection was done through semi-structured interviews, followed by thematic analysis of the results obtained in order to obtain the most relevant themes for the study. Although in both countries there are guidelines that lead to deinstitutionalization, these are still incipient and fragile, and the action of the State and social movements are essential to combat the hegemony of the asylum model.

Keywords: Deinstitutionalization; Anti-Asylum Movement; Social movements; Mental health; Psychiatric hospitals; Brazil; Portugal.

Índice

Introdução	9
1. Loucura e Instituições Psiquiátricas no Brasil e em Portugal: um breve panorama histórico	10
2. O Movimento Antimanicomial brasileiro: caminhos e conquistas	16
3. Desinstitucionalização no Brasil e em Portugal	25
4. Métodos	31
4.1. Objetivos	31
4.2. Recolha de dados	32
4.3. Análise de dados	33
4.4. Participantes	34
4.5. Considerações éticas	35
5. Resultados	35
5.1. Fatores Potenciadores da Desinstitucionalização	37
Papel do Estado	38
Educação e formação profissional.....	38
Movimentos Sociais, Organizações Comunitárias e Sociedade Civil.....	39
Movimento Antimanicomial	42
5.2. Fatores Bloqueadores da Desinstitucionalização	57
Modelo Manicomial	57
Políticas de institucionalização continuada.....	58
Organizações privadas e estruturas sociais de institucionalização.....	59
Desafios na comunidade.....	60
Dificuldades na implementação de políticas públicas.....	61
6. Discussão	67
7. Considerações finais	93
Referências Bibliográfica	97
Anexos	105

Acrônimos

AEIPS – Associação para Estudo e Integração Psicossocial

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNSM – Conselho Nacional de Saúde Mental

CT – Comunidade Terapêutica

DINASAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

MA – Movimento Antimanicomial

MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

PVC – Programa de Volta a Casa

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

RP – Reforma Psiquiátrica

RENILA – Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

Introdução

A pluralidade que compõe o conceito desinstitucionalização é refletida na diversidade de elementos epistemológicos, práticas assistenciais e fatores que são influenciados pela própria ação de desinstitucionalizar, bem como, pela análise desse processo enquanto conceito. Em seu sentido mais amplo, a desinstitucionalização pode ser compreendida como um processo social complexo, transformador das relações de poder entre pacientes e instituições, bem como as práticas e saberes em torno da loucura (Rotelli et al., 2001). A retirada das pessoas com doença mental de instituições asilares e psiquiátricas, tendo em vista a sua reintegração na comunidade, vem sendo discutida desde as décadas de 1950 e 1960 (Ornelas, 1996). Contudo, frente aos desafios colocados pela permanência da hegemonia dos hospitais psiquiátricos como primeira resposta de tratamento das doenças mentais, a desinstitucionalização continua a ser uma questão recente que necessita de atenção (Vargas-Moniz et al., 2013).

Segundo Rotelli et al. (2001), com o processo de desinstitucionalização, o destaque é tirado do tratamento focado na cura e direcionado para a “intervenção da saúde”. Em meados do século XX, diversos fatores marcaram o avanço deste processo. Em Portugal, há leis que encaminham para um modelo comunitário de cuidado desde 1963, com a promulgação da Lei de Saúde Mental. No Brasil, a mudança para um modelo de atenção psicossocial ganhou força em meados da década de 1980, marcando significativas transformações no campo da saúde mental (Passos & Portugal, 2016; Siqueira-Silva et al, 2013).

As contradições presentes em uma realidade social impulsionam um processo coletivo de conscientização, frequentemente expresso por meio de movimentos sociais, catalisadores de transformações políticas. Esses movimentos denunciam desigualdades sociais, refletindo o esforço de uma parcela da sociedade em emancipar-se (Lyra Filho, 2000). Segundo Amarante e Diaz (2012, p.84), “reiventa-se a política para determinados grupos sociais e criam-se formas inusitadas de intervenções públicas”, tendo repercussões não apenas na esfera política, mas também, na cultural e no cotidiano dos indivíduos.

Nesse sentido, o Movimento Antimanicomial brasileiro tem como princípio a luta pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e de seus familiares. Trata-se de um movimento plural, formado por diversos atores sociais que reivindicam, para além de uma sociedade sem manicômios, o fim de qualquer tipo de opressão. No cenário da saúde, esse movimento é a favor da desinstitucionalização da vida, contra as violências expressas pela lógica manicomial ainda presente nos serviços de psiquiatria, contra a estigmatização e

objetificação da loucura. Lutando a favor do tratamento em liberdade e melhores condições de cuidado em saúde mental (Vieira-Silva et al., 2022).

Dada as especificidades e particularidades de cada país no que diz respeito a desinstitucionalização e a saúde mental procurou-se, nesta investigação, entender melhor os elementos que ainda sustentam a lógica manicomial de cada país, assim como, os avanços e retrocessos em torno do processo de desinstitucionalização de ambos.

O presente estudo está estruturado em três partes. A primeira seção traz uma revisão de literatura, começando com uma breve retomada histórica acerca da loucura e instituições psiquiátricas no Brasil e em Portugal, seguida por uma ampla aprofundada do Movimento Antimanicomial e de seu percurso no contexto da saúde mental no Brasil. Por fim, é discutido o tema da desinstitucionalização, e seus percursos em ambos os países.

Na seção subsequente, descreveu-se os objetivos da investigação e o seu processo metodológico. Pautado no método qualitativo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a intervenientes-chave como instrumento de recolha de dados. A descrição da análise de dados e características dos participantes também está compreendida nesta seção. A seguir, a na terceira e última parte, os resultados obtidos e analisado mediante uma análise temática, foram apresentados e discutidos, recorrendo a trechos significativos obtidos do discurso dos participantes ao longo das entrevistas.

1. Loucura e Instituições Psiquiátricas: um breve panorama histórico

Um filósofo contemporâneo, felizmente não psiquiatra, enunciou uma frase que acredito ter para nós certo interesse: “se você quiser se aprofundar na estrutura de determinado país, é preciso visitar seus hospitais psiquiátricos”

(Fanon, 1968, p. 187).

Na Grécia antiga, a noção de culpa, responsabilidade, emoções, desrazão e insanidade são ainda muito vagas. Homero propõe em sua obra a existência da relação entre a loucura e os deuses na qual as ações do homem são operacionalizadas pelo divino, marcando a predominância de uma ótica mitológica-religiosa acerca da loucura (Pessotti, 1994).

Pessotti (1994) no livro “Loucura das Épocas” divide a representação histórica da loucura em quatro períodos: a antiguidade clássica com os filósofos gregos, a doutrina demonista dos séculos XV e XVI, o enfoque médico dos séculos XVII e XVIII e a psiquiatria e institucionalização em manicômios a partir do século XIX. Portanto, a percepção em torno do

que é a loucura foi se transformando ao longo dos séculos, passando de resultado das forças divinas ou demoníacas para uma doença orgânica, passível de tratamento médico.

Na poesia de Homero e Hesíodo, a loucura está diretamente relacionada com a intervenção dos deuses na vida dos homens, são eles que perturbam a razão e os enlouquecem. Já nos textos trágicos, o intermédio divino começa a ser, gradualmente, substituído pelos conflitos de paixões e o embate entre desejo e norma ética. De acordo com Pessotti (1994, p.46), “é principalmente nas obras de Eurípedes que a loucura se psicologiza, tanto na etiologia como nos quadros clínicos, na sintomatologia e nos efeitos sobre as emoções e a vida dos homens”, marcando uma substituição do paradigma mítico-teológico para uma visão mais racional das contradições humanas.

Em 377 a.C., Hipócrates faz um distanciamento maior da mitologia e aponta a loucura como um desvio da natureza orgânica do homem, um sintoma. Platão, em sua obra “A República” propõe o sistema de três almas para definir a loucura, sendo que o desvio dessas funções é característica da desrazão (Pessotti, 1999). Essas concepções antigas da loucura permanecem na história do conceito, influenciando no processo de entendimento e formulação de novas teorias. Sendo que, mais tarde, é empregado o termo “alienação mental”, como uma forma de classificação do fenômeno escolhida pelos alienistas (Zgiet, 2021)

Zgiet (2021) refere que, com o início dos estudos acadêmicos sobre o tema, o encarceramento tornou-se mais frequente, afastando o louco, em nome da moral, de seu meio social, garantindo uma melhor observação de seu comportamento e o desenvolvimento de uma ciência e prática capazes de alterar o estado de alienação presente naqueles indivíduos.

Na Europa do século XVII, o internamento deu-se como uma resposta à crise econômica que abalava o mundo ocidental daquela época na qual uma das consequências era o aumento desenfreado da pobreza. Segundo Foucault (1978), em 1656 é decretado a criação do Hospital Geral em Paris, marcando o período que chamou de “Grandes Internações”. Neste momento, os leprosos foram substituídos pelos “internos” e a segregação desta população agora tinha valores políticos, sociais, religiosos, econômicos e morais envolvidos. A loucura passa a ser encarada sob o véu da moral. Os Hospitais Gerais serviam como um depósito para onde eram colocados os miseráveis, funcionando como uma estrutura semi-jurídica com poder estabelecido entre a justiça e a polícia, não tendo nenhuma semelhança com uma instituição médica. Se, nos tempos de crise, o Hospital Geral era o lugar destinado aos pobres e desempregados, fora dela, era um lugar que dava trabalho aos internos, que serviam como mão de obra barata (Carvalho & Piza, 2016; Foucault, 1978).

A partir da Reforma Protestante, nasce uma nova sensibilidade em relação à miséria, agora vista numa relação de ordem e desordem que tem fim na culpabilidade. A moral protestante em relação a pobreza influenciou o catolicismo no século XVII e os pobres passaram a ser vistos como sujeitos morais e não como representantes de Deus (Carvalho & Piza, 2016; Foucault, 1978). É criada a imagem do bom e mau pobre, sendo o bom aquele que aceita sua condição e seu internamento e, o mau, aquele que se recusa e é punido. O internamento desta parcela da população era um instrumento punitivo da ociosidade, servindo de auxílio ou castigo, acolhendo a loucura dentro dessas condições até o fim do século XVIII (Zgiet, 2021).

Com a psiquiatria de Pinel, a medicina passa a cumprir a função de identificar causas e tratamento da loucura a partir da observação das transformações biológicas, mentais e sociais do paciente dentro do asilo (Figueirêdo et al., 2014). A tradição da clínica psiquiátrica pineliana trouxe uma nova perspectiva em torno da loucura, com a busca por tratamentos específicos a partir dos sintomas, observação e análise dos fenômenos da alienação mental. A partir de Pinel, os Hospitais Gerais passam a ser substituídos por manicômios, cujo tratamento era direcionado apenas para os indivíduos diagnosticados com doença mental, tendo estes lugares um papel essencial na recuperação ao afastá-los do seu meio social (gerador do sintoma) e submetendo-os à norma disciplinar severa, regida pela lei da medicina (Teixeira, 2019).

Na sua gênese, o alienismo representou a tentativa de superação da loucura. Entretanto, nos anos que sucedem, acabou por legitimar, através do “isolamento terapêutico” e da prática manicomial, um processo de exclusão social e estigmatização dos indivíduos (Teixeira, 2019). Segundo Zgiet (2021, p.50), “abrem-se as portas aos manicômios médicos”, ao tratamento baseado na moral e a autoridade médica.

A compreensão da loucura e suas causas ao longo do tempo, a partir da análise de Foucault, pode ser entendida como resultado dos ideais dominantes sobre o mundo (Alves & Silva, 2004). Adicionalmente, Zgiet (2018) aponta que a institucionalização da loucura está diretamente ligada com os problemas da sociedade baseada no trabalho, onde o louco passa a ser visto como indivíduo improdutivo, portanto, sem utilidade e passível de encarceramento.

Os dispositivos de assistência psiquiátrica relacionavam-se ao discurso protecionista, em que o dito “louco” ou “alienado” estaria protegido quando afastado do seu meio social e, ao mesmo tempo, esta era uma medida que protegia a sociedade da periculosidade que estes indivíduos representavam. Estava posta, nos hospitais psiquiátricos, a solução para os problemas associados à loucura (Siqueira-Silva et al., 2013).

Relativamente a história da psiquiatria portuguesa, podemos identificar como um dos grandes marcos a criação, em 1848, do Hospital de Rilhafoles. Baseado nos modelos de asilos

que existiam pelo continente europeu, organizava-se a partir da concepção dualista da causalidade da doença mental: as causas orgânicas e morais (Alves & Silva, 2004). Inicialmente, o hospital, cuja capacidade que era para 300 pacientes, contava com 332 e, com o passar dos anos, estes números aumentaram rapidamente, chegando a atingir 5644 admissões no ano de 1869. Antes de sua criação e, mais especificamente no sul de Portugal, os indivíduos alienados, principalmente os miseráveis, eram enviados para o Hospital de São José em Lisboa. Este hospital era dividido em duas enfermarias: Santa Eufémia para mulheres e S. Teotónio para homens (Pereira, 1986; Santos, 2011).

Seguindo a tendência europeia e a necessidade nacional, em 1883 é fundado o Hospital Conde de Ferreira no Porto, o primeiro criado especificamente para alienados tendo António Maria de Sena como o primeiro diretor clínico cujas influências obtidas através de viagens pela Europa serviram de base para a estrutura do novo hospital. No decorrer do século XIX, o cuidado assistencial para alienados era concentrado nas cidades do Porto e Lisboa (Alves & Silva, 2004; Candeias et al., 2021; Santos, 2011).

A respeito do campo legislativo de Portugal, é definido em 1889, a lei da assistência psiquiátrica (“Lei Sena”), projetada por António Maria de Sena, cujo uma das determinações era a criação de mais quatro hospitais psiquiátricos pelo país. Os hospitais foram fundados somente após longos 50 anos, dentre eles estão: Hospital Júlio de Matos, o Manicômio de Sena e o Hospital Sobral Cid (Alves & Silva, 2004; Candeias et al., 2021).

Com inspiração nos modelos europeus, principalmente o francês pineliano, o Hospício Pedro II, foi o primeiro manicômio criado pelo imperador D. Pedro II no Brasil em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. A instituição psiquiátrica passa a ser o lugar de prática terapêutica da recém-nascida psiquiatria, com organização baseada na vigília e punição. Antes de sua criação, os indivíduos, especialmente os mais pobres, eram enviados para as Santas Casas da Misericórdia que, em Portugal, também administravam os hospitais de Rilhafoles e Conde de Ferreira em Lisboa e no Porto, respectivamente (Candeias et al., 2021; Devera & Costa-Rosa, 2007; Passos, 2017).

Em Portugal, no ano de 1911 foi criado o ensino oficial de psiquiatria nos manicômios de Lisboa, Porto e Coimbra. O antes chamado Hospital de Rilhafoles passa a denominar-se Hospital Miguel Bombarda, em homenagem à administração de Miguel Bombarda. Na mesma época, no Brasil, a psiquiatria tornava-se área de especialização médica independente e era decretada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados (Alves & Silva, 2004; Candeias et al., 2021; Devera & Costa-Rosa, 2007). A criação das estruturas manicomial estava relacionada com a preocupação em criar espaços de poder disciplinar, que produzia a

normalização de comportamentos e atuava com base na higiene social (Figueirêdo et al., 2014). Neste sentido, foram criados outros dispositivos disciplinares como as leis e decretos que orientavam práticas médicas psiquiátricas no tratamento da loucura. Para este trabalho, cabe apenas uma breve citação de alguns dos marcos importantes para a história da psiquiatria e institucionalização da loucura em ambos os países, a fim de entendermos como estes ainda reverberam no atual cenário das políticas de saúde mental de cada um.

Durante o século XX, foram diversas as mudanças no campo da psiquiatria e institucionalização da loucura no território brasileiro e português. Em Portugal, a reforma da assistência psiquiátrica passa pela publicação da Lei nº 2006 em 1945, regulamentado pelos decretos lei n.º 34.502 e nº34.534. É proposto, assim, uma abordagem higienista e preventiva em torno da perturbação mental a partir da criação de centros de assistência psiquiátrica que estariam distribuídos em três zonas de assistência no país: Norte, Centro e Sul. Estes Centros de Assistência Psiquiátrica são criados entre os anos 1945 e 1947 (Alves & Silva, 2004). No ano de 1958, cria-se, a partir do decreto-lei n.º 41759/58, o Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP), que atuaria nas três regiões de assistência psiquiátrica e passaria a ser o órgão responsável pela coordenação dos serviços, com objetivos voltados para a profilaxia, tratamento e educação no campo das doenças mentais (Alves & Silva, 2004).

No Brasil, a Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1926, tinha como objetivo inicial a melhoria do tratamento psiquiátrico, suas instituições e formações médicas. Durante este período, fortaleceram-se as perspectivas preventivas, eugenistas e higienistas em torno da doença mental através de ações racistas e xenofóbicas (Figueirêdo et al., 2014; Sampaio & Júnior, 2021). O modelo dos hospitais colônias, onde os indivíduos eram submetidos ao “trabalho terapêutico” passou a se expandir pelo território brasileiro, sob a visão de que, em um ambiente calmo e organizado, seriam possíveis tratar e reeducar as pessoas. Entretanto, este modelo foi usado para institucionalizar a “massa de indesejados” para a sociedade higienista e eugênica que se estabeleceu no país (Arbex, 2013; Devera & Costa-Rosa, 2007).

“A partir de 1931, desenvolveu-se uma tendência que passou a condenar a mestiçagem e a atribuir a todos os indivíduos não-brancos um caráter patológico. A solução seria o saneamento racial através da eugenia. Apareceram os macro-asilos e, em São Paulo, começavam os estudos sobre criação das Instituições Filantrópicas.” (Devera & Costa-Rosa, 2007, p.64).

O decreto n.º 24.559/1934 definia, sob o discurso do cuidado com a ordem e segurança pública, a retirada dos loucos do convívio em comunidade e internados em manicômios, fortalecendo a imagem do louco como perigoso. O contexto abria espaço para os internamentos

arbitrários e políticas de encarceramento como modelo de assistência que só seria flexibilizado em 1961 com a publicação do decreto n.º 49.974 cujo uma das determinações era que o internamento fosse seguido de um diagnóstico de doença mental e que o tratamento pudesse ser feito em instituições extra-hospitalares e comunitárias, passando a usar o termo “saúde mental” ao invés de “doença mental”. Tal decreto pouco efeito teve nas políticas de saúde mental, sendo que o foco político e econômico continuou voltado essencialmente para as entidades privadas (Sampaio & Bispo Júnior, 2021).

Após o golpe de 1964 e a instalação do regime militar, o cenário da privatização se intensificou e, no campo da saúde mental houve a ampliação massiva do modelo manicomial privatistas, marcando o período chamado de “indústria da loucura” caracterizado pelo elevado número de indivíduos internados, a maioria desnecessariamente, e baixos gastos com a manutenção das instituições e com quem lá estava (Rosa, 2021). A maior parte dos recursos financeiros destinados à psiquiatria eram investidos nos internamentos em clínicas privadas, que eram contratadas pelo Instituto Nacional de Assistência Privada (Inamps) (Sampaio & Bispo Júnior, 2021). Lucrava-se, cada vez mais, com o sofrimento humano e com a mercantilização da loucura. De acordo com Rosa (2021), em 1983 a I Conferência Nacional de Saúde Mental denunciava a existência de aproximadamente 85.000 leitos psiquiátricos pelo país, sendo que 75% destes pertenciam à esfera privada. Este número fica ainda mais gritante quando comparado com o número de leitos psiquiátricos privados existentes no início do regime militar, aproximadamente 14.000 leitos (Martins et al., 2019).

É importante ressaltar que a institucionalização e história da psiquiatria brasileira estão diretamente ligadas à herança colonial e racista, estruturantes da formação social do país que, segundo Passos (2017, p.347) “fora engendrada na exploração/dominação de uma raça sobre a outra, no apagamento/esquecimento da consciência étnica de um povo, bem como no processo de desumanização do povo negro”. De acordo com a autora, a maior parte dos indivíduos internados nos manicômios eram, e ainda são, predominantemente negros. Sendo o debate racial, um debate fundamental para a compreensão do cenário brasileiro em torno da institucionalização, psiquiatria e saúde mental.

Após a Segunda Guerra mundial, passou a ser insustentável existir condições de vida que se assemelhassem a campos de concentração e crueldade humana. As pessoas internadas em manicômios estavam em condições desumanas, de absoluta ausência de dignidade (Amarante, 2011). Portanto, as críticas e questionamentos acerca dos hospitais psiquiátricos se intensificaram e as ideias reformistas político-revolucionárias ganharam força. Torna-se imperativo mudar o olhar em torno da loucura e seu tratamento, ultrapassar os muros dos

manicômios e proporcionar um tratamento terapêutico digno. A partir daí surgem as primeiras experiências de reformas psiquiátricas e em diversos países (Siqueira-Silva et al., 2013). Sendo que, em Portugal, a Lei de Saúde Mental n.º 2.118, marca a determinação de um modelo de intervenção comunitária com organização baseada no modelo da psiquiatria de setor francesa. E, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica e as transformações no campo da saúde mental ganham força na década de 80, tendo no Movimento Antimanicomial um grande instrumento propulsor dessas mudanças (Passos & Portugal, 2016).

2. O Movimento Antimanicomial brasileiro: caminhos e conquistas

Segundo Amarante & Diaz (2012, p. 84), “os movimentos sociais surgem como uma tendência contra-hegemônica que politiza as desigualdades sociais moldadas por práticas sociais e culturais” desenvolvidos em formas de redes e articulando-se com outras organizações como as sindicais e partidárias. As redes de ações gestionam cotidianamente as lutas, pautas e debates em torno da presente realidade social. Em Lüchmann e Rodrigues (2007), a noção de redes é analisada para além de uma dimensão de estratégia, sendo caracterizada por sua “capacidade de articulação, organização e mobilização na medida em que comporta, de forma nuclear, uma noção de solidariedade pautada no compartilhamento de princípios e valores”.

Os movimentos sociais são promotores de solidariedade e agentes de conflitos que denunciam as diversas formas de injustiça social. São ações coletivas heterogêneas e de caráter fragmentário que desafiam as estruturas dominantes e rompem com as barreiras da invisibilidade e do silêncio, trazendo à tona a realidade das relações de poder e dominação destas estruturas (Lüchmann & Rodrigues, 2007). O Movimento Antimanicomial (MA) tem como princípio a luta pelos direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental assim como de seus familiares. Este movimento pode ser compreendido como um movimento político a favor da desinstitucionalização da vida, do tratamento em liberdade e melhores condições na prestação de serviços de saúde mental. Um movimento contra as violências propagadas pela lógica manicomial ainda presente nos serviços de assistência psiquiátrica e na visão que a sociedade tem acerca da loucura (Vieira-Silva et al., 2022).

O Movimento Antimanicomial (MA) está diretamente associado à luta e conquista da inclusão dos indivíduos com sofrimento psíquico na sociedade. É um movimento de caráter plural e autônomo, de luta contra qualquer forma de opressão e, por isso, está associado a outros movimentos sociais como o movimento negro, feminista e LGBTQIAPN+. Para além da

Reforma Psiquiátrica e do lema “por uma sociedade sem manicômios”, o movimento busca uma transformação e intervenção política na sociedade (Prandoni & Padilha, 2004).

Relativamente a Reforma Psiquiátrica (RP), esta pode ser entendida como um processo político e social formado por múltiplos agentes e instituições, de atuação multiterritorial que tem como objetivo transformar os saberes, condutas e valores socioculturais em torno da saúde mental e do paradigma da psiquiatria. No cenário brasileiro, a RP se consolida no mesmo período que o movimento sanitário e tem suas raízes no contexto de redemocratização do país nas décadas de 70 e 80, produto de batalhas do movimento antimanicomial que desempenhou um papel fundamental na criação de novas estruturas para as políticas públicas de saúde mental. É importante ressaltar que Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial não são a mesma coisa, embora muitas vezes caminhem juntos, sendo a primeira uma materialização de objetivos e conquistas do último (Albrecht, 2019; Brasil, 2005).

No Brasil, os movimentos sociais ganham força com a luta pela redemocratização nos anos 1970, momento de ascensão das denúncias contra a violação dos direitos humanos, torturas e prisões políticas que aconteciam durante o regime militar. Neste contexto, o combate aos manicômios eclode organizadamente pela primeira vez com a criação, no Rio de Janeiro, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como forma de denúncia às violências, maus tratos e condições de trabalho precárias vivenciadas dentro dos manicômios e hospitais psiquiátricos. A constituição do MTSM foi marcada pelo episódio conhecido como “crise da DINASAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental) quando, em abril de 1978, profissionais das unidades da DINASAM no Rio de Janeiro deflagram uma greve contra a situação precária da assistência psiquiátrica, resultando na demissão de 260 trabalhadores destas unidades (Amarante, 1995; 2011).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental nasce no interior da CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e em conjunto com o movimento sanitário. O MTSM propunha a criação de um lugar de luta não institucional, de debate e elaboração de propostas possíveis para transformar a assistência psiquiátrica, organizar encontros, reunir trabalhadores de todas as categorias, associações de classe e, entidades e setores mais amplos. Inicialmente, dentre as reivindicações estava a regulamentação da situação trabalhista, o aumento salarial, a formação de recursos humanos, a crítica às relações entre instituições, clientela e profissionais, a crítica ao modelo médico-assistencial vigente, a melhoria das condições de assistência populacional e, a humanização dos serviços (Amarante, 1995).

De acordo com Amarante (1995, p.57), “(...) a não institucionalização faz parte de uma estratégia proposital: é uma resistência à institucionalização”. O MTSM foi o primeiro movimento na área da saúde a incluir participação popular, caracterizado pela ausência de estruturas institucionais concretas, sendo um movimento capilarizado com a ausência de líder ou poder centralizado, em oposição a qualquer tipo de burocratização e hierarquização.

No período entre 27 de outubro de 1º de novembro de 1978, realizou-se em Camboriú o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, este evento possibilitou a organização nacional dos movimentos de saúde mental que já estavam se desenvolvendo em alguns estados sendo que, a presença da militância no congresso fez com que a Associação Brasileira de Psiquiatria fosse avalista da proposta política do MTSM. Este evento ficou conhecido como “Congresso da Abertura” contando, pela primeira vez, com a participação dos movimentos sociais de saúde mental em um encontro voltado para os setores conservadores, dando um caráter de debate e organização político-ideológica ao congresso, que não se focou apenas nos aspectos relativos às pautas de saúde mental, levantando críticas ao regime político ditatorial da época. Por fim, é lido o memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia que realiza uma série de críticas às políticas privatizantes de saúde e ao caráter de classe presente na psiquiatria, apontada como meio de controle e reprodução de desigualdade social. Um pouco antes deste evento, acontecia o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, marcado pela vinda de muitos expoentes da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, dentre eles estavam Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, importantes influências para a perspectiva crítica da saúde mental (Amarante, 1995).

As vindas de Franco Basaglia ao Brasil serviram de inspiração para os profissionais que estavam em busca de mudanças no campo da saúde mental a partir da Psiquiatria Democrática Italiana. Sendo que, sua visita ao Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais e sua denúncia ao mesmo, comparando-o com um “campo de concentração nazista” causou um grande impacto na visibilidade midiática em torno das denúncias dos horrores presentes dentro daquele hospital psiquiátrico e que, se repetia em inúmeros outros manicômios por todo o território brasileiro. Neste ponto, é importante citar o trabalho de Passos (2018), que aponta para a importância de problematizar os manicômios e suas expressões através das relações de raça, gênero e classe e, entender aquilo que é particular da do Sul global, da formação social brasileira, onde os manicômios reproduzem o racismo. A autora problematiza em seu artigo, o fato de o debate em torno da Reforma Psiquiátrica estar mais voltado às contribuições do Norte global, segundo a autora (2018, p.17), “ao elaborarmos essa pergunta desejamos questionar que

a atualização das práticas manicomialis, hoje expressas nas múltiplas ações do Estado, estão atreladas muito mais ao colonialismo do que ao holocausto”, destacando a relevância de colocar este debate em torno das particularidades brasileiras, sob a lente das questões raciais e coloniais.

Ainda em 1978, o MTSM torna-se um movimento nacional e, em janeiro de 1979, realizou o I Congresso Nacional no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo. Na década seguinte, em dezembro de 1987, realiza o II Congresso de Trabalhadores da Saúde Mental na cidade de Bauru, em São Paulo, defendendo transformações no modelo de atenção aos indivíduos em sofrimento psíquico, com forte influência no campo teórico da tradição basagliana. Neste congresso, o MTSM passou por grandes mudanças com efetiva participação não só dos profissionais na área da saúde mental, mas também, com a atuação de usuários e familiares. O dia 18 de maio foi instituído como o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial” e criou-se o lema “por uma sociedade sem manicômios!”, tirado do Manifesto de Bauru, marcando o início da fase de expansão do alcance do movimento, que deixa de ser Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental e torna-se Movimento de Luta Antimanicomial (Amarante, 2011; 2018; Boarini, 2020).

O Manifesto de Bauru (1987) representa um grande marco para a luta antimanicomial, colocando-a em conjunto a todas as outras lutas políticas da sociedade brasileira, não sendo esta uma luta reduzida aos serviços de saúde ou da academia e sim, algo que deve ser feito em conjunto, um novo projeto de sociedade que deve ser posto em prática e reivindicado junto aos diversos setores da sociedade, destacando a importância da articulação nacional. Coloca-se um novo momento no combate à exclusão e discriminação.

“(..) Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. **Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência (...). O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade.** A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (...).

Por uma sociedade sem manicômios!”

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, (Saúde Mental, 2018, p.537-538).

Nesse momento, o manicômio é evidentemente colocado como uma expressão de diversas formas de opressão presentes na sociedade. A Carta de Bauru representa uma mudança, uma ruptura ao manicômio que é exposto como aparato de exclusão e violência. O antes Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental torna-se Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e a frase “por uma sociedade sem manicômios” passa a ser o seu lema principal. A luta pela cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental é posicionada como parte de um grande projeto emancipatório cujo um dos objetivos fundamentais é a mudança do lugar social da loucura. Nos anos após este evento, vê-se uma alta reverberação do movimento antimanicomial, com aumento do número de participantes – que agora se aproximava das associações de usuários e familiares –, dos aspectos organizativos e ações políticas (Albrecht, 2019).

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas pela grande ascensão das lutas de resistência e oposição dos movimentos sociais contra o regime militar, sendo um período de profunda alteração do quadro político e econômico do país. A passagem da ditadura era impulsionada por estas lutas democratizantes, somando-se aos conflitos econômicos provocados pela classe trabalhadora. No campo da saúde, as experiências se aproximavam destes movimentos e da organização dos trabalhadores na área, Paulo Amarante (1995), realizou uma síntese cronológica da história trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, e Daniela Albrecht (2019) em sua pesquisa em torno da trajetória das lutas contra os manicômios no Brasil e Itália, realiza uma ampla análise do movimento antimanicomial e seu entrelaço com as lutas de classe brasileira. Ambos os estudos foram norteadores para esta investigação. Vale ressaltar que não se trata de uma sequência linear de acontecimentos e agentes isolados, mas sim diversos eventos interligados que se influenciaram mutuamente. O presente estudo aborda apenas alguns destes eventos.

A Constituição da República Federativa de 1988, traçou um fortalecimento da validade político-jurídica da Reforma Psiquiátrica, colocando a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Afirmando os direitos civis, políticos, sociais e culturais, a Constituição de 1988 eleva a dignidade e cidadania das pessoas às bases do Estado Democrático de Direito. A descentralização e participação da comunidade na organização de responsabilidades na área da saúde previstas no art.198, abriu caminhos para experiências como a intervenção, em 1989, na

Casa de Saúde Anchieta em Santos (SP), intitulada de “Casa dos Horrores” devido às atrocidades e condições desumanas a qual os indivíduos ali estavam sujeitos, com grande influência da Psiquiatria Democrática Italiana e da experiência de fechamento do manicômio de Trieste (Constituição, 1988; Leão, 2018).

O surgimento do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na cidade de São Paulo em 1987 e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta tiveram um grande destaque na literatura existente sobre o tema devido as dimensões que tomaram. Entretanto, é de destacar que os protestos e combate aos manicômios se expressaram de diversas formas por todo o país. As intervenções assistenciais, políticas e institucionais comprometidas com a troca dos hospitais psiquiátricos por redes substitutivas e comunitárias na área da saúde mental cresceram ainda mais pelo Brasil. Estas experiências, somadas à agitação dos movimentos sociais impulsionaram a apresentação do Projeto de Lei n.º 3657/1989 do deputado Paulo Delgado no Senado Federal, que propunha “a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”, além da proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e o encerramento do subsídio estatal a convênios e novos leitos privados (Borges & Almeida, 2021; Brasil, 1989). Este Projeto de Lei foi construído em diálogo com o movimento antimanicomial, sendo bandeira deste movimento durante muitos anos.

O Projeto de Lei passou por longos doze anos de tramitação, sendo aprovado apenas em abril de 2001, com a Lei nº10.216/01, conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira”. Esta lei, produto do processo de luta, representa um dos principais marcos legais responsáveis pela mudança no modelo assistencial na área da saúde mental brasileira. Entretanto, adotou um caráter reformista e menos incisivo no que concerne à extinção dos manicômios, focando na proteção e nos direitos dos indivíduos com perturbação mental (Borges & Almeida, 2021; Brasil, 2001).

As alterações no texto final da aprovação da lei foram muito importantes, sendo recebidas, em 1999 – ano em foi aprovada pelo Senado Federal –, pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial em uma reação de perda, uma vez que uma das grandes pautas que estava colocada na extinção gradual dos manicômios havia sido retirada. Neste ano, o movimento realizou o seu IV Encontro Nacional em Maceió, com o tema “Novas formas de produção de sentido”, cuja plenária do relatório final colocou-se contrária às substituições apresentadas no Senado, alegando que a extinção dos manicômios era um artigo inegociável, conclamando a mobilização de todos para conduzir a luta. Entretanto, dois anos após este

encontro, a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos foi suprimida e substituída pela afirmação dos direitos e proteção das pessoas em sofrimento psíquico em prol da mediação entre os vários interesses associados à Reforma Psiquiátrica, inclusive seus movimentos contrários como, por exemplo, a Federação Brasileira dos Hospitais e a Associação Brasileira de Psiquiatria (Albrecht, 2019).

Além da Lei N.º 10.216, ainda em 2001, é de citar outros dois marcos importantes para a trajetória do movimento antimanicomial, entre eles a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental e suas repercussões atingem os campos políticos-jurídicos, teórico-práticos, socioculturais e éticos. Estes eventos podem ser agentes transformadores dos modelos de cuidado ao sofrimento psíquico. Por isso, são extremamente importantes para os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao darem voz aos usuários e seus familiares, aos trabalhadores no campo da saúde e saúde mental e a população como um todo (Devera & Costa-Rosa, 2007). A III CNSM contou com a inclusão e efetiva participação de usuários e familiares no debate e construção das políticas no campo da saúde mental, cujo tema era: “Cuidar sim. Excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social” sendo o eixo temático principal a “Reorientação do Modelo Assistencial” apontando para a necessidade de analisar a conjuntura atual daquele momento e criar propostas para transformar o modelo vigente, destacando como fundamental a participação ativa dos usuários, familiares, trabalhadores, entre outros membros da comunidade promovendo a do-responsabilidade e novos modos de cuidado (Albrecht, 2019; Brasil, 2001)

No V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, as disputas e diferenças no interior do próprio movimento são percebidas e atingem sua extremidade e, é deflagrada a “crise do movimento”, resultando em um rompimento, o “racha”, de onde surgiu a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) (Albrecht, 2019; Barbosa et al., 2012;).

Com a divisão do movimento em duas organizações, o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial não terminou e, portanto, as críticas a Lei N.º 10.216 não chegaram a um relatório final, há um processo de fragmentação, dispersão da força da luta. O “Manifesto pela luta antimanicomial: em boa companhia!” de 2003 lança a RENILA como o novo organismo que passa a dividir o quadro organizativo da luta nacionalmente com o MLA.

Esta divisão deu-se por meio de repartições dos fóruns e núcleos estaduais, ou seja, em alguns estados o movimento antimanicomial seria vinculado ao MLA e em outros ao RENILA, existindo poucos que são vinculados às duas organizações (Albrecht, 2019). Neste estudo, o Movimento Antimanicomial será tratado em uma dimensão ampla, envolvendo todos os movimentos, atores, núcleos e fóruns que lutam contra os manicômios.

Nos anos seguintes, vê-se progressos tanto no campo jurídico quanto no aumento dos serviços extra-hospitalares como a reestruturação e ampliação do atendimento psicossocial e criação de novas modalidades de CAPS em 2002 com a portaria nº336. No próximo ano, o programa “De volta para casa” (PVC) foi criado, já no primeiro Governo Lula, com o objetivo de ressocializar e reabilitar os indivíduos com histórico de dois ou mais anos de longa permanência em hospitais psiquiátricos (Sampaio & Bispo Júnior, 2021; Brasil, 2003).

As portarias ministeriais, quando aliadas à Reforma Psiquiátrica, são importantes tentativas de colocar em prática suas diretrizes (Deverá & Costa-Rosa, 2007). Dentre elas, cabe destacar a nº 106/2000 que institui a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e, a portaria nº 3.088/2011 que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2000; 2011).

Como resultado, em 2014 o Brasil apresentou uma diminuição significativa no número de leitos SUS em hospitais psiquiátricos (25.988 e 167, respectivamente), e um grande número de serviços comunitários espalhados pelo país, com 2.209 CAPS e 610 residências terapêuticas ativos. Sendo que, no começo da década de 2010, os valores gastos em serviços extra-hospitalares foram equivalentes aos gastos com hospitais psiquiátricos. Este dado marca um avanço contraditório que é feito a partir de conciliações, um processo que carrega o contra processo consigo. A título de exemplo, é possível citar os auxílios direcionados às Comunidades Terapêuticas (CT) por meio de políticas de saúde mental, a permanência dos investimentos em hospitais psiquiátricos e a estagnação do encerramento dos mesmos (Rosa, 2021).

Relativamente às Comunidades Terapêuticas, estas são, em sua maioria, instituições asilares de caráter privado, que possuem em suas práticas a “laborterapia” que se desenvolve no trabalho forçado, não remunerado. Baseia-se no modelo de tratamento moral e religioso assim como no uso da abstinência para os indivíduos com problemas relacionados ao uso de substâncias. São, também, instituições que violam os direitos de liberdade religiosa e diversidade sexual e, não possuem um programa terapêutico adequado (Martins et al., 2019;

Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017). Antunes da Costa & Mendes (2017), apontam a laborterapia, a disciplina e religiosidade como os três pilares característicos do tratamento proporcionado por estas instituições.

Nos últimos 40 anos, foram diversas as iniciativas e mobilizações contra os manicômios e a lógica asilar, com o objetivo de garantir os direitos de cidadania e tratamento em liberdade. Entretanto, apesar dos avanços e conquistas do Movimento Antimanicomial, a ascensão das forças conservadoras e das práticas biomédicas tradicionais continuam presentes na disputa pelo poder e gerenciamento das políticas de saúde mental. Em 2015, com a ocupação das frentes conservadoras no governo federal, há um amplo desencadeando do processo de desmonte das políticas e avanços conquistados pelo Movimento Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, iniciando o processo conhecido como Contrarreforma Psiquiátrica (Sampaio & Bispo Júnior, 2021).

A Contrarreforma Psiquiátrica, é definida por um conjunto de iniciativas e interesses que se contrapõe às bases da reforma psiquiátrica, um processo de bloqueio do acesso à saúde através de medidas como a privatização e o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (Lira & Oliveira, 2023). Complementarmente, Lira & Oliveira (2023) sintetizam a configuração da contrarreforma psiquiátrica em quatro dimensões: privatista, conservadora, manicomial e repressora. Colocando-as como dimensões cuja ações são entrelaçadas e fortalecem o campo asilar-manicomial. Como consequência, há o fortalecimento psiquiatria tradicional como o modelo principal nos cuidados de saúde mental e a difusão do fundamentalismo religioso. Relativamente ao investimento no programa de saúde mental do país, de 2015 para 2016 houve uma queda de 2,3% para 1,6%. Sendo que, entre 2017 e 2019 este valor caiu para 1,1-1,2%, uma grande queda orçamentária de uma área já subfinanciada. Há uma diminuição dos investimentos em serviços e ações comunitárias, afetando a criação de novos dispositivos tais como os CAPS e Residências Terapêuticas (Antunes da Costa & Mendes, 2020). Entre 2019 e 2022, a agenda ultraliberal e os programas de austeridade fiscal utilizados pelo governo de extrema direita vigente resultaram em graves cortes e alterações nas políticas sociais (Sampaio & Bispo Júnior, 2021).

Dentre estas alterações, a portaria nº 3588/ 2017 do Ministério da Saúde e resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite insere o hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e define o aumento do subsídio para as Comunidades Terapêuticas e instituições hospitalares. Como consequência, há uma alteração nas bases organizativas da RAPS e um retrocesso nas conquistas promovidas pela reforma psiquiátrica e

movimento antimanicomial, os serviços passam a ser complementares ao hospital psiquiátrico ao invés de substituí-los (Antunes da Costa & Mendes, 2020; Sampaio & Bispo Júnior, 2021).

“O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro (...) Entretanto, a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos.” (Brasil, 2017)

Adicionalmente, a Resolução nº1 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) e o Decreto Presidencial nº9.761/2019 promoveram abstinência total como estratégia de tratamento, substituindo a redução de danos, intensificando a política proibicionista (Martins et al., 2019; Sampaio & Bispo Júnior, 2021).

Tais ações governamentais impactaram diretamente transformações alcançadas nas últimas décadas. Conforme citado no primeiro ponto desta revisão de literatura, segundo Foucault (1978), em tempos de crise os Hospitais Gerais e a psiquiatria cumpriam o papel de ordem e controle social ao institucionalizar a grande massa de população pobre e desempregada. É possível perceber que tal fenômeno se repete de tempos em tempos, com as “roupagens” de sua época. De acordo com Desviat (1999), a institucionalização da loucura em manicômios está ligada com o cenário político e econômico, portanto, em um contexto de crise econômica a psiquiatria seria instrumento de controle e exclusão, a fim de estabelecer a ordem produtiva (Martins et al., 2019).

3. Desinstitucionalização no Brasil e em Portugal

É possível entender a desinstitucionalização como um conceito plural que define um processo complexo e transformador das relações de poder entre pacientes e instituições, produtor de estruturas de saúde mental que tem como objetivo substituir por completo o internamento nos hospitais psiquiátricos. Sendo uma ação que vai para além dos muros dos manicômios e é continuada nos modos de tratamento e intervenção, na construção de alternativas, no projeto de sociedade e nas formas de pensar (Rotelli, 2001).

Conforme citado anteriormente, a partir das duas guerras mundiais, principalmente a Segunda Guerra Mundial, os questionamentos em torno do modelo manicomial se intensificaram em vários países, iniciando uma nova fase no modo de cuidado e reabilitação da perturbação mental. A abordagem comunitária na área da saúde mental procurou criar serviços

adequados para a parcela da população que foi colocada às margens da sociedade por anos (Ornelas, 1997).

Esta nova etapa não veio sem dificuldades, segundo Ornelas (1996), alguns dos problemas que apareceram com as experiências de desinstitucionalização foram a falta de estrutura e recursos para receber os indivíduos que estavam internados, assim como a transferência dos mesmos para outras instituições, processo conhecido como transinstitucionalização, conforme aconteceu nos Estados Unidos, por exemplo. De acordo com Amarante (2010), isso acontece quando a desinstitucionalização é reduzida ao processo de desospitalização, sem o desmonte do hospital psiquiátrico, produzindo um “efeito rebote” em que é criado diversos outros serviços, aumentando o número de indivíduos assistidos assim como as alternativas de intervenção, com baixos benefícios terapêuticos. O autor (2010) traz, ainda, outras duas noções de desinstitucionalização: desassistência e desconstrução. Sendo que, a primeira entende a desinstitucionalização como desassistência e desamparo, ou seja, o Estado tem a participação no processo de proteção social reduzida ou erradicada, essa noção de desinstitucionalização está ligada aos segmentos conservadores de contrarreforma brasileira. A segunda, procura fazer uma crítica epistemológica ao saber psiquiátrico e, vinculada ao modelo italiano idealizado por Franco Basaglia, demanda a presença do Estado no apoio social aos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares. Essa última serviu como base de inspiração para a reforma psiquiátrica brasileira (Silva & Rosa, 2014).

O processo de desinstitucionalização português recebeu influências da Psiquiatria de Setor e do modelo *Mental Health Act* e *Community Mental Health Center* (CMHC) norte-americano, que incluía a comunidade nos cuidados de forma a promover a inserção social, promovendo o tratamento para além dos hospitais psiquiátricos (Palha & Costa, 2015; Siqueira-Silva et al., 2013). Em Ornelas (1996), é possível identificar que um dos maiores problemas enfrentados por este modelo foi o despreparo frente aos cuidados necessários com a população com problemas graves de saúde mental e a incapacidade de resolver as questões envolvendo este grupo. Nesse sentido, é desenvolvido o Sistema de Suporte Comunitário de forma a criar um sistema de apoio mais capacitado e focado nas necessidades dos indivíduos com problemas relacionados à saúde mental, tendo como princípios fundamentais o *empowerment*, a adaptabilidade étnica e cultural da prestação de Serviços, a flexibilidade, a focalização nas potencialidades individuais, o funcionamento em contextos comunitários, a resposta às necessidades individuais e, a coordenação de serviços (Ornelas, 1996). Segundo o autor (1996),

trata-se de um sistema flexível composto por dez componentes que envolvem as necessidades essenciais identificadas para a inclusão social dessas pessoas.

Os novos desafios colocados frente ao processo de desinstitucionalização tornam cada vez mais importante a implementação de redes de apoio comunitárias para promover a integração social do dito “louco”. De acordo com Ornelas (1996), “os suportes pessoais e comunitários, quando realçam as potencialidades dos indivíduos e das famílias e não os seus défices, quando se focalizam na saúde e não na doença, poderão contribuir para a redução do isolamento social”. Nesse sentido, o autor aponta que é preciso fortalecer essas redes possibilitando um cuidado com a saúde mental mais eficaz e inclusivo através de estratégias como a expansão e diversificação do suporte social individual.

Em Portugal, a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) destaca-se como percursora na integração social dos indivíduos diagnosticados com doença mental, com o objetivo de promover a autonomia e participação ativa deste grupo através da ação em ambientes comunitários. A partir do modelo não medicalizante e, do *empowerment*, a associação preocupa-se em promover o potencial individual de cada pessoa, descentralizado o foco na doença mental e seus sintomas. Relativamente aos serviços disponibilizados, a AEIPS oferece apoio habitacional, vocacional educacional e social, sendo estes essenciais para a desinstitucionalização uma vez que promovem capacidades individuais como a gestão financeira, hábitos de autocuidado, acesso a emprego, entre outras. Possibilitando que estas pessoas aumentem o seu funcionamento autônomo, sua satisfação e participação social (Ornelas, 1996).

Uma das ênfases colocadas pelo modelo de intervenção da AEIPS é a formação de profissionais para a atuação fora do ambiente hospitalar, capacitando-os a trabalhar no contexto comunitário, sabendo identificar e avaliar os contextos que apresentam maiores possibilidades para a integração dos pacientes. Adicionalmente, o Treino de Assertividade, a responsabilização, a responsabilização, o trabalho com familiares e a avaliação clínica periódica são algumas das premissas deste modelo (Ornelas, 1996).

Com o estabelecimento de um modelo territorial de base comunitária, a formação profissional de trabalhadores torna-se essencial. Scafuto et al. (2017) destacam que, desde a graduação, a formação na área da saúde mental deve incluir uma compreensão mais ampla acerca das complexidades envolvendo a experiência humana, as lutas cotidianas e as questões que estas colocam sobre os indivíduos, aproximando os estudantes às reais necessidades dos

sujeitos que atuam ou são atendidos nos territórios (Emerich, 2017). Portanto, coloca-se como fundamental superar a hegemonia do modelo biomédico do ensino.

Nesse sentido, Emerich (2017) refere que, para a concretização da desinstitucionalização e das práticas de cuidado comunitário, é indispensável a produção de conhecimento científico e qualificação dos profissionais voltadas para o desmonte do manicômio, bem como, dos saberes e práticas que colocam a loucura como sinônimo de periculosidade e inabilidade. De forma a reconhecer o usuário como sujeito, que também possui contradições e desenvolve novas conexões com o outro e com o contexto.

Com relação aos marcos legislativos, em Portugal, a determinação de um modelo de intervenção comunitária teve como referência a Primeira Lei de Saúde Mental (Lei nº2.118 de 3 de abril) que propunha a desospitalização e inclusão comunitária dos pacientes a partir da setorização dos serviços psiquiátricos e criação de Centros de Saúde Mental. A criação dos Centros de Saúde mental foi feita ao longo da década de 1970, entretanto, grande parte das estruturas extra-hospitalares previstas pela lei não foram criadas e o modelo de cuidado com a saúde mental continuou centrado no método hospitalar. Em 1971 o Decreto Lei n.º 413 definiu a integração da saúde mental no sistema nacional de saúde, que iria se efetivar apenas nos anos 90 com o Decreto Lei n.º 127 (Alves & Silva, 2004). É importante destacar qual o cenário em que as tentativas de transformação no cuidado com a saúde mental em Portugal, o qual é marcado por mobilizações sociais e políticas do final do regime militar (Filho et al., 2015).

Com a Revolução de 25 de Abril e a transformação do governo português em um Estado democrático e livre (Siqueira-Silva et al., 2013), a necessidade de democratizar o acesso à saúde mental, que estava concentrado nas cidades do Porto, Coimbra e Lisboa, torna-se ainda maior (Filho, 2015). Em suma, durante as décadas de 1970 a 1990, as alterações legislativas na área da saúde mental foram lentas e graduais no sentido de reivindicar uma prática de cuidado menos hospitalocêntrica (Frias & Costa, 2020). Passos e Portugal (2016) apontam que, apesar das constantes medidas em defesa da reestruturação da forma de atendimento aos indivíduos em sofrimento psíquico, estas não chegaram a ter relevância prática, o cuidado continuou reduzido ao método ambulatorial. Adicionalmente, é de citar a nova Lei de Saúde Mental de 1998 (Lei n.º36/98) indicando a demanda de criação do modelo de referência comunitário, com atendimento diversificado que responda às necessidades dos indivíduos. A lei insiste nos modelos de referência e prestação de cuidados comunitários, entretanto, mais uma vez, a maioria das normativas definidas não são postas em prática (Palha & Costa, 2015).

Em 2006, é estabelecido o Conselho Nacional de Saúde Mental (CNSM) que conduziu um relatório sobre a saúde mental portuguesa e, também produziu o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, sinalizando problemas na execução da lei n.º36/1998 assim como soluções possíveis (Frias & Costa, 2020). Os autores (2020) referem que, como resultado PNSM, obteve-se a ampliação da desinstitucionalização dos pacientes, bem como, sua inserção e desenvolvimento de serviços concentrados na comunidade. O Plano Nacional de Saúde tinha dentre os objetivos principais, garantir a democratização do acesso aos cuidados, assegurar os direitos humanos e cidadania àqueles com problemas de saúde mental, promover a descentralização dos serviços de saúde mental e a integração destes nos cuidados primários (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). A seguir, em 2010, é aprovado o Decreto Lei n.º8/2010 que define o Programa Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental para os pacientes com quadros graves de perturbação mental.

Passos e Portugal (2016) salientam a desresponsabilização do Estado devido à ausência de respostas e, por consequência, a sobrecarga do papel desempenhado pelas famílias no cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico. Como resposta à necessidade de apoio a esta rede de famílias e usuários, surgem as associações que, mesmo em número reduzido, procuram suprir a falta de respostas comunitárias que a ausência de intervenção no sistema de saúde público produz (Nogueira, 2012)

As associações comunitárias e sociedade civil, conforme exposto anteriormente, possuem um grande papel para a desinstitucionalização. Essas organizações trabalham para garantir um modelo de serviço comunitário no tratamento e reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental (Ornelas et al., 2010). Em Portugal, o trabalho dessas associações é um contributo fundamental, entretanto, a ainda escassa participação dos usuários e seus familiares somada à sua baixa capacidade de mobilização são alguns dos desafios enfrentados. Apesar de sua importância, as associações não são substitutas da ação do Estado no que tange a garantia a universalidade e direitos (Portugal & Nogueira, 2010).

Atualmente, o atendimento no sistema de saúde mental português é organizado em serviços regionais e locais sendo que, os últimos compõem a base do sistema nacional de cuidados de saúde mental do país, estando diretamente ligados aos cuidados primários e outras instituições. Os cuidados são feitos essencialmente em ambientes de internamento e ambulatório e, a continuidade destes é feita por meio da relação com outros programas e serviços. Sendo que, o financiamento destes serviços é maioritariamente fornecido pelo orçamento de saúde do Governo, tendo em conta que as Organizações Não Governamentais e

empresas privadas também contribuem com o financiamento. Apesar de avanços, a descentralização dos serviços ainda é desigual e enfrenta dificuldades como a falta de unidades residenciais e programas de reabilitação (Frias & Costa, 2020). A carência de movimentos sociais e o foco na prestação de serviços dado pelas associações favorecem a continuidade da hegemonia do modelo centrado no hospital (Passos & Portugal, 2016).

Desinstitucionalizar é uma ação que não fica restrita à retirada das pessoas dos hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos comunitários, mas sim um processo de transformação epistemológicas, assistenciais, culturais e constitucionais que ultrapassam a desospitalização (Sampaio & Bispo Júnior, 2021). Para efeito, é necessário a desconstrução e construção das culturas que sustentam e confrontam a lógica manicomial, respectivamente (Amorim et al., 2017).

No Brasil, conforme citado anteriormente, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira toma novos rumos desde meados de 1990. Apoiando-se nas premissas da Lei n.º10.216/2001, a PNSM busca estabelecer um programa comunitário de atenção à saúde mental. Esta lei, que ficou conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, determina “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, (Brasil, 2001). Nesse sentido, Silva e Rosa (2014) apresentam três eixos ancorados à Reforma Psiquiátrica brasileira: a desinstitucionalização como desmonte do modelo manicomial, a descentralização do internamento em hospitais psiquiátricos e o seu direcionamento para o tratamento comunitário e, por fim, a diversidade da Rede de Atenção à saúde mental que implica a intersectorialidade do olhar para a doença mental.

A literatura identifica uma série de obstáculos que dificultam o processo de desinstitucionalização no cenário brasileiro. Dentre eles, a desospitalização sem a devida mudança da atenção da saúde mental dos hospitais psiquiátricos para os serviços comunitários substitutivos que acabam não conseguindo atender as demandas da população (Amorim & Dimenstein, 2007). Outra questão enfrentada é a permanência da lógica manicomial nos espaços comunitários, onde as equipes destes serviços podem, mesmo sem se darem conta, reafirmar o manicômio em atitudes como, por exemplo, a proibição do uso de espelhos e talheres. Portanto, entende-se que os serviços substitutivos não estão isentos de reproduzirem os “desejos de manicômio” (Machado & Lavrador, 2001) que atravessam os muros dos manicômios e o cotidiano da prática do cuidado (Alverga & Dimenstein, 2006).

Para encerrar esta primeira secção, é importante enfatizar que, apesar das mudanças de percepções e tratamentos acerca da loucura, a predominância de um modelo baseado no isolamento em instituições psiquiátricas ainda se faz presente de forma semelhante em ambos os países em questão. A partir do século XX, as mudanças no paradigma de cuidado marcam uma nova fase que ainda está a ser construída. Sendo, portanto, necessário explorar as alternativas que a desinstitucionalização oferecem, analisando a sua viabilidade nos contextos atuais e quais são os caminhos a serem percorridos para que este processo seja efetivo.

4. Métodos

Etimologicamente, a metodologia pode ser entendida como o “caminho do pensamento” da investigação, que une o aparato teórico e material obtido “de forma a responder às questões da pesquisa científica, em uma abordagem sistemática para conhecer, trilhar ou desvelar/revelar aspectos teóricos e empíricos, que interessam ao objeto e à área de conhecimento” (Marques, 2018, p.76). Nesse sentido, a proposta metodológica utilizada foi baseada nos critérios qualitativos que assumem a subjetividade como elemento epistemológico fundamental para a construção do estudo, permitindo uma análise profunda dos pensamentos, experiências e sentimentos dos participantes relativamente ao tema em questão (Barker et al., 2002; González Rei, 2002).

A escolha por este método se justifica pelo interesse em aprofundar o conhecimento acerca do Movimento Antimanicomial e o processo de desinstitucionalização no Brasil e em Portugal através de relatos de profissionais na área da saúde mental.

4.1. Objetivos

O presente estudo buscou analisar a trajetória sócio-histórica do Movimento Antimanicomial, suas consequências na esfera social e política no campo da saúde mental, assim como discutir o processo de desinstitucionalização no Brasil e em Portugal, trazendo reflexões em torno das políticas e modelos assistenciais vigentes em ambos os países, bem como, suas implicações e desafios para o movimento de apoio à inclusão social das pessoas institucionalizadas. Para efeito, definiu-se os seguintes objetivos específicos:

1. Discutir o conceito de Desinstitucionalização, analisando a forma como este processo se dá no Brasil e em Portugal;
2. Abordar a trajetória histórica do Movimento Antimanicomial no Brasil;
3. Analisar criticamente os movimentos sociais no contexto da saúde mental assim como a importância destes para a transformação e implementação de políticas;

4. Repensar as políticas e modelos atuais no contexto da saúde mental;

Para responder a estes objetivos, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais são os avanços e retrocessos em torno da Desinstitucionalização no Brasil e em Portugal?
- O que caracteriza o Movimento Antimanicomial brasileiro e quais os seus impactos nas políticas públicas de saúde mental?
- Que efeitos os movimentos sociais produzem no debate em volta das políticas públicas de saúde mental?
- Quais são os fatores que sustentam a lógica manicomial no Brasil e em Portugal?

4.2. Recolha de dados

Para responder aos objetivos delineados e, baseando-se nos pressupostos de uma pesquisa qualitativa exploratória, optou-se por entrevistas semiestruturadas como instrumento de recolha de dados. A entrevista semiestruturada é um dos métodos qualitativos de recolha de dados mais utilizados uma vez que, através de questões preparadas previamente e voltadas para o tema de estudo, permite que o investigador entre em contato com informações ricas e aprofundadas acerca das experiências dos indivíduos presentes no estudo. As questões elaboradas podem ser abertas ou fechadas e, os limites são estabelecidos de forma a permitir que haja maior liberdade e espontaneidade nas respostas dos participantes (Barker et al., 2002)

A escolha pela construção de um guião específico para o presente estudo veio da necessidade de responder aos objetivos específicos através da escuta da trajetória de indivíduos que estão, ou estiveram, diretamente envolvidos com o Movimento Antimanicomial e/ou em processos de Desinstitucionalização no Brasil e em Portugal. As perguntas foram previamente determinadas e conduzidas com atenção e foco no assunto de interesse, com algumas pistas pré-definidas para fins de esclarecimentos ou retomada do foco do tema da conversa.

Entendendo que a desinstitucionalização ocorreu de forma diferente em ambos os países estudados, foram utilizados dois guiões de entrevista, um para intervenientes do Brasil e outro para os de Portugal, de forma a perceber os aspectos particulares e universais deste processo. Os guiões foram baseados no estudo de Sá-Fernandes & Vargas-Moniz (2024) com as devidas adaptações necessárias para o objeto de estudo.

O guião adaptado para os participantes do Brasil (Anexo 2) consiste em 12 questões que permitem explorar a percepção dos entrevistados acerca dos processos de desinstitucionalização no Brasil sob a lente do Movimento Antimanicomial e seus

desdobramentos nas políticas de Saúde Mental. As perguntas foram moldadas para, a partir da escuta do relato dos participantes, obter um maior aprofundamento no conhecimento do Movimento Antimanicomial e sua importância para as políticas de saúde mental brasileira.

O mesmo guião foi adaptado para os participantes de Portugal (Anexo 3) e, com base nas questões de investigação e objetivos de pesquisa, comprimido em 5 questões com o objetivo de entender o processo de desinstitucionalização de Portugal, bem como suas especificidades e particularidades, a situação política atual no campo da saúde mental do país e, a importância dos movimentos sociais e organização civil para as políticas públicas de saúde mental.

4.3. Análise de dados

Após a recolha de dados, torna-se crucial dar sentido e interpretar o conteúdo adquirido. Segundo Barker et al. (2009), esta fase do estudo divide-se em três partes: análise, interpretação e sistematização. Na análise, o pesquisador determina os resultados e busca responder às questões de investigação, a interpretação atribui sentido aos resultados e, a sistematização organiza a informação recolhida de todo o processo investigativo aos leitores.

Para Braun e Clarke (2006), a análise temática é um método essencial para a análise de dados qualitativos uma vez que proporciona ao pesquisador habilidades para conduzir diversas outras formas de análises qualitativas. De acordo com as autoras (2006, p.79), este método consiste em “identifying, analysing and reporting patterns (themes) within data. It minimally organizes and describes your data set in (rich) detail”, fornecendo reflexões tanto para refletir acerca da realidade estudada quanto para apurar a superfície dela.

Esta investigação foi orientada pela análise indutiva, com o objetivo de realizar uma descrição dos fatos. Sendo assim, os temas emergiram a partir da extensa análise dos dados coletados, sem a utilização de sistemas de codificação pré-existentes. Sem deixar de lado os compromissos teóricos e epistemológicos, a codificação dos dados na análise temática indutiva é feita especialmente para a pesquisa, sendo um método orientado pelos dados coletados que, neste estudo, foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas (Braun & Clarke, 2006).

Relativamente às entrevistas, estas foram gravadas em áudio, obtendo um total de 11 horas e 59 minutos de material, que foram transcritos na íntegra e, posteriormente, separados em 391 trechos, distribuídos em 5 temas iniciais, para serem refinados novamente. A transcrição é um processo lento que demanda tempo e atenção para que se mantenha fiel à natureza original do relato verbal. Desta forma, permite a imersão e familiarização com o conteúdo, ações que

compõe a primeira das seis etapas para a realização de uma análise temática descritas por Braun e Clarke (2006), aplicadas a este estudo.

A partir da transcrição, foi possível obter uma ideia sobre os dados e o que é interessante em relação ao tema de pesquisa para, então, gerar os códigos iniciais, marcando a segunda etapa, de onde foram obtidos 60 códigos distribuídos em 5 temas iniciais. Os códigos identificam características importantes dos dados e podem ser organizados em possíveis temas. A seguir, na terceira etapa, os diversos códigos são relacionados de forma a gerar um tema abrangente. Esta etapa pode ser feita com a ajuda de tabelas ou mapas temáticos para a visualização do conjunto de temas, subtemas e códigos gerados (Braun & Clarke, 2006). Neste estudo, foi utilizado tanto tabelas quanto mapas temáticos para uma melhor visualização e organização do conteúdo obtido.

A quarta e quinta etapa da análise temática definida por Braun e Clarke (2006) consistem em refinar os temas, defini-los e nomeá-los. Sendo a quarta fase, o momento em que o conjunto de dados é revisado e os temas são ajustados, identificando suas características e especificidades, de forma a obter uma compreensão clara do que está sendo expresso. A quinta fase consiste em refinar, mais uma vez, os temas, seguido de sua definição e nomeação para que seja possível expressar seu conteúdo de forma clara e direta. Neste momento, os temas foram reduzidos a dois domínios temáticos contendo um total de nove temas.

Por fim, quando todos os temas estão definidos, inicia-se a sexta etapa com a elaboração de um relatório. Neste momento, os fragmentos que melhor representam cada tema são selecionados e integrados à uma narrativa analítica. Adicionalmente, é importante que a análise qualitativa seja concisa e bem estruturada, realizada em relação com a revisão de literatura. (Braun & Clarke, 2006).

4.4. Participantes

Conforme descrito anteriormente, esta investigação buscou entrevistar um conjunto diversificado de profissionais da área da saúde mental que estejam ligados a movimentos sociais no campo e/ou processos de desinstitucionalização no Brasil ou em Portugal de forma a obter relatos significativos para a pesquisa. Foram conduzidas dez entrevistas semiestruturadas via *Zoom* ou *Google Meet*. Relativamente à região geográfica dos participantes, 70% são do Brasil e 30% de Portugal, todos adultos com faixa etária de 30 a 60 anos. Dentre os participantes do Brasil, aproximadamente 40% atuam na região do Sudeste ou Nordeste e, aproximadamente 15% na região Centro-Oeste. Todos os participantes de Portugal atuam na região de Lisboa.

Quanto ao número de anos de experiência no campo da saúde mental, este variou entre 15 a 40 anos, a maioria com formação em Psicologia. Os nomes dos participantes foram ocultados, gerando siglas de forma a garantir o anonimato e proteção de dados.

Tabela 1

Descrição dos participantes

Participante	Local de Atuação	Idade	Formação	Nº de anos de experiência no campo da saúde mental
P1	Rio de Janeiro (Sudeste)	40	Serviço Social	20
P2	Distrito Federal (Centro-Oeste)	34	Psicologia	14
P3	Natal (Nordeste)	47	Psicologia	20
P4	Natal (Nordeste)	47	Psicologia	20
P5	Rio de Janeiro (Sudeste)	44	Psicologia	22
P6	Petrolina (Nordeste)	49	Psicologia	26
P7	Rio de Janeiro (Sudeste)	60	Psicologia e Serviço Social	41
P8	Lisboa	40	Psicologia	15
P9	Lisboa	61	Psicologia	36
P10	Lisboa	48	Psicologia	28

4.5. Considerações éticas

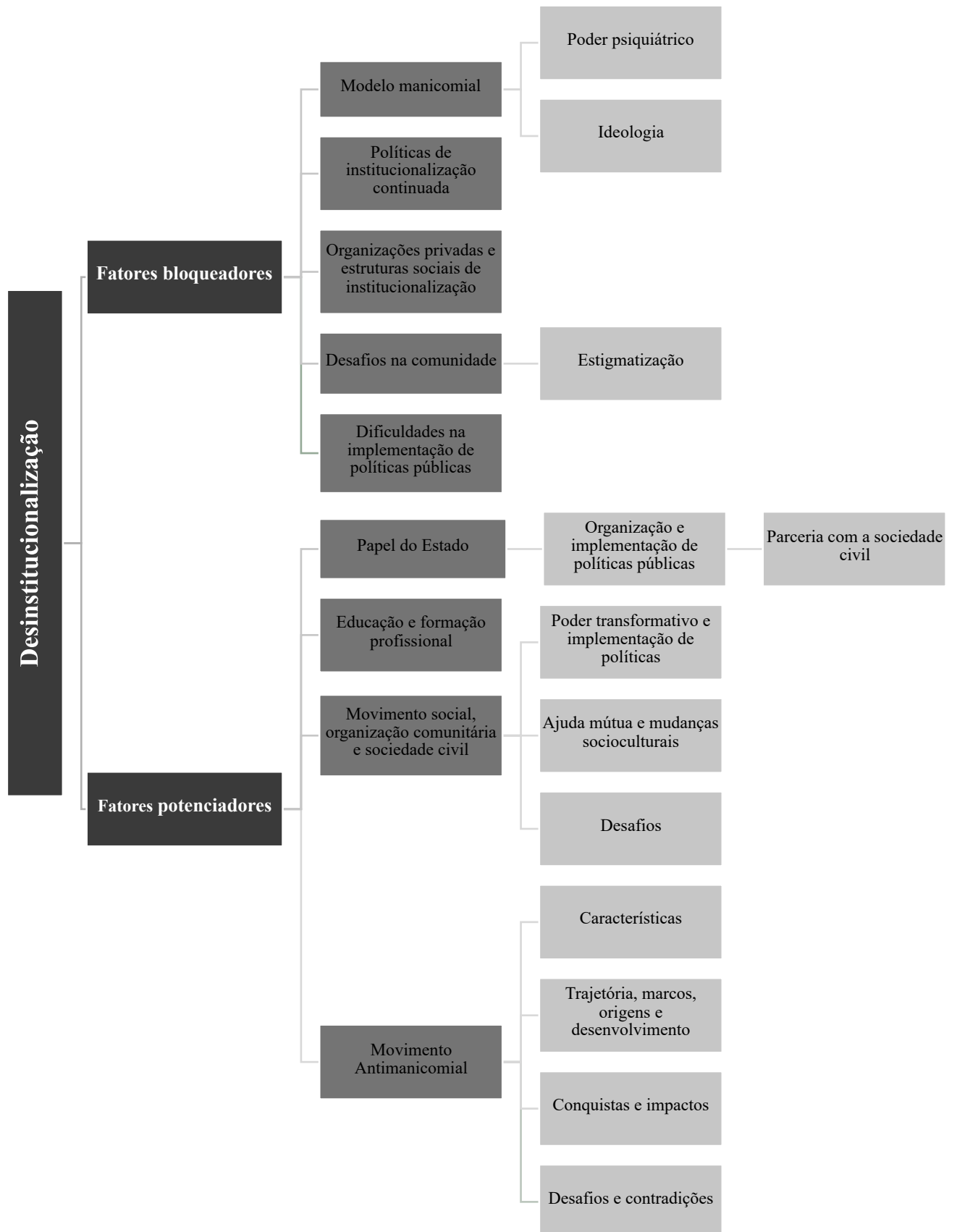
Foi elaborado um formulário de consentimento informado online com o *Google Forms*, disponibilizado e preenchido pelos participantes antes da realização das entrevistas. Este formulário (Anexo 1) continha a identificação da investigadora e orientadora de pesquisa, a faculdade e o grau acadêmico. O objetivo geral do estudo também está descrito juntamente com a garantia de anonimato e confidencialidade no tratamento das informações cedidas e, preservação do direito de desistência do estudo ou da entrevista a qualquer momento

5. Resultados

A partir da análise temática, foram identificados dois domínios principais: “Fatores Potenciadores da Desinstitucionalização” e “Fatores Bloqueadores da Desinstitucionalização”. A partir destes domínios, criou-se nove temas que podem ser visualizados a partir da Figura 1.

Figura 1

Mapa de temas e subtemas derivados da Análise Temática



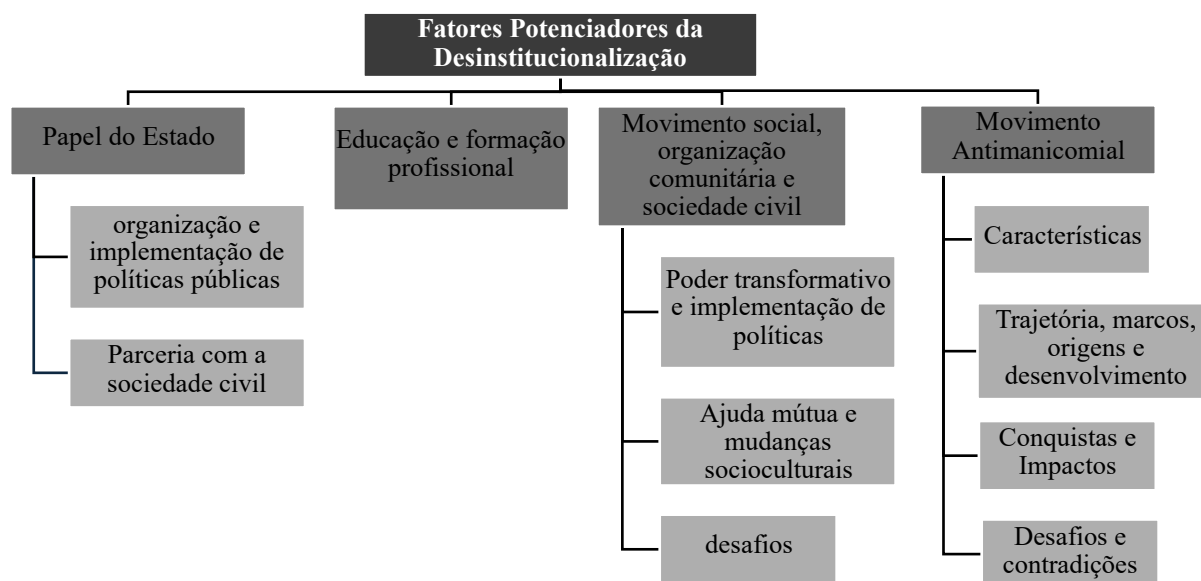
Os resultados do estudo foram organizados a partir destes dois domínios principais, obtendo-se os seguintes temas: Papel do Estado, Educação e formação profissional, Movimentos sociais, organização comunitária e sociedade civil, Movimento Antimanicomial, Organização privada estruturas sociais de institucionalização, Modelo manicomial, Desafios na comunidade, Dificuldades na implementação de políticas públicas. Conforme apresentado na Figura 1, destes temas originaram-se subtemas, que serão abordados nesta secção. Para uma descrição detalhada, foram seleccionados 108 trechos narrativos que ilustram cada tema. Na Tabela 2, estão presentes os segmentos narrativos que representam as percepções dos participantes acerca dos fatores potenciadores da desinstitucionalização, a Tabela 3 apresenta as compreensões acerca do Movimento Antimanicomial e, por fim, a Tabela 4 contém a análise dos participantes acerca dos entraves colocados frente ao processo de desinstitucionalização. A seguir, será abordado o primeiro domínio temático.

5.1. Fatores Potenciadores da Desinstitucionalização

Nesta secção são apresentados os temas relacionados aos “Fatores Potenciadores da Desinstitucionalização”, ilustrados na Tabela 2 e Figura 2, com os excertos das entrevistas com os participantes. Dada a amplitude e complexidade que compõe o campo da desinstitucionalização, foram identificados diversos fatores que contribuem para o seu progresso, resultando em quatro temas fundamentais para compreender como estas forças se articulam de forma a impulsionar este processo.

Figura 2

Fatores Potenciadores da Desinstitucionalização



Papel do Estado

Em relação ao “Papel do Estado” na *Organização e Implementação de Políticas Públicas e/ou em Parceria com a Sociedade Civil*, as entrevistas revelam a importância da estruturação de políticas que possam atuar como catalisadoras do processo de desinstitucionalização, “Então, acho que o espaço do... mecanismo do Estado, eles são muito importantes, mas são importantes quando vinculados e sem perder de vista, o que é que o movimento de luta antimanicomial está colocando. Quando eles estão a favor ao movimento de luta antimanicomial (...) Ganhar alguns juízes, promotores na defesa dos direitos humanos, também é muito importante, faz avançar muita coisa” (P3_BR). Sendo que, este avanço foi diretamente ligado com a agenda de governos progressistas “(...) então, quando a gente tem prefeituras que são progressistas, que são do campo da esquerda, a gente consegue um investimento maior, consegue fazer avançar.” (P3_BR). Entretanto, a implementação de políticas públicas, tem sido insuficiente para substituir os modelos clássicos institucionalizantes, “...há uma política que indica nesse caminho, mas tem sido feita uma desinstitucionalização que é muito escondida, que está encapsulada, porque as pessoas transitaram para grandes instituições psiquiátricas que não são públicas. E, portanto, a desinstitucionalização não foi realmente concretizada. Tem de ser mais efetiva.” (P9_PT). A parceria do Estado com a sociedade civil se mostra fundamental para a implementação das práticas, “particularmente entendo que sem a presença da sociedade civil e das ações comunitárias, a desinstitucionalização não seria possível” (P1_BR).

Educação e formação profissional

O segundo tema criado diz respeito ao campo da “Educação e formação profissional”. Este tema foi colocado como um outro fator essencial para promover a desinstitucionalização, não apenas das pessoas internadas em instituições, mas também, das práticas e saberes do campo da saúde mental. A formação de profissionais, tanto no espaço acadêmico quanto na comunidade, aparece como fundamental para gerar conhecimento acerca da desinstitucionalização, do cuidado em comunidade e os impactos positivos que este modelo tem na vida das pessoas, “...nas universidades, na formação de pessoas, na produção de pesquisas que vão criando dados e conhecimentos de como esse modelo de atenção psicossocial funciona, de como as pessoas têm resposta na vida, de como cuidar da liberdade faz diferença na vida de muita gente...” (P3_BR) sendo que a “...formação de outras pessoas, de ampliação da rede de

atenção psicossocial, de projetos de desinstitucionalização, projeto de geração de renda, que é o que as pessoas precisam para fazer a desinstitucionalização acontecer na vida delas.” (P3_BR). Adicionalmente, os participantes realçaram a importância de não restringir a educação e formação profissional na esfera acadêmica, envolvendo a comunidade na promoção de novos atores para que, desta forma, consigam atuar diretamente no território, “...sair do espaço acadêmico, realizar atividade de grupo, acompanhamento, supervisão de serviços que não são especializados em saúde mental...é fundamental para nós criarmos práticas e estratégias nas experiências que possam produzir transformação, né?” (P1_BR).

Movimentos Sociais, Organizações Comunitárias e Sociedade Civil

O tema “Movimentos Sociais, Organizações Comunitárias e Sociedade Civil” foi destacado como um dos fatores mais importantes para que a desinstitucionalização aconteça, a “...retomada e fortalecimento dos movimentos sociais é fundamental. Só se avança tendo tensionamento por parte do movimento social” (P1_BR). Sendo que, no Brasil há uma ênfase maior na militância do Movimento Antimanicomial e, em Portugal, as Associações Comunitárias foram apontadas como principais agente da desinstitucionalização, “...foram ao longo dos anos surgindo algumas associações. E, como eu disse, porque queriam prestar um trabalho diferente às pessoas, mais integrado...umas mais focadas na reabilitação psicossocial e na melhoria do seu bem-estar mental, outras mais orientadas para a inclusão mesmo, em procurar o trabalho e a escola e nos percursos de vida das pessoas. E essas organizações têm vindo a defender, como a federação, uma política mais de criação de respostas...” (P9_PT).

No contexto português, a Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) ganhou destaque devido ao seu caráter plural, composta por técnicos, familiares e pessoas com doença mental e, também, devido ao fato de ter sido pioneira no país, ajudando que outras organizações fossem criadas. Portanto a “AEIPS é uma associação que foi fundada por técnicos, familiares e pelas próprias pessoas, porque achávamos que era sempre muito importante essa presença e isso é uma coisa que diferencia na origem a AEIPS de outras, por exemplo. Que as próprias pessoas com doença mental participem, que é uma decisão própria, não é? E que estejam também representadas nos órgãos de gestão da associação. A AEIPS cria programas para apoiar as pessoas com experiência de doença mental, ou apoio à vida independente, ou apoio nas residências, ou integração profissional. Portanto, toda essa diversidade. Atende as pessoas com doença mental que estavam sem abrigo e que entraram no programa, o housing first... e presta serviços” (P9_PT), “...foi a primeira, mas depois ajudou a criar pelo país muitas outras organizações e estas organizações também fazem parte de uma federação...que é a

Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais. São todas estas organizações sociais comunitárias de saúde mental...AEIPS, polo central, ajudou a criar o movimento das pessoas com doença mental, que continua a ser uma coisa pequena e não independente, infelizmente, mas que tem tido marcos interessantes. Estas organizações sociais que eu falei, mais a AEIPS, têm tido sempre um papel em ajudar a avançar com esta cidadania, por isso é que desde o início criou alternativas e respostas que fossem neste sentido” (P8_PT).

Uma das ênfases dadas ao tema “Movimentos sociais, organizações comunitárias e sociedade civil” como um grande potenciador da desinstitucionalização diz respeito à sua potência transformativa e capacidade de promover a implementação de políticas públicas. Desta forma, criou-se o subtema “*Poder transformativo e implementação de políticas*”. Em ambos os países, foram destacados aspectos como a capacidade de criação de alternativas à internação em hospitais psiquiátricos, “...estas organizações foram criadas em 1987 e foram a fazer força contra isto [institucionalização] e começaram a criar alternativas para que as pessoas pudessem sair dos hospitais...” (P8_PT). A pressão que os movimentos fazem para a criação de políticas públicas também se mostrou relevante, “...então, acho que estes movimentos são a base de toda a alteração, toda a criação de medidas, de decretos de lei e de despachos conjuntos que possam melhorar a qualidade de vida e a satisfação das pessoas, que sejam cumpridos os direitos humanos” (P10_PT).

Relativamente ao poder transformativo, os resultados mostram a capacidade de comunicação dos impactos positivos do modelo comunitário, promovendo a criação de novas organizações: “...este movimento, ao criar esta resposta em 87, foi muito importante não só por ter criado as alternativas, mas também pela comunicação que fazia, a trazer, por exemplo, uma criação de congressos, a trazer pessoas internacionalmente para falarem sobre o que é a saúde mental para influenciar as políticas públicas e as decisões que eram tomadas. Mais tarde esta organização ajudou a que outras organizações iguais, organizações sociais, da sociedade civil fossem criadas pelo país inteiro, e trouxe um paradigma novo que não existia...” (P8_PT).

Além disso, observou-se que estes movimentos e organizações são capazes de construir relações de entreajuda e quebrar estigmas acerca da loucura e seus tratamentos, “olha, as organizações comunitárias, principalmente as associações de usuários e familiares no Brasil, elas são bem importantes. São movimentos lindíssimos, que auxiliam e possibilitam o empoderamento dos usuários. Possibilitam os usuários protagonizarem a luta, terem voz...é como se, com o processo do diagnóstico, a vida ficasse limitada ali, fosse se limitando...e com as associações, eles expandem esses limites, constroem novas redes, são

reconhecidos também socialmente, acho que tem um papel importante na desconstrução cultural do que é a loucura. Então, eles passam a exercer o desejo de pintar, de cantar, de se apresentar...então as organizações comunitárias têm um papel de desconstrução social e cultural do estigma da loucura muito grande, muito importante. Também tem um grande papel de ajuda mútua entre os usuários.” (P4_BR). Sendo espaços que promovem o entendimento da “... doença mental pela perspectiva dos próprios, por uma perspectiva social, de compreensão que as causas não são biológicas de uma falha no sistema, de um parafuso a menos...” (P8_PT). Nesse sentido, estes contributos foram abrigados no subtema “*Ajuda mútua e mudanças socioculturais*”.

Outra dimensão importante diz respeito aos *desafios* enfrentados, configurado em um subtema relevante. Em Portugal, os desafios levantados dizem respeito à representatividade do movimento de utentes, tendo pouca voz ativa, “...e o movimento do utente, que ainda não é federado. E que é importante que seja, para ter aqui uma voz mais ativa, mas a verdade é que estão presentes no Conselho Nacional de Saúde Mental, estão presentes no Conselho Regional de Saúde Mental, mas lá está, como não há aqui um movimento forte deles, nos conselhos locais de saúde mental, quem os está a representar usualmente são os utilizadores dos hospitais gerais. Portanto, qualquer um de nós. Estão lá a representar as pessoas com doença mental e aí não tem uma voz viva. Aí não estão a ter uma boa representação” (P10_PT).

No Brasil, os entrevistados destacaram as desigualdades sociais e a dificuldade de acesso às necessidades básicas, atravessados pelas questões de raça e classe como dificuldades principais, “Então acho que a sociedade civil ela tem uma diferença atravessada por classe e raça que afasta, também, muito da potencialidade da desinstitucionalização. O que exige uma constante presença do viés antimanicomial. Por um lado, na construção da política por meio dos serviços e, por outro, enquanto paradigma de sociedade, que se coloca em xeque uma noção de cuidado né. Que cuidado coletivo que a gente quer? No final das contas estamos falando uma concepção coletiva de cuidado que questiona a responsabilidade do cuidado focado nas mulheres, ou só a responsabilidade estatal, questiona a distribuição de maneira coletiva dessa responsabilidade das diferenças e que exige um deslocamento contínuo da sociedade como um todo” (P1_BR) e ainda “...um desafio nesse processo que é o de enfrentar a questão das desigualdades sociais uma vez que muitos usuários vivem em situação de mais fragilidade social e com a pandemia isso tudo se agravou...então, acho que um desafio nesse processo dos movimentos sociais é a gente lutar efetivamente pela garantia dos direitos sociais mais amplos, direito à habitação, direito à alimentação, direito de transporte, a educação para que a gente

possa fazer política, continuar a fazer política, porque senão os usuários não chegam, ficam sem conseguir se articular” (P4_BR).

Em ambos os países há uma desresponsabilização do Estado e sobrecarga das associações na criação de respostas comunitárias, “...só que, ao mesmo tempo, nós temos que tomar um pouco de cuidado porque uma das principais narrativas mistificadoras problemáticas que a gente tem hoje em dia, no que se refere a desresponsabilização do estado, é justamente esse discurso genérico abstrato da relevância da importância da comunidade. E eu sou um professor psicologia comunitária, eu defendo os processos de autogestão, de organização comunitária, mas com todas as mediações e cuidados possíveis” (P2_BR).

Tendo em vista as expectativas atuais em torno do enquadramento político da saúde mental, observou-se um cenário marcado por desafios e possibilidades, com esforços para consolidar os avanços, “A situação atual, como eu falei, é de retomada da política de saúde mental na perspectiva antimanicomial. Mas assim, em termos de governo federal a gente precisa, eu acho, que o governo tome uma posição mais assertiva para o campo antimanicomial...então, a situação política é de tensionamento para a volta, para a retomada do processo da reforma psiquiátrica, efetivamente” (P4_BR), “...mas é isso, no momento atual a gente está construindo, são várias apostas, são vários caminhos...” (P7_BR), “...estamos aqui numa fase muito intermitente, que é onde já teremos muito mais otimistas, mas extremamente resilientes, porque não há entidade nenhuma que era abaixo dos braços e vamos continuar a lutar e não são só os colaboradores que estão a lutar. Somos todos. É colaboradores, famílias, utentes e são as federações, não é?” (P10_PT).

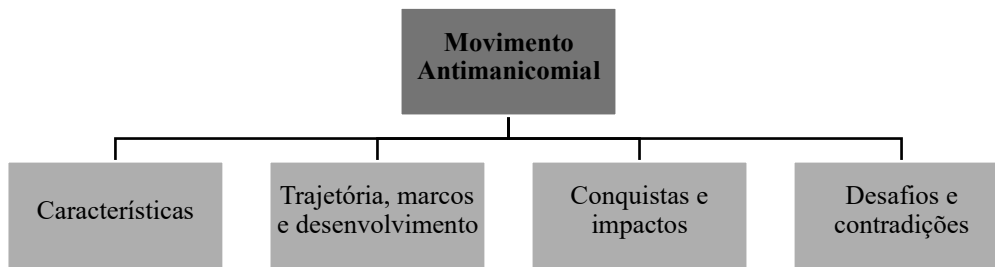
Movimento Antimanicomial

Por fim, o último tema originado no domínio dos “Fatores Potenciadores da Desinstitucionalização” aborda os aspectos referentes ao Movimento Antimanicomial. Apesar de se enquadrar como um movimento social, a amplitude dos dados coletados somada à relevância deste movimento para o presente estudo, tornou necessária a criação de um tema separado para discutir suas dimensões com maior profundidade.

Apesar de se enquadrar como um movimento social, a amplitude dos dados coletados e a relevância deste movimento para o presente estudo, tornou necessária a criação de um tema para discutir as suas dimensões com maior profundidade.

Figura 3

Dimensões do Movimento Antimanicomial



A partir das reflexões levantadas em torno do Movimento Antimanicomial, originou-se o subtema “*Características*”. Dentre as características, foi destacado o caráter *multifacetado* do movimento, marcado pela presença de *diversos atores*, “luta antimanicomial é a mobilização coletiva e social que envolve usuários, trabalhadores, familiares, a sociedade civil como um todo...acho que é importante caracterizar o movimento social que não é homogêneo, é heterogêneo e plural” (P1_BR), outro participante complementa “então, a gente está no movimento da luta por reconhecimento de identidades. Então, você tem o movimento negro, movimento, na época, homossexual, que hoje é LGBTQIAPN+, movimento de mulheres, que é o movimento feminista, movimento das mulheres negras, movimento contra a carestia das mulheres da periferia. Vários movimentos. Então, é isso. A gente está brigando pelo Estatuto de Cidadania.” (P7_BR). Segundo os participantes, o movimento atua em *diversos contextos* “a luta antimanicomial hoje, é muito maior do que ela mesma compreende ser! Não dá para caminhar sozinho, nós temos que construir os caminhos de maneira coletiva. Mas, principalmente no campo, é preciso entender que o nosso lugar não é só na saúde, mas em diferentes espaços. Isso implica que a forma de operar na saúde, na assistência, nas estratégias comunitárias não é isolada apenas no campo saúde” (P1_BR).

Outra característica importante deste movimento diz respeito a sua proposta de transformação social, criando o subtema “*Agente transformador*”: “Eu acho que é não entender que a luta antimanicomial é só uma luta de disputa de uma política, a luta antimanicomial está disputando um projeto de sociedade. Está disputando uma concepção de humanidade, isso perpassa uma concepção filosófica, sociológica, econômica, política, ética, estética...traz para a luta antimanicomial a necessidade da ampliação da luta contra os manicômios. Não mais o manicômio físico, mas pensar a amplitude dessa expressão do manicômio no cotidiano [...] portanto, não é só fechar manicômio. É pensar a manicomialização como componente estrutural, estruturante da sociedade como um todo” (P1_BR).

Relativamente ao seu surgimento, o Movimento Antimanicomial “...surge no final da ditadura militar, quando os movimentos de redemocratização estavam se colocando com mais força. Onde as violações de direitos humanos estavam muito escancaradas e explícitas nos serviços, nos hospitais e esses profissionais não tinham nenhum tipo de reconhecimento pelo trabalho deles e aí começam a se organizar para fazer um movimento né, que dá origem ao movimento de luta antimanicomial no Brasil. Mas era um momento de fechamento político, era um momento de muita repressão” (P3_BR). A partir dos relatos acerca da trajetória do movimento, criou-se o subtema “*Trajatória, marcos, origens e desenvolvimento*” de forma a abordar os percursos do movimento em profundidade. Nesse sentido, o trecho evidenciado abaixo apresenta uma análise detalhada dos aspectos deste subtema:

“...a gente tinha ali também o movimento sanitário, a mobilização do setor da saúde, a força das denúncias sobre os grandes manicômios, do horror dentro dos grandes manicômios, ela se misturava ali com as denúncias das violações de direitos humanos, das torturas, das prisões políticas...em 2001, como a gente sabe, foi o ano que se deu a aprovação da lei nº10.216/01, mas também, foi um ano de muitos episódios importantes na trajetória do movimento. Foi o ano da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi uma marca importantíssimo também, balizador de muitas ações do movimento, do campo nos anos seguintes. E também foi o ano do 5º Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, que é conhecido como o ano do racha, o ano que o movimento implode enquanto organização unificada e se divide e a partir daí...eu também fiz esse exercício de pensar nessas questões e tentei separar dois momentos que eu acho que foram momentos importantes nessa trajetória, que foram momentos de muita radicalidade na trajetória antimanicomial e que, pelo vigor desse momento, eu reputo um movimento de propulsão dentro desses processos de desinstitucionalização. Acho que um deles é o Encontro de Bauru, que acabou ficando muito conhecido, muito materializado ali no texto da Carta de Bauru, que lança o lema “por uma sociedade sem manicômios...um outro momento também que eu pensei, que eu acho que teve uma importância grande, foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta de Santos, que era conhecida como a Casa dos Horrores e teve um processo muito radicalizado de intervenção e muito misturado. Enfim, muito participante de um processo de mudança da cidade, de uma trajetória de mudança que estava acontecendo na cidade que extrapolava também o campo da luta antimanicomial” (P5_BR).

Nos últimos 10 anos, o movimento passou por uma fase de renovação e transformação com a entrada de novos sujeitos e atores e, a criação de novas estruturas institucionais, marcando uma reconfiguração significativa:

“Eu acho que em 2013, no bojo entre 2010 e 2013, tem a entrada massiva de novos sujeitos que marcam um novo tempo da Luta Antimanicomial, atores mais jovens que vão ocupando os espaços que já estavam, de certa forma, colocados de lado, ou melhor, esvaziados...vai emergindo outros grandes movimentos, como a FENNASM [Frente Nacional de Negros e Negras da Saúde Mental] ...e a criação desse cargo que eu estava ocupando [Assessora Técnica Especializada do Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde do Ministério da Saúde] que é super inédito na configuração nacional, um cargo com alguém para pensar interseccionalmente a política de saúde mental, né? Isso tem a ver com a Conquista dos movimentos sociais. A entrada da Sonia Barros tem a ver com a conquista dos movimentos sociais...a entrada de novos atores..., junto com o fortalecimento de movimentos sociais e ocupação das ruas numa conformação nacional, faz com que o movimento antimanicomial como um todo tenha novas configurações. Ganha um novo fôlego. O diálogo com outros movimentos, o movimento das mulheres, da comunidade LGBTQIAPN+” (P1_BR).

Adicionalmente, a criação de uma nova “Carta de Bauru” foi evidenciada como outro marco importante na trajetória deste movimento, ...em 2017, a gente vai fazer o encontro 30 anos depois, e foi muito interessante. Sai uma nova carta de Bauru, muito mais extensa, porque é isso, os elementos são novos, além daqueles que a gente colocou...” (P7_BR).

Dentro do subtema “*Conquistas e impactos*”, a *Reforma Psiquiátrica*, a *Lei Nº10.216/2001*, as *mudanças ideológicas* e a *abertura e renovação de serviços* de saúde mental foram evidenciados como algumas das principais conquistas desse movimento. Tais elementos foram reconhecidos como marcos fundamentais que impulsionaram avanços significativos para a desinstitucionalização e recomposição dos cuidados em saúde mental no Brasil. Relativamente a *Reforma Psiquiátrica*, os entrevistados realçaram a diferença entre movimento e reforma: “Eu acho que a própria reforma psiquiátrica é uma das conquistas. Ela resulta do movimento, da luta histórica do movimento e da luta antimanicomial e a gente poderia pensar em várias ações dentro desse guarda-chuva que a gente entende por reforma psiquiátrica, né?” (P2_BR) e, ainda “Movimento da luta antimanicomial aponta para a reforma psiquiátrica, mas não se restringe a reforma psiquiátrica” (P7_BR).

A *Lei Nº10.216* foi um dos marcos mais citados pelos participantes, “...é a lei que dá todo o ordenamento para fechar os leitos, fechar os hospitais, estimular a criação dos CAPS nos lugares” (P7_BR), “...pensar, por exemplo, na lei nº10.216/01. Sem dúvida é um marco na trajetória da luta antimanicomial...é considerada a lei da reforma psiquiátrica brasileira...ela incontornavelmente, inegavelmente é fruto de um processo de luta” (P5_BR). Seguida da

abertura e renovação de serviços, “...para mim, foi o contexto de abertura de serviços substitutivos, de serviços tipo o CAPS, que foram acho que a maior conquista do movimento antimanicomial no Brasil” (P4_BR), “...na trajetória antimanicomial a gente pôde perceber um conjunto de metamorfoses, de mudanças muito importantes para a gente chegar no hoje. O que a gente produziu no campo da saúde mental? Muita coisa foi produzida, com certeza. A gente teve uma redução substancial do número de leitos, fechamento de hospitais psiquiátricos, toda uma rede substitutiva de serviços, CAPS, serviços assistenciais” (P5_BR).

Em relação às *mudanças ideológicas*, elas compõem a tentativa de “...quebrar com essa imagem da ‘loucura’, do ‘louco’, do ‘drogado’. Quebrar essa imagem socialmente e historicamente construída que sinonimiza com perigo, como indivíduos controláveis que justifica aprisioná-los, segregá-los, manicomializá-los, matá-los e por aí vai. Então eu acho que, de fato, isso pode ser, também, considerado como um avanço, como uma das conquistas desse movimento, dessa auto-organização, dessa disputa das ideologias, não só das políticas, mas dos fundamentos, da dimensão ontológica, epistemológica, das técnicas...” (P2_BR).

Por último, criou-se o subtema “*Desafios e contradições*” para explorar as complexidades e tensões enfrentadas pelo Movimento Antimanicomial ao longo dos anos. Os participantes apontam para um esvaziamento de atores, à medida que estes se deslocam para cargos de gestão ou acadêmicos, “...atores que outrora construíram o movimento de base foram, também, para outras frentes e aí... muito limitados porque quando você está na gestão, você sai do movimento social né. Se você vai para a universidade, você ocupa ali outros espaços de liderança... então o movimento social também foi ficando esvaziado” (P1_BR). Adicionalmente, o foco nas ações institucionais foi levantado como motivo de enfraquecimento do movimento social:

“...um problema muito grave que a gente tem tido no desenvolvimento da luta que é... a partir de determinados governos, na qual isso teve um impulso sobretudo na reforma psiquiátrica, a gente ter achado que a via institucional era a única e exclusiva via de atuação, inclusive como movimento. Então houve um processo de entrada nas franjas, no aparato estatal, por integrantes e militantes do movimento, só que este processo acabou resultando em um grave problema e lacuna que a gente, de certa forma, minimizou e desconsiderou a via não institucional. A condição enquanto movimento social que tensiona e critica o próprio Estado...então é um movimento que já foi mais forte, evidentemente, né? Que já teve uma organização com maior capacidade de transformação não substantiva, mas de modificação de elementos fundamentais do próprio campo, das políticas da sua realidade...a gente não só está fragmentado, a gente está enfraquecido, né? A gente vive numa conjuntura, numa correlação de forças

que é cada vez menos favorável...a nossa capacidade organizativa e de incidência, de transformação da realidade está enfraquecida. Tanto que o grosso da nossa luta hoje em dia são lutas defensiva. A gente não está no movimento ofensivo. É para garantir um pouco de direito, para tentar reduzir dano em um monte de ataque que está recebendo, é uma luta de reação e defensiva” (P2_BR)

Outro motivo para o enfraquecimento político do Movimento Antimanicomial, resultou de seu gradual isolamento em si mesmo, “...a segunda coisa que eu quero frisar é... como que o movimento ficou auto orientado. Ele ficou endógeno. Se a gente for pegar, por exemplo, o Manifesto de Bauru, a gente vai ver o quê? ‘O movimento dos trabalhadores contra a exploração, contra a opressão, reforma agrária, o movimento antimanicomial tem que juntar com a galera, com geral. Isso está na gênese do movimento. A gente foi perdendo isso.... foi ficando endógeno dentro do campo da saúde mental...’” (P2_BR). Complementa-se, ainda, que:

“...na trajetória antimanicomial a gente pôde perceber um conjunto de metamorfoses, de mudanças muito importantes para a gente chegar no hoje ..., mas com muitas contradições, também, nesse caminho...a gente tem, por outro lado, um movimento social absolutamente desmobilizado, enfraquecido, com capacidade muito reduzida de incidência sobre os movimentos das políticas...que mesmo que avançou, em termos da reforma psiquiátrica, estes avanços não se deram sem inúmeras contradições. Muitas delas, inclusive, estão sendo reposicionadas e fortalecidas nos marcos da contrarreforma psiquiátrica...então, aquele projeto de transformação que estava expresso ali no lema “por uma sociedade sem manicômios”, como uma consigna de um conjunto de mudanças, de um conjunto de transformações da sociedade acabou muito reduzido, digamos assim, no lugar de uma mudança estrutural, de uma mudança profunda, uma mudança dentro da política de saúde mental. A construção de uma política de saúde mental, a criação de uma política de saúde mental. Não era isso, né? Acabar com os manicômios não se reduzia a criar serviços, né? Assim como não era possível ter saúde no capitalismo. A Saúde que a gente queria, que a gente defendia, não era possível na sociedade capitalista. Porque saúde, incluindo saúde mental, é condição de moradia, é condição de saneamento, é acesso à educação, é a possibilidade de uma alimentação saudável. Não é possível você ter saúde e saúde mental em condições de vida completamente degradadas. Enfim... talvez o efeito mais dramático dessa trajetória eu acho que é esse, é justamente essa perda da força da luta antimanicomial” (P5_BR)

Essa mudança nas pautas reivindicativas do movimento foi apresentada como uma das consequências do processo de sociabilidade do sistema neoliberal do país, “Então, isso é uma decorrência, inclusive, do processo democrático. A gente se unificava para o enfrentamento do Estado. Então, a gente já conseguiu enfrentar o Estado, garantiu democracia, política pública,

cidadania...hoje, os movimentos são muito mais plurais, pulverizados. Isso tem a ver com a socialidade neoliberal, também” (P7_BR).

Conclui-se que as contradições enfrentadas pelo movimento, resultam de um avanço que não é linear, advém das conciliações necessárias para se fazer avançar as conquistas, “...as direções são múltiplas, elas não se dão num sentido único... conciliar os interesses da luta antimanicomial com as necessidades do desenvolvimento capitalista. Então, ela não é uma barreira...é uma condição para esse projeto. É dentro desse horizonte de não rompimento com a ordem capitalista...foi a forma possível de se favor...a gente poderia ter avançado um pouquinho mais, mesmo fora de uma perspectiva revolucionária... a fragilização é um entrave ao avanço do movimento, uma barreira para as coisas seguirem avançando, só que é, também, uma consequência desse avanço, da forma como o movimento se colocou em marcha na sua história. Dessa escolha exclusiva por ocupar os espaços do Estado” (P5_BR).

Os trechos completos relativamente ao Movimento Antimanicomial e os Fatores Potenciadores da Desinstitucionalização podem ser analisados abaixo, nas Tabela 2 e 3. Os assuntos abordados nesta secção serão desenvolvidos com maior profundidade na discussão. A seguir, será abordado o próximo domínio temático, que diz respeito aos “Fatores Bloqueadores da Desinstitucionalização”.

Tabela 2

Fatores Potenciadores da Desinstitucionalização

Fatores potenciadores	Excerto de participantes
O papel do estado	<p>“...a entrada do Domingos Sávio como primeiro coordenador nacional de saúde mental, que vai pensar a forma de fechar os manicômios e redirecionar os recursos para os novos serviços substitutivos. ...em seguida...com o avanço da dimensão jurídico-política e legislativa do campo da saúde mental. Em que a gente tem as portarias, a lei nº10.216 de 2001... o programa de Volta a Casa, o estabelecimento dos CAPS, as Residências Terapêuticas...marcando um segundo grande momento para trazer a desinstitucionalização... Acho que um terceiro momento diz respeito aos últimos anos. A partir do golpe parlamentar contra a presidenta Dilma Rousseff até o final da era Bolsonaro. Um momento que diz respeito ao ataque direto às políticas de reforma psiquiátrica...você tem um ataque direto à proposta de desinstitucionalização e a retomada, do incentivo da eletroconvulsoterapia, a expansão dos leitos em hospitais psiquiátricos, as internações de crianças e adolescentes, o crescimento de comunidades terapêuticas enquanto estratégia. Então, ao precarizar e atacar os CAPS, as Residências Terapêuticas, o Programa De Volta Para Casa... hoje, podemos dizer que vivemos um quarto momento com a Nova Era Lula e a entrada da Sônia Barros como diretora do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que é uma conquista do movimento social. A entrada de uma mulher negra, nordestina, enfermeira que rompe o paradigma médico centrado, né? E que então nós temos a retomada da reforma psiquiátrica, da expansão dos serviços e, acima de tudo, cria-se uma coordenação específica para cuidar da desinstitucionalização por um viés dos direitos humanos” (P1_BR).</p> <p>“Então, acho que o espaço do...mecanismo do Estado, eles são muito importantes, mas são importantes quando vinculados e sem perder de vista, o que é que o movimento de luta antimanicomial está colocando. Quando eles estão a favor ao movimento de luta antimanicomial...ganhar alguns juízes, promotores na defesa dos direitos humanos, também é muito importante, faz avançar muita coisa... então, quando a gente tem prefeituras que são progressistas, que são do campo da esquerda, a gente consegue um investimento maior, consegue fazer avançar...eu acho que a palavra hoje é recomposição, reconstrução. Ainda que tenha muita briga, a gente ainda precisa lutar muito para a gente reaver recursos. Então tem um campo de disputa que sempre existiu, mas que a gente está precisando brigar mais por ele...é cotidianamente uma luta para essa força [modelo manicomial] não alcançar, não ganhar recursos, não ganhar dinheiro” (P3_BR)</p>
(Organização e de implementação políticas públicas)	<p>“Como que esse modelo de atenção psicossocial funciona para as pessoas? Não teve força, não teve investimento suficiente, por tempo suficiente para a gente gerar isso. Para as pessoas sentirem esse impacto, a vida social, a sociedade sentir o impacto, a diferença em relação a essa coisa mais conservadora” (P3_BR)</p> <p>“E eu acho que o que a gente precisa avançar é de mais financiamento para as associações, para as organizações comunitárias, para que a gente possa fazer mais projetos, sejam culturais, sejam de formação política com eles” (P4_BR)</p> <p>“...há uma política que indica nesse caminho, mas tem sido feita uma desinstitucionalização que é muito escondida, que está encapsulada, porque as pessoas transitaram para grandes instituições psiquiátricas que não são públicas. E, portanto, a desinstitucionalização não foi realmente concretizada. Tem de ser mais efetiva.” (P9_PT)</p>
(Parceria com a sociedade civil)	<p>“Particularmente entendo que sem a presença da sociedade civil e das ações comunitárias, a desinstitucionalização não seria possível” (P1_BR)</p> <p>“...nós só conseguimos fazer esse diálogo quando os serviços, os trabalhadores e o governo local abrem espaço para tal. Se não tiver espaço, nós não conseguimos dialogar, não conseguimos inserir os alunos.” (P4_BR)</p> <p>“E também o trabalho cívico e de promoção da consciencialização dos próprios, para que isso seja mais alcançado. Também na formação dos profissionais etc. Nessas perspectivas, mas sobretudo a participação dos próprios nessa luta cívica e pela cidadania plena é muito importante, porque caso contrário essa desinstitucionalização nunca vai realmente acontecer, não é?” (P9_PT)</p>
Educação e formação profissional	<p>“...na extensão da universidade e na formação profissional de novos atores na comunidade. Sair do espaço acadêmico, realizar atividade de grupo, acompanhamento, supervisão de serviços que não são especializados em saúde mental... é fundamental para nós criarmos práticas e estratégias nas experiências que possam produzir transformação, né?” (P1_BR)</p> <p>“E um outro espaço de resistência é nas universidades, na formação de pessoas, na produção de pesquisas que vão criando dados e conhecimentos de como esse modelo de atenção psicossocial funciona, de como as pessoas têm resposta na vida, de como cuidar da liberdade faz diferença na vida de muita gente... também uma produção de conhecimento sobre a memória desse manicômio, da tragédia que é o hospital psiquiátrico...formação de outras pessoas, de ampliação da rede de atenção</p>

psicossocial, de projetos de desinstitucionalização, projeto de geração de renda, que é o que as pessoas precisam para fazer a desinstitucionalização acontecer na vida delas.” (P3_BR)

“Também um papel de formação porque eles [as organizações comunitárias] acabam repassando os saberes para os estudantes, ensinando os estudantes sobre o que é o cuidado em saúde mental, sobre o que é a mobilização política no campo da saúde mental...eu vou falar um pouco da parceria da universidade com os serviços né. A gente tem muita interação com os serviços, tanto do SUS, de maneira geral, como da rede de saúde mental. Desde por meio de estágio, de aluno ou de pesquisas participativas...a gente traz muita novidade para os serviços de saúde mental, seja uma atualização, seja questionando os modos de funcionamento e também vice-versa né, os serviços ensinam muito para a gente, a rede SUS ensina muito para a universidade...eu acredito sempre nos processos de formação. Acho que a gente precisa investir em processos de formação” (P4_BR)

“A outra via, que aí tem muito a ver com o meu lugar de fala, é a formação. Eu acho que a formação, de algum modo, seja nas universidades que são atores, que conseguem também fazer movimentos interessantes, seja nas redes com as propostas de educação permanente e saúde...você percebe que eu estou dando muito, botando um grifo muito forte na formação, por isso ser um trabalho que te convoca politicamente” (P6_BR)

“É importante que esses fóruns existam...estar no grupo que faz a escrita, na redação dos relatórios que saem finais. Não deixar a escrita nas mãos de outros, porque é um poder que é muito significativo. Se nós deixamos isso, não vão lá aquelas ideias que foram criticadas ou que foram questionadas, não vão sair no relatório. Mas se estiver no grupo da escrita, podes dizer ok...É trabalhoso, é muito trabalhoso e é muito exigente, mas essa é uma coisa que é importante, ou seja, continuamente ter-se voz, é preciso que existam esses fóruns, que as políticas prevejam isso, mas depois que não seja só um papel de faz-de-conta, tem que ser um papel ativo.” (P9_PT)

“Portanto, a literacia é a base de tudo. Portanto, é preciso trabalhar toda a nossa comunidade, mas é preciso trabalhar as pessoas. Era o que falava há bocadinho, que é como é que eu posso reivindicar os meus direitos e aquilo que eu desejo, se eu não saber que os tenho. Não é? Portanto, eu acho que a literacia, e numa linguagem acessível a todos, é o que falta. E não é só as pessoas, não é só as famílias, é toda a nossa comunidade. Literacia, dar voz, falar, não ter medo de falar...” (P10_PT)

“...retomada e fortalecimento dos movimentos sociais é fundamental. Só se avança tendo tensionamento por parte do movimento social” (P1_BR)

“...remete à importância de se fortalecer enquanto luta, enquanto campo. Tensionar o estado, criticar, se organizar nas bases, nas nossas diversidades. Formar uma luta unitária, não só dentro da sede mental, mas da saúde com outras lutas...então é para a gente construir unidade na luta e, não só na luta antimanicomial e no campo da saúde mental, como fora, com outras lutas” (P2_BR)

“Eu acho que segue sendo a militância. Acho que é a organização política das pessoas que apostam nas sociedades sem manicômios...a ocupação que a gente vai fazendo através das associações, dos movimentos sociais e de movimentos, vamos assim dizer, parceiros da luta, ocupando espaços no controle social então nos Conselhos Municipais de Saúde, nos Conselhos Municipais de Assistência Social, no Conselho Municipal de Direitos Humanos, nos Conselhos Estaduais, no Conselho Nacional, enfim... nesses espaços que impedem, por exemplo, as Prefeituras e o Estado de desviar os recursos da Atenção Psicossocial para outro lugar, para o Hospital Psiquiátrico, por exemplo” (P3_BR)

“Os movimentos sociais precisam ser valorizados, voltar a ser valorizados como grandes parceiros e não criminalizados...” (P6_BR)

“Quem cria é o movimento. Ela precisa de uma autoria, a autoria é o Paulo Delgado. Mas, quem faz acontecer é a militância. É no cotidiano dos serviços, que a militância está presente. Inclusive na manifestação do dia 18 de Maio, que tem sido puxado pela gestão, mas não é a gestão que tem que puxar o 18 de Maio, é a militância.” (P7_BR)

“...AEIPS foi a primeira, mas depois ajudou a criar pelo país muitas outras organizações e estas organizações também fazem parte de uma federação...que é a Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais. São todas estas organizações sociais comunitárias de saúde mental...AEIPS, polo central, ajudou a criar o movimento das pessoas com doença mental, que continua a ser uma coisa pequena e não independente, infelizmente, mas que tem tido marcos interessantes. Estas organizações sociais que eu falei, mais a AEIPS, têm tido sempre um papel em ajudar a avançar com esta cidadania, por isso é que desde o início criou alternativas e respostas que fossem neste sentido” (P8_PT)

“...foram ao longo dos anos surgindo algumas associações. E, como eu disse, porque queriam prestar um trabalho diferente às pessoas, mais integrado...umas mais focadas na reabilitação psicossocial e na melhoria do seu bem-estar mental, outras mais orientadas para a inclusão mesmo, em procurar o trabalho e a escola e nos percursos de vida das pessoas. E essas organizações têm vindo a defender, como a federação, uma política mais de criação de respostas...” (P9_PT)

“AEIPS é uma associação que foi fundada por técnicos, familiares e pelas próprias pessoas, porque achávamos que era sempre muito importante essa presença e isso é uma coisa que diferencia na origem a AEIPS de outras, por exemplo. Que as próprias pessoas com doença mental participem, que é uma decisão própria, não é? E que estejam também representadas nos órgãos de gestão da associação. A AEIPS cria programas para apoiar as pessoas com experiência de doença mental, ou apoio à vida

Movimento social,
organização comunitária
e sociedade civil

	<p>independente, ou apoio nas residências, ou integração profissional. Portanto, toda essa diversidade. Atende as pessoas com doença mental que estavam sem abrigo e que entraram no programa, o housing first... e presta serviços” (P9_PT)</p>
	<p>“Enquanto movimento social, a gente contribuiu bastante com a intervenção para a construção da intervenção na região de Sorocaba. O fórum paulista da luta antimanicomial teve um papel de mobilização, de participação de audiências públicas de intervenção na cidade de Sorocaba que, nos anos 2010 e 2013, era o maior polo psiquiátrico do Brasil, a grande região. E, para ter uma intervenção no Ministério da Saúde, foi por meio de muita mobilização social que desencadeou um processo de desinstitucionalização” (P1_BR)</p> <p>“Não existe, igual eu falei, avanço no campo da saúde mental sem movimento social, sem luta política, sem auto-organização... não existe avanço, não só na saúde mental... sem luta, sem movimento social, sem organização política” (P2_BR)</p> <p>“Então, eu acho que a força política dos movimentos sociais, quando a gente consegue conquistar mandatos do legislativo, e no executivo a gente consegue... ocupar esses lugares como as coordenações de saúde mental municipais estaduais nacionais e aí a gente consegue produzir processos de desinstitucionalização mais fortemente que a gente consegue induzir recursos, investimentos, pessoas, para... fazer avançar os processos... a principal força ainda é o movimento e, ela ganha mais força quando ela consegue ocupar, de alguma maneira, esses espaços do legislativo, do executivo e também do judiciário.” (P3_BR)</p> <p>“Os movimentos sociais têm uma importância enorme, como eu falei, principalmente para enfrentar governos que são a favor da psiquiatria mais tradicional e a favor dos hospitais psiquiátricos, das comunidades terapêuticas. Movimentos sociais a favor da desinstitucionalização, antimanicomiais, eles podem articular” (P4_BR)</p> <p>“... a política nacional só foi construída a partir dessa mobilização... eu acho que a resposta é: imprescindível. Não fosse isso, a gente não teria essa chance de luta que a gente ainda tem. Num governo que está difícil demais” (P6_BR)</p> <p>“Então estas organizações foram criadas em 1987 e foram a fazer força contra isto e começaram a criar alternativas para que as pessoas pudessem sair dos hospitais. Portanto, é um movimento da sociedade civil. Este movimento, ao criar esta resposta, em 87, foi muito importante não só por ter criado as alternativas, mas também pela comunicação que fazia, a trazer, por exemplo, uma criação de congressos, a trazer pessoas internacionalmente para falarem sobre o que é a saúde mental para influenciar as políticas públicas e as decisões que eram tomadas. Mais tarde esta organização ajudou a que outras organizações iguais, organizações sociais, da sociedade civil fossem criadas pelo país inteiro, e trouxe um paradigma novo que não existia... e este movimento da sociedade civil conseguiu começar a mudar e conseguiram coisas incríveis como as nomenclaturas específicas, por exemplo, do centro de emprego para as pessoas com doença mental e com deficiência, conseguiram que a segurança social, em 98, criasse um enquadramento legal para o financiamento público destas entidades, das respostas destas entidades, como residências, centros de atividades, centros de emprego, etc. Conseguiram que estes programas fossem legalmente financiados. Portanto, isto é uma mudança das políticas públicas... há vários marcos, o primeiro programa em 1985 de saúde mental já trazia a influência e a palavra de desinstitucionalização, a criação das organizações sociais que eu lhe contei, foi sem dúvida um ponto fulcral para os avanços que foram dados, porque na altura dizia-se que não se pode fazer a desinstitucionalização porque não há respostas na comunidade. Então o professor Ornelas e a AEIPS criaram respostas na comunidade para que pudesse avançar...” (P8_PT)</p> <p>“A questão da voz dos próprios seria essencial, porque dizerem, ‘não, nós queremos isto para a nossa vida, queremos ter estes direitos assegurados’. É muito importante, isso é realmente uma questão que falta muito” (P9_PT)</p> <p>“Portanto... cabe a federações, cabe a ONGs, que trabalham na área da saúde mental, de nos unirmos efetivamente e criarmos com as pessoas com doença mental, com as suas famílias, instrumentos e movimentos com os quais se identifiquem, no sentido de chegar efetivamente a quem tutela os ministérios, de modo a não façam nada por nós e sem a nossa voz. E como tal aqui criarmos este diálogo, esta porta aberta, não é? E tem que ser uma porta aberta de entradas e saídas, de modo a chegar à vontade dos próprios e principalmente com a voz dos próprios relativamente ao que sentem, ao que desejam, ao que anseiam e é tudo menos voltar a haver não sei quantos hospitais psiquiátricos... então, acho que estes movimentos são a base de toda a alteração, toda a criação de medidas, de decretos de lei e de despachos conjuntos que possam melhorar a qualidade de vida e a satisfação das pessoas, que sejam cumpridos os direitos humanos” (P10_PT).</p>
(Poder transformativo e implementação de políticas)	
(Ajuda mútua e mudanças socioculturais)	<p>“eu acho que as associações, as organizações mais populares do Brasil, elas têm sempre esse papel de disseminação das conquistas do movimento... dos efeitos positivos do movimento, dessa política, na vida das pessoas... então, a força dessas associações e desses grupos, ela é muito importante, porque é ela que modifica as mentalidades, modifica o modo das pessoas pensarem e perceberem as questões de saúde mental” (P3_BR)</p> <p>“Olha, as organizações comunitárias, principalmente as associações de usuários e familiares no Brasil, elas são bem importantes. São movimentos lindíssimos, que auxiliam e possibilitam o empoderamento dos usuários. Possibilitam os usuários protagonizarem a luta, terem voz... é como se, com o processo do diagnóstico, a vida ficasse limitada ali, fosse se limitando... e com as associações, eles expandem esses limites, constroem novas redes, são reconhecidos também socialmente, acho que tem um papel importante na desconstrução cultural do que é a loucura. Então, eles passam a exercer o desejo de pintar, de cantar, de se apresentar... então as organizações</p>

comunitárias têm um papel de desconstrução social e cultural do estigma da loucura muito grande, muito importante. Também tem um grande papel de ajuda mútua entre os usuários.” (P4_BR)

“Estas organizações, e mais especificamente a AEIPS, um contributo também para os movimentos sociais muito grande foi que desde o seu início, ligado também àquilo que era o que acontecia no mundo ocidental, tentou ajudar a criar movimentos das próprias pessoas. Portanto, a AEIPS criou uma coisa que era o Centro de Empowerment e Ajuda Mútua, em que era uma valência da AEIPS gerida só por pessoas com os diagnósticos da doença mental... quando entendemos a doença mental pela perspectiva dos próprios, por uma perspectiva social, de compreensão que as causas não são biológicas de uma falha no sistema, de um parafuso a menos, mas que tem a ver com a relação com o ambiente, a relação com a família, com a pessoa ter sido alvo de violência e de abusos e tudo mais. Toda esta história de cada pessoa. Até o movimento das pessoas que ouvem vozes, tem sido muito claro e muito inovador em trazer para a parte profissional da saúde mental um entendimento de que as vozes não é uma desconexão com a realidade, não é algo a cortar ou a bater, mas é algo a ouvir, porque está intimamente ligado a estas experiências que as pessoas têm tido com o ambiente, da violência, do trauma etc.” (P8_PT)

“Nós, na Associação, temos uma experiência importante em termos de inclusão, de trabalho, de metodologias de apoio no contexto, não em oficinas protegidas, mas no contexto natural” (P9_PT)

“Elas [as associações] são uma balança. Não é? Vamos pensar. Em Portugal, ONGs como a Gira, como a AEIPS, como a ARIA, como todas, surgem com movimentos que muitos veem ligados a escolas ou hospitais, no sentido de criar respostas na nossa comunidade. Portanto elas surgem na década de 90 aproximadamente, e a legislação só vem em 98 para legalizar as respostas que foram sendo criadas. Portanto, todos estes movimentos, quer seja de pessoas com doença mental, quer seja de famílias, quer seja de técnicos, e a ideia é unirem-se, porque embora vivam de formas diferentes, todas pendem para o mesmo objetivo, não é? De inclusão, direitos humanos, cidadania plena...” (P10_PT)

“Então acho que a sociedade civil ela tem uma diferença atravessada por classe e raça que afasta, também, muito da potencialidade da desinstitucionalização. O que exige uma constante presença do viés antimanicomial. Por um lado, na construção da política por meio dos serviços e, por outro, enquanto paradigma de sociedade, que se coloca em xeque uma noção de cuidado né. Que cuidado coletivo que a gente quer? No final das contas estamos falando uma concepção coletiva de cuidado que questiona a responsabilidade do cuidado focado nas mulheres, ou só a responsabilidade estatal, questiona a distribuição de maneira coletiva dessa responsabilidade das diferenças e que exige um deslocamento contínuo da sociedade como um todo” (P1_BR)

“Só que, ao mesmo tempo, nós temos que tomar um pouco de cuidado porque uma das principais narrativas mistificadoras problemáticas que a gente tem hoje em dia, no que se refere a desresponsabilização do estado, é justamente esse discurso genérico abstrato da relevância da importância da comunidade. E eu sou um professor psicologia comunitária, eu defendo os processos de autogestão, de organização comunitária, mas com todas as mediações e cuidados possíveis” (P2_BR)

“...e aí tem outro acho que desafio nesse processo que é o de enfrentar a questão das desigualdades sociais uma vez que muitos usuários vivem em situação de mais fragilidade social e com a pandemia isso tudo se agravou... então, acho que um desafio nesse processo dos movimentos sociais é a gente lutar efetivamente pela garantia dos direitos sociais mais amplos, direito à habitação, direito à alimentação, direito de transporte, a educação para que a gente possa fazer política, continuar a fazer política, porque senão os usuários não chegam, ficam sem conseguir se articular” (P4_BR)

(Desafios)

“Mas depois para terem uma representação realmente autônoma, eles têm que ter uma organização própria, uma organização do âmbito nacional própria... precisa de energia, é preciso alguém que tenha essa vontade. E depois há também a questão econômica, porque as pessoas, para se dedicarem, também precisam de sobreviver e, portanto, procuram trabalho e fazem isso de uma forma mais paralela, mas para estar o tempo inteiro a estas exigências associativas, é mesmo importante estar o tempo inteiro, receber informação diretamente, ir a locais, a eventos, senão perde-se o espaço, a ação. E, portanto, essas têm sido algumas das dificuldades para nascer um movimento com autonomia, com independência, com uma visão, com essa estratégia... o poder técnico, é um poder que é difícil de contestar, por exemplo. Depois, também o poder religioso... pronto, torna-se tudo muito misturado, muito complexo e, portanto, as pessoas tendem a ir pelo caminho de acomodar, não é? De aceitar que é assim, e acomodar, não é? De acomodar à situação e porque também são situações que são muito desgastantes, não é? Para os próprios, para as famílias e as pessoas.” (P9_PT)

“As federações das entidades, as federações das famílias e o movimento do utente, que ainda não é federado. E que é importante que seja, para ter aqui uma voz mais ativa, mas a verdade é que estão presentes no Conselho Nacional de Saúde Mental, estão presentes no Conselho Regional de Saúde Mental, mas lá está, como não há aqui um movimento forte deles, nos conselhos locais de saúde mental, quem os está a representar usualmente são os utilizadores dos hospitais gerais. Portanto, qualquer um de nós. Está lá a representar as pessoas com doença mental e aí não tem uma voz viva. Aí não estão a ter uma boa representação.” (P10_PT)

Expectativas atuais	<p>“A situação atual, como eu falei, é de retomada da política de saúde mental na perspectiva antimanicomial. Mas assim, em termos de governo federal a gente precisa, eu acho, que o governo tome uma posição mais assertiva para o campo antimanicomial...então, a situação política é de tensionamento para a volta, para a retomada do processo da reforma psiquiátrica, efetivamente” (P4_BR)</p> <p>“A gente ainda tem uma onda muito forte conservadora. A gente está num governo de coalizão, então está sendo super difícil avançar em algumas pautas” (P6_BR)</p> <p>“Mas é isso, no momento atual a gente está construindo, são várias apostas, são vários caminhos, inclusive um olhar de uma gestora que é completamente diferente” (P7_BR)</p> <p>“Portanto, estamos aqui numa fase muito intermitente, que é onde já teremos muito mais otimistas, mas extremamente resilientes, porque não há entidade nenhuma que era abaixo dos braços e vamos continuar a lutar e não são só os colaboradores que estão a lutar. Somos todos. É colaboradores, famílias, utentes e são as federações, não é?” (P10_PT)</p>
---------------------	---

Tabela 3

Dimensões do Movimento Antimanicomial

Movimento Antimanicomial	Excertos de participantes
Características (Multifacetado)	<p>“Luta antimanicomial é a mobilização coletiva e social que envolve usuários, trabalhadores, familiares, a sociedade civil como um todo...acho que é importante caracterizar o movimento social que não é homogêneo, é heterogêneo e plural.” (P1_BR)</p> <p>“luta antimanicomial é, por excelência e por coerência anticapitalista e, conseqüentemente, antirracista, né? Antimachista, antissexista, antiLGBTQIAPN+ fóbica, contra qualquer forma de exploração de opressão” (P2_BR)</p>
(Diversos atores)	<p>“Então o movimento antimanicomial tem muitas facetas...a entrada de outros movimentos e atores, temos a Frente Nacional de Negros e Negras da Saúde Mental [FENNASM], a Coletiva Nacional de Mulheres Antimanicomial (CONAMAM), as frentes estaduais de combate né. As frentes estaduais de drogas e direitos humanos, de defesa da reforma psiquiátrica...a importância do Conselho Federal e regionais de psicologia, as entidades... tudo isso vai se fazendo presente e conformando o movimento como um todo, ele não é só o movimento social em si, mas têm outras expressões expressas que a gente não pode deixar de considerar.” (P1_BR)</p> <p>“... [o movimento antimanicomial] como movimento social, como movimento de luta, de indivíduos dos mais variados grupos [usuários, familiares, trabalhadores, trabalhadoras, pesquisadores, dentre outras profissionais etc.]” (P2_BR)</p> <p>“Então, a gente está no movimento da luta por reconhecimento de identidades. Então, você tem o movimento negro, movimento, na época, homossexual, que hoje é LGBTQIAPN+, movimento de mulheres, que é o movimento feminista, movimento das mulheres negras, movimento contra a carestia das mulheres da periferia. Vários movimentos. Então, é isso. A gente está brigando pelo Estatuto de Cidadania.” (P7_BR)</p>
(Diversos contextos de atuação)	<p>“A luta antimanicomial hoje, é muito maior do que ela mesma compreende ser! Não dá para caminhar sozinho, nós temos que construir os caminhos de maneira coletiva. Mas, principalmente no campo, é preciso entender que o nosso lugar não é só na saúde, mas em diferentes espaços. Isso implica que a forma de operar na saúde, na assistência, nas estratégias comunitárias não é isolada apenas no campo saúde” (P1_BR)</p>
(Agente transformador)	<p>“Eu acho que é não entender que a luta antimanicomial é só uma luta de disputa de uma política, a luta antimanicomial está disputando um projeto de sociedade. Está disputando uma concepção de humanidade, isso perpassa uma concepção filosófica, sociológica, econômica, política, ética, estética...traz para a luta antimanicomial a necessidade da ampliação da luta contra os manicômios. Não mais o manicômio físico, mas pensar a amplitude dessa expressão do manicômio no cotidiano...portanto, não é só fechar manicômio. É pensar a manicomialização como componente estrutural, estruturante da sociedade como um todo” (P1)</p> <p>“É esse processo de transformação das políticas públicas, do olhar social a isso, sobre a experiência da loucura, para a experiência da loucura, ele é fruto de um processo de luta social. Uma luta que é uma luta dos trabalhadores, trabalhadoras, usuários, familiares da saúde mental, que se organizaram como o movimento da luta antimanicomial no Brasil...isso é a proposta do movimento antimanicomial na minha concepção, de uma transformação social, de uma mudança que é uma mudança estrutural, uma mudança radical, que vai implicar também construir um outro lugar para essa experiência da loucura. Não é uma mudança qualquer, a gente está falando de construir uma outra sociedade...” (P5_BR)</p>

Mesmo com esses empecilhos todos, essas barreiras todas. A gente é de uma outra conjuntura que aposta mesmo. ‘Apesar de vocês, amanhã vai ser outro dia’, apesar de não ter equipe, financiamento, etcétera, a gente faz e foi fazendo.” (P7_BR)

“Eu acho que em 2013, no bojo entre 2010 e 2013, tem a entrada massiva de novos sujeitos que marcam um novo tempo da Luta Antimanicomial, atores mais jovens que vão ocupando os espaços que já estavam, de certa forma, colocados de lado, ou melhor, esvaziados, essa seria a palavra...vai emergindo outros grandes movimentos, como a FENNASM, que é fundamental, e a criação desse cargo que eu estava ocupando [Assessora Técnica Especializada do Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde do Ministério da Saúde] que é super inédito na configuração nacional, um cargo com alguém para pensar interseccionalmente a política de saúde mental, né? Isso tem a ver com a Conquista dos movimentos sociais. A entrada da Sonia Barros tem a ver com a conquista dos movimentos sociais...a entrada de novos atores..., junto com o fortalecimento de movimentos sociais e ocupação das ruas numa conformação nacional, faz com que o movimento antimanicomial como um todo tenha novas configurações. Ganha um novo fôlego. O diálogo com outros movimentos, o movimento das mulheres, da comunidade LGBTQIAPN+” (P1_BR)

“Então, o movimento de reforma, ele surge no final da ditadura militar, quando os movimentos de redemocratização estavam se colocando com mais força. Onde as violações de direitos humanos estavam muito escancaradas e explícitas nos serviços, nos hospitais e esses profissionais não tinham nenhum tipo de reconhecimento pelo trabalho deles e aí começam a se organizar para fazer um movimento né, que dá origem ao movimento de luta antimanicomial no Brasil. Mas era um momento de fechamento político, era um momento de muita repressão” (P3_BR)

“Eu acredito que o movimento antimanicomial, no processo de redemocratização, ele também se juntou ao movimento sanitário do SUS. Então, a junção desses movimentos trouxe grandes conquistas e trouxe um impacto muito grande porque a desinstitucionalização ela não ficou restrita a uma rede de saúde mental, mas ao SUS como um todo. Então, acho que gerou um impacto de maior exercício de direito de liberdade, de maior acesso a uma rede de saúde mental aberta e comunitária” (P4_BR)

“...é um movimento que ganha contorno organizativo pela primeira vez no Brasil, no meio e de uma forma completamente inseparável das lutas mais amplas da classe trabalhadora naquele momento, no final da década de 60 e início da década de 80...então, naquele momento ali, a gente tinha um conjunto de lutas democratizantes pela transformação das condições de vida e pelo fim da ditadura militar e, é nesse contexto que o movimento surge de forma muito misturada com essas lutas...a gente tinha ali também o movimento sanitário, a mobilização do setor da saúde, a força das denúncias sobre os grandes manicômios, do horror dentro dos grandes manicômios, ela se misturava ali com as denúncias das violações de direitos humanos, das torturas, das prisões políticas...em 2001, como a gente sabe, foi o ano que se deu a aprovação da lei nº10.216/01, mas também, foi um ano de muitos episódios importantes na trajetória do movimento. Foi o ano da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi uma marca importantíssima também, balizador de muitas ações do movimento, do campo nos anos seguintes. E também foi o ano do 5º Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, que é conhecido como o ano do racha, o ano que o movimento implode enquanto organização unificada e se divide e a partir daí...eu também fiz esse exercício de pensar nessas questões e tentei separar dois momentos que eu acho que foram momentos importantes nessa trajetória, que foram momentos de muita radicalidade na trajetória antimanicomial e que, pelo vigor desse momento, eu reputo um movimento de propulsão dentro desses processos de desinstitucionalização. Acho que um deles é o Encontro de Bauru, que acabou ficando muito conhecido, muito materializado ali no texto da Carta de Bauru, que lança o lema “por uma sociedade sem manicômios...um outro momento também que eu pensei, que eu acho que teve uma importância grande, foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta de Santos, que era conhecida como a Casa dos Horrores e teve um processo muito radicalizado de intervenção e muito misturado. Enfim, muito participante de um processo de mudança da cidade, de uma trajetória de mudança que estava acontecendo na cidade que extrapolava também o campo da luta antimanicomial.” (P5_BR)

“Então, é a partir da lei, enquanto grande conquista desse processo, que a gente começa a se organizar. Nós temos uma terceira conferência baseada na lei. Então, a gente está discutindo acesso, permanência do serviço, descronificação, novas modalidades, tanto que foi a conferência mais de referência, tirando a primeira de 1987, a segunda de 1992, a terceira é a conferência que vai dar margem para um monte de discussão, inclusive com o debate da droga. Ela vem com o debate da droga que, é importante tanto para os militantes antimanicomialistas, quanto para os antiproibicionistas trazer esse debate, na organização dos serviços de assistência terapêutica, filosofia assistencial, porque desinstitucionalização é uma palavra, quando você trata ela do ponto de vista do conceito, da política, da teoria, aí você materializa essa perspectiva...eu acho que o impacto desse movimento foi justamente essa categoria chamada democracia. Primeiro que o movimento existe por conta do processo de democratização. O movimento da luta antimanicomial nasce juntamente com tantos outros movimentos sociais no final dos anos 70 porque a gente estava no processo de democratização do país. A gente estava brigando pela redemocratização...saúde é luta, saúde é democracia. É o que a gente mais usava naquele momento. Porque a gente também estava articulado com o movimento da reforma sanitária...em 2017, a gente vai fazer o encontro 30 anos depois, e foi

Trajatória, marcos e desenvolvimento

	<p>muito interessante. Sai uma nova carta de Bauru, muito mais extensa, porque é isso, os elementos são novos, além daqueles que a gente colocou, eles se alinham” (P7_BR)</p>
<p>Conquistas e impactos (Reforma psiquiátrica)</p>	<p>“Eu acho que a própria reforma psiquiátrica é uma das conquistas. Ela resulta do movimento, da luta histórica do movimento e da luta antimanicomial e a gente poderia pensar em várias ações dentro desse guarda-chuva que a gente entende por reforma psiquiátrica, né?” (P2_BR)</p> <p>“Eu acho que ter uma luta antimanicomial no país, que vai se forjando ali junto com o próprio movimento de reforma psiquiátrica, foi fundamental para a gente conseguir conquistar uma política nacional de saúde mental de caráter antimanicomial” (P6_BR)</p> <p>“Movimento da luta antimanicomial aponta para a reforma psiquiátrica, mas não se restringe a reforma psiquiátrica.” (P7_BR)</p>
<p>(Lei Nº10.216/2001)</p>	<p>“...início do ano de 2000, com o avanço da dimensão jurídico-política e legislativa do campo da saúde mental. Em que a gente tem as portarias, a lei nº10.216 de 2001, que fortalece esse percurso, porque primeiro a gente tem as experiências e depois as portarias né. As normas, elas são fundamentais...” (P1_BR)</p> <p>“Eu acho que foi a institucionalização mesmo, a partir da lei nº10.216/01. Eu acho que a lei é um marco que permitiu que a gente criasse os serviços de atenção psicossocial. Acho que a existência dos Centros de Atenção Psicossocial, das residências terapêuticas, que são muito importantes para a gente, em relação a moradia, a retirar as pessoas que estão em longa internação. E a constituição de uma rede, foi se configurando lá a partir da primeira década dos anos 2000... então acho que esse é o marco para a reforma. Com todos os problemas que a gente pode apontar na lei também - tem vários problemas -, eu acho que, em termos de marco, foi mais importante para a tarefa de desinstitucionalização” (P3_BR)</p> <p>“...pensar, por exemplo, na lei nº10.216/01. Sem dúvida é um marco na trajetória da luta antimanicomial, um marco super importante, é considerada a lei da reforma psiquiátrica brasileira. Uma referência fundamental para a construção das políticas de saúde mental a partir desse momento. Com certeza é fruto de um processo de luta, aliás, é isso, ela incontornavelmente, inegavelmente é fruto de um processo de luta.” (P5_BR)</p> <p>“...a lei nº10.216/01, porque isso virou uma referência mundial de termos uma lei própria da reforma psiquiátrica brasileira, e que tem como foco justamente o processo de desinstitucionalização, da garantia de direitos dos usuários, com essa perspectiva de cidadania...tudo é baseado na lei. É a lei que dá todo o ordenamento para fechar os leitos, fechar os hospitais, estimular a criação dos CAPS nos lugares” (P7_BR)</p>
<p>(Mudanças ideológicas)</p>	<p>“Tentar quebrar com essa imagem da ‘loucura’, do ‘louco’, do ‘drogado’. Quebrar essa imagem socialmente e historicamente construída que sinoniza com perigo, como indivíduos controláveis que justifica aprisioná-los, segregá-los, manicomializá-los, matá-los e por aí vai. Então eu acho que, de fato, isso pode ser, também, considerado como um avanço, como uma das conquistas desse movimento, dessa auto-organização, dessa disputa das ideologias, não só das políticas, mas dos fundamentos, da dimensão ontológica, epistemológica, das técnicas...” (P2_BR)</p>
<p>(Abertura/renovação de serviços)</p>	<p>“Uma experiência importante, a maior rede de saúde mental do mundo. Hoje a gente está batendo 3000 serviços, ou seja, 3000 CAPS...as normas, elas são fundamentais, o programa de Volta a Casa, o estabelecimento dos CAPS, as Residências Terapêuticas...” (P1_BR)</p> <p>“A gente poderia falar da própria rede de atenção psicossocial, da configuração de uma proposta de uma rede substitutiva ao manicômio com vários níveis de atenção e dispositivos...” (P2_BR)</p> <p>“Acho que a existência dos Centros de Atenção Psicossocial, das residências terapêuticas, que são muito importantes para a gente, em relação a moradia, a retirar as pessoas que estão em longa internação. E a constituição de uma rede...” (P3_BR)</p> <p>“Então, para mim, foi o contexto de abertura de serviços substitutivos, de serviços tipo o CAPS, que foram, acho que, a maior conquista do movimento antimanicomial no Brasil” (P4_BR)</p> <p>“Acho que também na trajetória antimanicomial a gente pôde perceber um conjunto de metamorfoses, de mudanças muito importantes para a gente chegar no hoje. O que a gente produziu no campo da saúde mental? Muita coisa foi produzida, com certeza. A gente teve uma redução substancial do número de leitos, fechamento de hospitais psiquiátricos, toda uma rede substitutiva de serviços, CAPS, serviços assistenciais” (P5_BR)</p>
<p>Desafios e contradições</p>	<p>“...atores que outrora construíram o movimento de base foram, também, para outras frentes e aí... muito limitados porque quando você está na gestão, você sai do movimento social né. Se você vai para a universidade, você ocupa ali outros espaços de liderança... então o movimento social também foi ficando esvaziado” (P1_BR)</p> <p>“...um problema muito grave que a gente tem tido no desenvolvimento da luta que é... a partir de determinados governos, na qual isso teve um impulso sobretudo na reforma psiquiátrica, a gente ter achado que a via institucional era a única e exclusiva via de atuação, inclusive como movimento. Então houve um processo de entrada nas franjas, no aparato estatal, por integrantes e militantes do movimento, só que este processo acabou resultando em um grave problema e lacuna que a gente, de certa forma, minimizou e desconsiderou a via não institucional. A condição enquanto movimento social que tensiona e critica o próprio estado...então é um movimento que já foi mais forte, evidentemente, né? Que já teve uma organização com maior capacidade de transformação não substantiva, mas de modificação</p>

de elementos fundamentais do próprio campo, das políticas da sua realidade...a gente não só está fragmentado, a gente está enfraquecido, né? A gente vive numa conjuntura, numa correlação de forças que é cada vez menos favorável...a nossa capacidade organizativa e de incidência, de transformação da realidade está enfraquecida. Tanto que o grosso da nossa luta hoje em dia são lutas defensiva. A gente não está no movimento ofensivo. É para garantir um pouco de direito, para tentar reduzir dano em um monte de ataque que está recebendo, é uma luta de reação e defensiva...a segunda coisa que eu quero frisar é... como que o movimento ficou auto orientado. Ele ficou endógeno. Se a gente for pegar, por exemplo, o Manifesto de Bauru, a gente vai ver o quê? ‘O movimento dos trabalhadores contra a exploração, contra a opressão, reforma agrária, o movimento antimanicomial tem que juntar com a galera, com geral. Isso está na gênese do movimento. A gente foi perdendo isso... foi ficando endógeno dentro do campo da saúde mental...’ (P2_BR)

“...essa coisa de a força estar em todo o movimento, consegue ocupar esses espaços, do poder público do controle social e do chamamento público, as conferências e tal... para fazer a população entender que luta é essa, porque que a gente existe, do que estamos nos defendendo né... a incidência das forças do movimento nas diferentes esferas do Estado, a infiltração no Estado né. Mas sem perder de vista a sua própria força, porque eu acho, também, que a gente passou por momentos enquanto movimento social de enfraquecimento, de desarticulação do movimento e isso normalmente acontece quando a gente tá dentro do governo, aí a gente tende a acomodar... acho que a gente nunca deixou de estar na luta, de gritar, de produzir, de se organizar, eu acho que a gente é um movimento social organizado, mas a gente teve muitas perdas, né, nesses últimos oito anos, das conquistas que a gente teve desde 2001, né, a partir da institucionalização da lei nº10.216, Talvez um pouco antes, né?” (P3_BR)

“Acho que também na trajetória antimanicomial a gente pôde perceber um conjunto de metamorfoses, de mudanças muito importantes para a gente chegar no hoje ...mas com muitas contradições, também, nesse caminho...a gente tem, por outro lado, um movimento social absolutamente desmobilizado, enfraquecido, com capacidade muito reduzida de incidência sobre os movimentos das políticas...que mesmo que avançou, em termos da reforma psiquiátrica, estes avanços não se deram sem inúmeras contradições. Muitas delas, inclusive, estão sendo reposicionadas e fortalecidas nos marcos da contrarreforma psiquiátrica...então, aquele projeto de transformação que estava expresso ali no lema “por uma sociedade sem manicômios”, como uma consigna de um conjunto de mudanças, de um conjunto de transformações da sociedade acabou muito reduzido, digamos assim, no lugar de uma mudança estrutural, de uma mudança profunda, uma mudança dentro da política de saúde mental. A construção de uma política de saúde mental, a criação de uma política de saúde mental. Não era isso, né? Acabar com os manicômios não se reduzia a criar serviços, né? Assim como não era possível ter saúde no capitalismo. A Saúde que a gente queria, que a gente defendia, não era possível na sociedade capitalista. Porque saúde, incluindo saúde mental, é condição de moradia, é condição de saneamento, é acesso à educação, é a possibilidade de uma alimentação saudável. Não é possível você ter saúde e saúde mental em condições de vida completamente degradadas. Enfim... talvez o efeito mais dramático dessa trajetória eu acho que é esse, é justamente essa perda da força da luta antimanicomial” (P5_BR)

“...falar em barreira acaba isolando, retirando um pouco essa processualidade. Porque esses entraves, esses impedimentos, essas barreiras, se a gente quiser chamar assim, elas foram parte mesmo do próprio movimento, desse fluxo, desse processo. Por isso que eu acho sempre fundamental caracterizar como um avanço contraditório...as direções são múltiplas, elas não se dão num sentido único... conciliar os interesses da luta antimanicomial com as necessidades do desenvolvimento capitalista. Então, ela não é uma barreira...é uma condição para esse projeto. É dentro desse horizonte de não rompimento com a ordem capitalista...foi a forma possível de se favor...a gente poderia ter avançado um pouquinho mais, mesmo fora de uma perspectiva revolucionária... a fragilização é um entrave ao avanço do movimento, uma barreira para as coisas seguirem avançando, só que é, também, uma consequência desse avanço, da forma como o movimento se colocou em marcha na sua história. Dessa escolha exclusiva por ocupar os espaços do Estado... porque, a partir de um determinado momento, é isso que acontece, os dirigentes do movimento, as lideranças todas do movimento, passam a ocupar postos ali. Seja no aparelho de Estado, seja na academia, já numa posição um pouco diferente, com um pouco mais de independência em relação à política, mas uma independência relativa também. Porque a academia sempre teve presente, de certa forma, na direção, na construção da direção, da gestão, da política pública... isso foi sendo acompanhado, cada vez mais, por um processo de abandono dos espaços de militância propriamente, dos espaços de maior independência. Enfim, a luta contra os manicômios, é uma luta por uma outra sociedade, pela construção de uma outra sociedade. Vai ser através do Estado, exclusivamente? Eu acho que essa é uma das grandes questões para mim” (P5_BR).

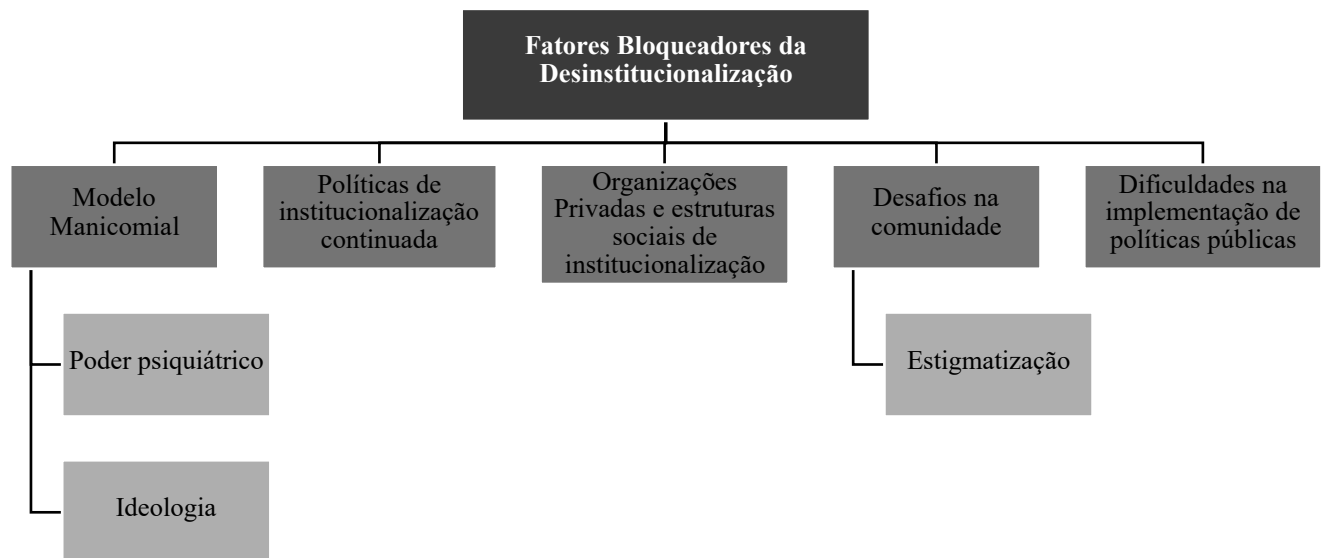
“Ele não é mais o clássico movimento da luta antimanicomial, que era o único movimento...são movimentos, né? Então, isso é uma decorrência, inclusive, do processo democrático. A gente se unificava para o enfrentamento do Estado. Então, a gente já conseguiu enfrentar o Estado, garantiu democracia, política pública, cidadania...hoje, os movimentos são muito mais plurais, pulverizados. Isso tem a ver com a socialidade neoliberal, também. Os rachas são muito mais de acordo com o individual do que com o coletivo...a gente tem um processo muito grande, de potência ainda. A conferência revelou isso. Mas não da forma que era. Tem a garra, mas não é a mesma garra. Tem potência, mas não é a mesma potência...do ponto de vista da estrutura do Estado, você tem pouca participação política dos setores, dos movimentos relacionados à luta antimanicomial nos conselhos locais, municipais, nacionais de saúde. Você vê essa fragilidade” (P7_BR)

5.2. Fatores Bloqueadores da Desinstitucionalização

Os “*Fatores Bloqueadores da Desinstitucionalização*” (ver Tabela 4) aborda os principais entraves para o avanço deste processo. Observou-se que estas barreiras estão interligadas e contribuem para a manutenção da lógica manicomial, dificultando a adoção eficaz das práticas voltadas para a integração na comunidade. A seguir serão apresentados os cinco temas que surgiram a partir deste domínio.

Figura 4

Fatores Bloqueadores da Desinstitucionalização



Modelo Manicomial

O tema “Modelo Manicomial” foi o primeiro criado para elucidar os aspectos dessa lógica, bem como, entender a persistência das suas práticas. Observou-se que o modelo manicomial é um conjunto de expressões que atravessam a instituição psiquiátrica e suas técnicas, bem como a visão que a sociedade tem acerca da loucura, “...porque o manicômio não é só uma instituição, um edifício, é uma lógica – a lógica asilar manicomial – que se expressa de maneira mais evidenciada nessas instituições, mas não só.” (P2), “...a lógica manicomial é uma estrutura. Então, nesse sentido, essas expressões de opressão, elas também são frutos da mesma estrutura.” (P7).

Para discutir as questões referentes à psiquiatria e suas práticas, criou-se o subtema “*Poder psiquiátrico*”. Os participantes apontam para as barreiras que a psiquiatria coloca quando não é uma aliada ao modelo de desinstitucionalização, representado uma força e saber

clássico ainda muito forte e enraizado na sociedade, sendo este um dos principais obstáculos colocados, “...o poder psiquiátrico, ele ainda é muito grande...ele é o principal entrave porque ele domina as mentalidades das pessoas...tem uma força que nasce de um saber, que é o saber psiquiátrico, mas cujos exercícios de poder vão muito além... porque ele se dissemina na vida social e gerencia a vida das pessoas a partir de diferentes dispositivos de controle da vida. E isso a gente vai ver, a partir dos dispositivos de mídia, que vão mostrar assim, por exemplo, ‘vai mostrar uma depressão, qual a solução para a depressão?’ É o medicamento. Aí mostra a esquizofrenia, ‘qual é a solução para a esquizofrenia?’ É o internamento...isso vai se aliando e vai se refinando e vai ganhando novos movimentos, novas formas de controle que vão se aliando a forças conservadoras da sociedade... a psiquiatria nunca deixou de ser um tratamento moral, mas ela se alia muito forte às reações religiosas, ao componente da moralidade cristã que vai se reinventando nesses contextos...” (P3_BR), “só que há sempre uma força muito grande do que é chamado modelo médico, de ver a doença mental, que cria anticorpos para que este movimento da cidadania aconteça. Portanto, quando nós vemos a doença mental sob o olhar de um modelo médico, o que nós estamos a fazer é dizer que aquela pessoa individualmente tem um problema, que é um problema individual e que está estragado, e que precisa de ser arranjado...não posso generalizar e dizer que todos os médicos são maus. Mas este poder da psiquiatria está muito instituído. Quem é que coordena as políticas nacionais? A psiquiatria. Quem é que coordena os hospitais psiquiátricos? A psiquiatria. Quem é que coordena os financiamentos, muitas vezes para as respostas sociais que tentam ser independentes? A psiquiatria. Portanto, o foco do poder está todo centrado e por isso há uma pressão muito grande e as pessoas não conseguem evoluir num movimento que venha lutar mais pela cidadania como nos outros movimentos” (P8_PT).

Outro subtema formado foi a “*ideologia*”, que se associa ao conjunto de ideias que sustentam os discursos e ideias em torno da loucura e seu tratamento, “então a própria ideologia acerca do louco, o imaginário social do louco como perigoso, como inimigo interno, ela se plasma e nisso ela ganha força...” (P2_BR).

Políticas de institucionalização continuada

Este tema diz respeito ao incentivo ou fortalecimento das políticas voltadas para a institucionalização, que vão depender do cenário político mais amplo. No Brasil, essas políticas se intensificaram em 2015, “a partir do golpe parlamentar contra a presidenta Dilma Rousseff até o final da era Bolsonaro. Um momento que diz respeito ao ataque direto às políticas de reforma psiquiátrica. E aí, com o fim do processo de desinstitucionalização. Você tem um ataque

direto à proposta de desinstitucionalização e a retomada, do incentivo da eletroconvulsoterapia, a expansão dos leitos em hospitais psiquiátricos, as internações de crianças e adolescentes, o crescimento de comunidades terapêuticas enquanto estratégia. Então, ao precarizar e atacar os CAPS, as Residências Terapêuticas, o Programa De Volta Para Casa. Tem-se um impacto direto na proposta de desinstitucionalização.” (P1).

Em Portugal, os entrevistados apontam que, apesar das legislações que apontarem para a desinstitucionalização, esta prática não tem avançado, “havia sempre esta promessa que à medida que vão encerrando as estruturas hospitalares, psiquiátricas, o dinheiro vai ser canalizado para criar alternativas na comunidade. Isto não tem acontecido desta forma, isto é o fenómeno da transinstitucionalização...e Portugal, o movimento pró-institucionalização é muito, até é muito forte, está muito bem localizado, financeiramente tem muita força, acaba a ser sempre uma luta sem glória de tentativa de mudança.” (P8)

Organizações privadas e estruturas sociais de institucionalização

Ao serem abordados os aspectos que colocam entraves para o processo de desinstitucionalização, observou-se que existe um interesse financeiro ainda muito forte que mantém esses entraves. “a institucionalização é uma coisa atrativa financeiramente, portanto acabam por estruturas privadas estarem a abrir para poderem albergar, aproveitar... ‘ok, não há respostas na comunidade para as pessoas que estão institucionalizadas, então vamos criar aqui um grande centro de 70 e tal camas privado do hospital, que é pago, mas os seguros já cobram este’, então acaba por ser mais uma forma, a privatização é também um risco à desinstitucionalização.” (P8). Nesse sentido, criou-se o tema “Organizações privadas e estruturas sociais de institucionalização”. No Brasil, as organizações privadas mais citadas foram as Comunidades Terapêuticas, “...e essa questão da indústria da loucura, das organizações privadas, das instituições médicas e evangélicas, elas lucram com a questão das comunidades terapêuticas. E isso vira um problema, isso é um problema muito grande para a gente, porque mesmo que a gente tensione, como legalmente ainda é possível a existência delas, torna-se um problema ainda mais difícil” (P4), “...temos também aí, como se aborda em outras perguntas, novos manicômios que estão surgindo com roupagens diferentes. As comunidades terapêuticas são novos manicômios” (P5).

Em Portugal, foi o movimento das famílias que se destacou como organizações ligadas às ordens religiosas e cujo interesse é a institucionalização das pessoas diagnosticadas com doença mental em hospitais psiquiátricos ou outras instituições de carácter asilar: “Depois tem

o movimento das famílias, que é um movimento um bocadinho esquisito em Portugal. Porque é um movimento de famílias que fazem parte das ordens religiosas. Portanto, aquilo que estas famílias defendem é a institucionalização, é mais medicalização, é mais intervenção neste sentido e não defendem aquilo que as próprias pessoas com doença mental apelam, como é o caso de viverem de forma independente, de estarem incluídas na sociedade, de quererem um emprego no mercado normal de trabalho, de estudarem nas universidades, participarem na sociedade como qualquer outra pessoa...portanto aquilo que eles defendem é institucionalização, é mais medicalização, não é como nas outras organizações familiares que defendem aquilo que as pessoas defendem, uma vida independente, a inclusão, mais direitos, mais apoios. Não, estes defendem a institucionalização, que é um bocado contraditório em relação ao panorama geral do que são as associações familiares, mais ou menos.” (P8)

Desafios na comunidade

Os “Desafios na comunidade” é um tema que abrange as dificuldades territoriais encontradas na integração social das pessoas com doença mental, “...era um desafio, pois era muito mais do que lidar com moradores. Eles tinham e traziam as suas questões. Mas tinha a ver com a estrutura do serviço, por exemplo, a própria inclusão dos serviços nos territórios, em bairros de classe média. As pessoas têm muito preconceito. Então não é só retirar essas pessoas do hospital, mas também ver como funciona os desafios no território, os desafios com a equipe que vai atuar no território, os desafios com os vizinhos, né” (P1).

Em Portugal, o acesso a estes serviços comunitários em cidades do interior também surgiu como um desafio “...começam a surgir as primeiras respostas comunitárias para trabalhar com as pessoas e com as famílias estas questões de inclusão, mas como é que nós podemos trabalhar inclusão quando não há uma rede de transportes públicos, quando não há uma resposta criada, quando não há serviços de saúde acessíveis a todos, para uma consulta as pessoas têm que andar 300 e 400 quilômetros. Pode haver políticas de saúde mental muito bem pensadas e desenhadas, mas efetivamente a acessibilidade a elas não é igual em todo o país.” (P10). Sendo que, no Brasil, isso também apareceu nos resultados dos desafios enfrentados no tema “Movimentos Sociais, organizações comunitárias e sociedade civil”.

Adicionalmente, o medo também surgiu como um desafio enfrentado, “... as pessoas têm medo de falar, as pessoas com experiência de doença mental têm medo de falar do médico, têm medo de falar das coisas, das práticas coercivas de que foram alvo, têm medo de repercussões, têm medo de serem internadas novamente” (P8).

Outro fator que estabelece desafios está relacionado com o subtema “*estigmatização*”. O estigma acerca do “louco” e da “loucura” oferece, segundo os participantes, muitos obstáculos frente à integração comunitária, “A própria imagem, a deterioração do manicômio na vida das pessoas, né? Impacta visualmente. E é um processo de retomada do cuidado de si. Essa relação entre uma sociedade que reproduz modelos ideais de humano, essas pessoas, elas não podem estar em determinados espaços, determinadas moradias, elas representam feiura, elas representam o medo. Então isso também aparecia bastante, né? E essa construção do processo de coletividade de territorial também era um desafio em determinados bairros” (P1). Sendo que, este estigma atravessa as famílias e conhecidos ou os próprios indivíduos diagnosticados com algum tipo de doença mental, “...ainda há muita vergonha em assumir que há um ente querido, que é meu marido, meu irmão, eu mesma tenho essa questão e como é que eu lido com ela?” (P10).

Dificuldades na implementação de políticas públicas

Por fim, foi criado o tema “Dificuldades na implementação de políticas públicas” para discutir a fragilidade imposta sob as políticas de desinstitucionalização. No Brasil, estas dificuldades foram consideradas como resultado da ofensiva dos últimos governos e de ações neoliberais, “...e se a gente tem uma retração das forças democráticas, as forças de direita estarão sempre contra a reforma psiquiátrica. Não interessa ao liberalismo uma reforma, não é? Não interessa uma partilha dos bens e dos direitos nem um acesso aos direitos amplos, né? Não interessa a quem defende o liberalismo e o modelo neoliberal. A direita avança e sempre que ela avança a gente tem perdas” (P3), complementa-se que “...esse é o grande problema do país, né?...a gente ainda tem uma onda muito forte conservadora. A gente está num governo de coalizão, então está sendo super difícil avançar em algumas pautas.” (P6). Nesse sentido, a desinstitucionalização foi colocada como dependente da agenda de interesse dos governos: “Esse governo de frente amplíssima que precisou ser composto em nome do enfrentamento ao fascismo, ao enfrentamento da extrema direita, ele coloca limites muito grandes também às possibilidades que a gente tem hoje de se fazer garantir os interesses da classe trabalhadora. Uma política de garantia de direitos, de avanço das políticas sociais e das políticas públicas. Nesse sentido, é claro que isso vai impactar também as políticas de saúde mental. Por outro lado, como isso deixa muito evidente como não se trata de ter ou não ter dinheiro, mas qual é a agenda, quais são os interesses que vão ser atendidos. Não tem faltado dinheiro para as comunidades terapêuticas” (P5).

Tanto em Portugal, quanto no Brasil, há leis que direcionam para a desinstitucionalização, entretanto, há poucos recursos para que isso, de fato, se realize “um dos fatores críticos é esse. Não tem sustentação política, apesar de um projeto ser colocado como lei. Não tem recursos. Não tem financiamento. Não tem equipe capacitada. É um conjunto de fatores” (P7), “...no nosso país tivemos, desde os anos 90, sobretudo uma política mais orientada para a desinstitucionalização e a prestação dos serviços na comunidade. Não progrediu muito nalguns processos. Em termos das políticas públicas, não progrediu muito e é sempre tudo muito complicado por causa dos poderes e quem é que pode o quê, quem manda mais e pronto...e aqueles que aparecem a contrariar essa visão são sempre sentidos como uma ameaça àquilo que está instituído. E, portanto, as políticas internacionais, as orientações da OMS etc., encaminham nesse sentido. Portanto, é óbvio que os países têm que pôr isso nas suas leis. Mas uma coisa é pôr nas leis, outra coisa depois é praticar” (P9).

Adicionalmente, “[em Portugal] a política atual, isto é um ninho. Estamos aqui, que o despacho que em 98 foi criado para legalizar as respostas na comunidade que estavam a ser surgidas foi congelado, foi substituído, ou querem que seja substituído pela criação da rede nacional de cuidados continuados, mas a rede – as respostas como estão criadas – não fazem sentido e, para as instituições, a grande maioria estão a ser um buraco financeiro” (P10).

A partir da análise dos dados recolhidos, foi possível perceber que ambos os países enfrentam dificuldades em pôr em práticas os projetos de desinstitucionalização, sendo essas dificuldades atravessadas por diversos fatores. Relativamente aos movimentos sociais, estes se mostraram essenciais para promover mudanças em torno das políticas públicas de saúde mental.

Tabela 4*Fatores Bloqueadores da Desinstitucionalização*

Fatores bloqueadores	Excertos de participantes
Modelo manicomial	<p>“Então essas minhas experiências de acompanhar o processo de formação me mostra outros desafios ali colocados. O quanto que é angustiante estar no manicômio. Enquanto operador ver o processo de... de destruição do outro na internação, aquele corpo está ali e está sofrendo os efeitos diretos do manicômio... uma das coisas que a gente vem trabalhando é como essa desinstitucionalização precisa estar no estado de uma outra forma. Hoje nós temos diversas novas formas de institucionalização” (P1_BR)</p> <p>“...porque o manicômio não é só uma instituição, um edifício, é uma lógica – a lógica asilar manicomial – que se expressa de maneira mais evidenciada nessas instituições, mas não só.” (P2_BR)</p> <p>“...a lógica manicomial é uma estrutura. Então, nesse sentido, essas expressões de opressão, elas também são frutos da mesma estrutura.” (P7)</p> <p>“...tudo o que são as outras formas de institucionalização, ou seja, hospitais psiquiátricos, ordens religiosas, grandes instituições, empregos protegidos, ou seja, as firmas sociais sobre pessoas com doença mental, associações com grande número, em que as rotinas acontecem para todos, em que é exercido um poder e um controle sobre as pessoas, em que as pessoas não são tratadas como qualquer outro cidadão, são uma forma de institucionalização e não devem existir. Porque são formas de controle, não são formas de aumentar a participação e a inclusão das pessoas.” (P8_PT)</p>
(Poder psiquiátrico)	<p>“Eu acho que a gente tem alguns fatores importantes. O primeiro é o lobby e a força política da medicina, da psiquiatria. Eles têm um corporativismo muito forte e eles jogam com isso o tempo inteiro, né?...quando a psiquiatria não é uma aliada, dificulta muito o trabalho de desinstitucionalização, porque a gente vai em uma direção e eles desfazem. A gente faz a coisa e eles desfazem...o poder psiquiátrico, ele ainda é muito grande. Ele é o principal entrave. E ele é o principal entrave porque ele domina as mentalidades das pessoas...tem uma força que nasce de um saber, que é o saber psiquiátrico, mas cujos exercícios de poder vão muito além desse saber psiquiátrico, porque ele se dissemina na vida social e gerencia a vida das pessoas a partir de diferentes dispositivos de controle da vida. E isso a gente vai ver, a partir dos dispositivos de mídia, que vão mostrar assim, por exemplo, ‘vai mostrar uma depressão, qual a solução para a depressão?’ É o medicamento. Aí mostra a esquizofrenia, ‘qual é a solução para a esquizofrenia?’ É o internamento. ‘A solução para as drogas?’ é o internamento. Isso vai se aliando e vai se refinando e vai ganhando novos movimentos, novas formas de controle que vão se aliando a forças conservadoras da sociedade...a psiquiatria nunca deixou de ser um tratamento moral, mas ela se alia muito forte às reações religiosas, ao componente da moralidade cristã que vai se reinventando nesses contextos...essas formas de entendimento a esse saber ganhando força.” (P3_BR)</p> <p>“Olha, eu acho que a gente tem no Brasil, a meu ver, uma formação médica ainda muito tradicional, muito vinculada a uma clínica psicopatológica da doença mental, do estigma. E tem, ao mesmo tempo, um movimento que é de formação e um movimento político da Associação Brasileira de Psiquiatria...então, eu acredito que, relativamente às barreiras que impediram, tem a questão da formação médica, a formação médica mais tradicional, a formação da psiquiatria são barreiras importantes...a psiquiatria, a Associação Brasileira de Psiquiatria e as organizações médicas elas pressionam pelo financiamento dos hospitais psiquiátricos” (P4_BR)</p> <p>“Só que há sempre uma força muito grande do que é chamado modelo médico, de ver a doença mental, que cria anticorpos para que este movimento da cidadania aconteça. Portanto, quando nós vemos a doença mental sob o olhar de um modelo médico, o que nós estamos a fazer é dizer que aquela pessoa individualmente tem um problema, que é um problema individual e que está estragado, e que precisa de ser arranjado...não posso generalizar e dizer que todos os médicos são maus. Mas este poder da psiquiatria está muito instituído. Quem é que coordena as políticas nacionais? A psiquiatria. Quem é que coordena os hospitais psiquiátricos? A psiquiatria. Quem é que coordena os financiamentos, muitas vezes para as respostas sociais que tentam ser independentes? A psiquiatria. Portanto, o foco do poder está todo centrado e por isso há uma pressão muito grande e as pessoas não conseguem evoluir num movimento que venha lutar mais pela cidadania como nos outros movimentos.” (P8_PT)</p> <p>“Porque, não é que sempre naquela lógica, mas o controle tem que ser sempre do médico, do modelo médico, no modelo psiquiátrico, aí foi o poder dos enfermeiros especialistas, se eles controlam os cuidados continuados, porque já controlavam os cuidados continuados da saúde física e fizeram à semelhança, respostas parecidas para a saúde mental. Porque obrigam que haja um enfermeiro especialista nas equipas.” (P9_PT)</p>

(Ideologia)	<p>“...Clóvis Moura vai tratar num livro seu chamado ‘O Negro, de bom escravo a mau cidadão?’ a gente pode trocar “mau cidadão” por ‘traficante’, ‘louco’, ‘drogado’, reticências, reticências, reticências. Então a própria ideologia acerca do louco, o imaginário social do louco como perigoso, como inimigo interno, ela se plasma e nisso ela ganha força. Porque esse processo de negação, de humanidade, de desumanização ele é continuidade de um contínuo de uma série de negações de desumanização que remete a nossa estrutura social, racista, de classe, machista, sexista, LGBQIAPN+fóbica. E essas estruturas ditam qual o modo de socialidade qual o modo de produção.” (P2_BR)</p> <p>“E essas representações socioculturais circulantes que a gente precisa ir desfazendo sempre que possível e ir falando sobre isso com as pessoas porque... isso é muito forte, né? As pessoas têm uma crença muito grande no hospital psiquiátrico como espaço de cuidado, acham que só ali que é possível. E isso é muito dominante ainda, muito hegemônico” (P3_BR)</p>
Políticas de institucionalização continuada	<p>“A partir do golpe parlamentar contra a presidenta Dilma Rousseff até o final da era Bolsonaro. Um momento que diz respeito ao ataque direto às políticas de reforma psiquiátrica. E aí, com o fim do processo de desinstitucionalização. Você tem um ataque direto à proposta de desinstitucionalização e a retomada, do incentivo da eletroconvulsoterapia, a expansão dos leitos em hospitais psiquiátricos, as internações de crianças e adolescentes, o crescimento de comunidades terapêuticas enquanto estratégia. Então, ao precarizar e atacar os CAPS, as Residências Terapêuticas, o Programa De Volta Para Casa. Tem-se um impacto direto na proposta de desinstitucionalização.” (P1_BR)</p> <p>“Tem um recorte importante que acontece no ano de 2015, durante o Governo Dilma, que colocaram o Valencius Wurch para ser coordenador da Saúde Mental dentro do Ministério da Saúde. Muitas pessoas vão falar que a contrarreforma começou depois do golpe contra o Governo Dilma. Não que estejam errados, mas eu digo que não, para mim, a gente pode estabelecer um ponto de corte da contrarreforma com essa eleição do Wurch [coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas]. Para quem não sabe, ele foi o diretor de um dos principais manicômios do Brasil que é a Casa Dr. Eiras em Paracambi, é um dos maiores da América Latina e, em determinado momento, chegou a ser o maior da América Latina. O Valencius Wurch tinha posicionamentos históricos contra a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial...e aí no governo Temer nós temos um recrudescimento do que – no governo Bolsonaro ainda mais, em termos de velocidade, intensidade e volume até então não vistos – do que constitui isso que a gente tem chamado de contrarreforma psiquiátrica” (P2_BR)</p> <p>“Se eu pudesse sintetizar aqui para você, é que ela [contrarreforma psiquiátrica] é um conjunto de retrocessos que se põe a negar os próprios avanços da reforma psiquiátrica e podem ser sintetizados da seguinte forma: é um mix de remanicomialização ou, no caso de “retorno do que nunca deixou de ir”, mercantilização e privatização das políticas em conjunto com um amplo processo de desmonte e de contingenciamento orçamentário das políticas sociais, maiormente o SUS, e que não sendo suficiente, traz consigo e anda de mãos dadas com essa ofensiva conservadora e fundamentalista. É assim que eu caracterizo a contrarreforma psiquiátrica. Ela é hoje hegemônica. Ela é hegemônica no campo da saúde mental, álcool e outras drogas como eu mencionei. Tendo como carro chefe o campo do álcool e outras drogas e de maneira mais específica as ditas comunidades terapêuticas que não são nem comunitárias, não são nem comunidade e muito menos terapêuticas. Como o próprio Basaglia aponta: são instituições de violência. Assim como qualquer manicômio” (P2_BR)</p> <p>“...outra barreira importante é a questão da política de drogas, que aí tem a questão da bancada evangélica que é muito forte no Congresso e aí pressiona para a abertura de comunidades terapêuticas e financiamento das comunidades terapêuticas. Hoje no Brasil a gente tem um avanço muito grande, na verdade que já vem há algum tempo nesses últimos anos, do financiamento das comunidades terapêuticas e a gente está lidando com essa questão agora” (P4_BR)</p> <p>“Havia sempre esta promessa que à medida que vão encerrando as estruturas hospitalares, psiquiátricas, o dinheiro vai ser canalizado para criar alternativas na comunidade. Isto não tem acontecido desta forma, isto é o fenômeno da transinstitucionalização...e Portugal, o movimento pró-institucionalização é muito, até é muito forte, está muito bem localizado, financeiramente tem muita força, acaba a ser sempre uma luta sem glória de tentativa de mudança.” (P8_PT)</p>
Organizações privadas e estruturas sociais de institucionalização	<p>“Mas existem hoje, por exemplo, residências terapêuticas e CAPS privados, vinculados a planos de saúde, o que foge um pouco do viés de controle direto do departamento que gerencia a política pública e exige uma maior fiscalização para que não se reproduza uma lógica manicomial.” (P1_BR)</p> <p>“A gente pode falar da tentativa desse fechamento lento e gradual, não suficiente e não por inteiro, dos próprios hospitais psiquiátricos. Tanto que, a gente fala hoje em dia do “retorno do que não foi”, né? Que é a remanicomialização, que têm em álcool e outras drogas o seu carro chefe sobretudo via comunidades terapêuticas. Esses novos velhos manicômios que a gente tem vivenciado, vivido, ganhando cada vez mais força” (P2_BR)</p> <p>“...e essa questão da indústria da loucura, das organizações privadas, das instituições médicas e evangélicas, elas lucram com a questão das comunidades terapêuticas. E isso vira um problema, isso é um problema muito grande para a gente, porque mesmo que a gente tensione, como legalmente ainda é possível a existência delas, torna-se um problema ainda mais difícil” (P4_BR)</p>

	<p>“Por exemplo, a gente teve um número muito grande de serviços criados aqui no Rio de Janeiro, vivi isso de forma muito impactante. Serviços criados sob uma gestão privatizada, completamente privatizada, através das organizações sociais da saúde. Temos também aí, como se aborda em outras perguntas, novos manicômios que estão surgindo com roupagens diferentes. As comunidades terapêuticas são novos manicômios” (P5)</p> <p>“Depois tem o movimento das famílias, que é um movimento um bocadinho esquisito em Portugal. Porque é um movimento de famílias que fazem parte das ordens religiosas. Portanto, aquilo que estas famílias defendem é a institucionalização, é mais medicação, é mais intervenção neste sentido e não defendem aquilo que as próprias pessoas com doença mental apelam, como é o caso de viverem de forma independente, de estarem incluídas na sociedade, de quererem um emprego no mercado normal de trabalho, de estudarem nas universidades, participarem na sociedade como qualquer outra pessoa...portanto aquilo que eles defendem é institucionalização, é mais medicalização, não é como nas outras organizações familiares que defendem aquilo que as pessoas defendem, uma vida independente, a inclusão, mais direitos, mais apoios. Não, estes defendem a institucionalização, que é um bocado contraditório em relação ao panorama geral do que são as associações familiares, mais ou menos.” (P8_PT)</p> <p>“A institucionalização é uma coisa atrativa financeiramente, portanto acabam por estruturas privadas estarem a abrir para poderem albergar, aproveitar... ‘ok, não há respostas na comunidade para as pessoas que estão institucionalizadas, então vamos criar aqui um grande centro de 70 e tal camas privado do hospital, que é pago mas os seguros já cobram este’, então acaba por ser mais uma forma, a privatização é também um risco à desinstitucionalização.” (P8_PT)</p> <p>“[as associações de famílias] defendem uma visão de se calhar muito mais protecionista, e que “os nossos familiares têm que estar em contextos e têm que ser protegidos”, e que não acreditam muito na inclusão profissional, ou na maioria. E, portanto, nós tínhamos sempre uma certa divergência em relação a isso.” (P9_PT)</p>
Desafios na comunidade	<p>“Então, essa nova faceta era um desafio, pois era muito mais do que lidar com moradores. Eles tinham e traziam as suas questões. Mas tinha a ver com a estrutura do serviço, por exemplo, a própria inclusão dos serviços nos territórios, em bairros de classe média. As pessoas têm muito preconceito. Então não é só retirar essas pessoas do hospital, mas também ver como funciona os desafios no território, os desafios com a equipe que vai atuar no território, os desafios com os vizinhos, né” (P1_BR)</p> <p>“O movimento das pessoas com doença mental em Portugal não está tão evoluído porque tem uma repressão e uma opressão muito grande, tem um poder e um controle sobre as pessoas muito grande. As pessoas têm medo de falar, as pessoas com experiência de doença mental têm medo de falar do médico, têm medo de falar das coisas, das práticas coercivas de que foram alvo, têm medo de repercussões, têm medo de serem internadas novamente.” (P8_PT)</p> <p>“...começam a surgir as primeiras respostas comunitárias para trabalhar com as pessoas e com as famílias estas questões de inclusão, mas como é que nós podemos trabalhar inclusão quando não há uma rede de transportes públicos, quando não há uma resposta criada, quando não há serviços de saúde acessíveis a todos, para uma consulta as pessoas têm que andar 300 e 400 quilômetros. Pode haver políticas de saúde mental muito bem pensadas e desenhadas, mas efetivamente a acessibilidade a elas não é igual em todo o país.” (P10_PT)</p>
(Estigmatização)	<p>“A própria imagem, a deterioração do manicômio na vida das pessoas, né? Impacta visualmente. E é um processo de retomada do cuidado de si. Essa relação entre uma sociedade que reproduz modelos ideais de humano, essas pessoas, elas não podem estar em determinados espaços, determinadas moradias, elas representam feiura, elas representam o medo. Então isso também aparecia bastante, né? E essa construção do processo de coletividade de territorial também era um desafio em determinados bairros.” (P1_BR)</p> <p>“Não ter medo de falar, não ter medo de assumir quando se tem uma patologia...quando falamos de questões de saúde mental e de saúde mental grave, ainda há muita vergonha em assumir que há um ente querido, que é meu marido, meu irmão, eu mesma tenho essa questão e como é que eu lido com ela?” (P10_PT)</p>
Dificuldades na implementação de políticas públicas	<p>“Eu acho que essa segunda década dos anos 2000, ela foi uma década de crítica, vamos dizer assim. A primeira foi de avanço, de conquista, mas de 2012 para cá foi ladeira abaixo, foi uma década crítica, a gente foi perdendo coisas. E aí o avanço conservador. Então a gente tem a ampliação de leitos psiquiátricos com aval do governo Bolsonaro, a gente tem a diminuição significativa de recursos do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Saúde na Saúde Mental, na rede de atenção psicossocial, o recurso ele é todo escoado para leito e para comunidades terapêuticas que foram institucionalizadas como parte da rede. A gente tem o avanço de um outro modelo de atenção. Então, acho que a relação do movimento com a democracia, ele é sincrônico, é sempre ao mesmo tempo. Se a gente tem um espaço democrático, a gente tem avanços na reforma e na desinstitucionalização. E se a gente tem uma retração das forças democráticas, as forças de direita estarão sempre contra a reforma psiquiátrica. Não interessa ao liberalismo uma reforma, não é? Não interessa uma partilha dos bens e dos direitos nem um acesso aos direitos amplos, né? Não interessa a quem defende o liberalismo e o modelo neoliberal. A direita avança e sempre que ela avança a gente tem perdas.” (P3_BR)</p> <p>“A gente tem, às vezes, governos que são mais conservadores, que são a favor de hospitais psiquiátricos, da abertura de leitos, e isso gera conflitos com nós da universidade com a rede de serviços de saúde mental” (P4_BR)</p>

“Esse governo de frente amplíssima que precisou ser composto em nome do enfrentamento ao fascismo, ao enfrentamento da extrema direita, ele coloca limites muito grandes também às possibilidades que a gente tem hoje de se fazer garantir os interesses da classe trabalhadora. Uma política de garantia de direitos, de avanço das políticas sociais e das políticas públicas. Nesse sentido, é claro que isso vai impactar também as políticas de saúde mental. Por outro lado, como isso deixa muito evidente como não se trata de ter ou não ter dinheiro, mas qual é a agenda, quais são os interesses que vão ser atendidos. Não tem faltado dinheiro para as comunidades terapêuticas. Via outras faixas, via outras articulações, mas não tem faltado dinheiro para as comunidades terapêuticas. Enfim, eu acho que a situação política do campo da saúde mental está inserindo dentro da situação política mais ampla, né?” (P5_BR)

“Eu acho que a grande dificuldade da gente está nesse campo político jurídico envolvendo, também, os cargos nas gestões nacionais, estaduais e municipais. E, na perspectiva de instituir coisas que permaneçam, que sejam programas, não estratégias meramente, coisas que fiquem independentemente da mudança de gestão. Esse é o grande problema do país, né?...a gente ainda tem uma onda muito forte conservadora. A gente está num governo de coalizão, então está sendo super difícil avançar em algumas pautas.” (P6_BR)

“Um dos fatores críticos é esse. Não tem sustentação política, apesar de um projeto ser colocado como lei. Não tem recursos. Não tem financiamento. Não tem equipe capacitada. É um conjunto de fatores” (P7_BR)

“Só que, neste momento em Portugal, há um movimento de ida para a comunidade, só que este movimento de ida para a comunidade é também o modelo médico a avançar. E ao mesmo tempo que este modelo médico avança para a comunidade, o que acontece é que o “modelo social”, digamos assim, vai perdendo força. Para além disso temos o regresso em força da área de neurobiociências, dos choques elétricos, das microoperações, dos chips na cabeça. Sempre nesta questão da resposta rápida, na resposta eficiente, da procura da doença mental num neurónio qualquer dentro do cérebro e não na relação...Portugal não aconteceu, não temos nenhum dia de celebração antimanicomial. Temos é espaços a abrirem para fazer arte para doentes mentais a chamar-se manicômio, por exemplo. Temos é questões privadas a abrir desinstitucionalização. Temos é, numa altura em que as recomendações internacionais, as nossas políticas dizem que vamos fazer a desinstitucionalização, ao mesmo tempo o que está a acontecer é a renovação dos hospitais psiquiátricos, novas unidades nos hospitais psiquiátricos, mais organizações privadas a abrir institucionalização, ou seja, temos mais manicômios e menos antimanicômios.” (P8_PT)

“...no nosso país tivemos, desde os anos 90, sobretudo uma política mais orientada para a desinstitucionalização e a prestação dos serviços na comunidade. Não progrediu muito nalguns processos. Em termos das políticas públicas, não progrediu muito e é sempre tudo muito complicado por causa dos poderes e quem é que pode o quê, quem manda mais e pronto...e aqueles que aparecem a contrariar essa visão são sempre sentidos como uma ameaça àquilo que está instituído. E, portanto, as políticas internacionais, as orientações da OMS etc., encaminham nesse sentido. Portanto, é óbvio que os países têm que pôr isso nas suas leis. Mas uma coisa é pôr nas leis, outra coisa depois é praticar.” (P9_PT)

“[em Portugal] a política atual, isto é um ninho. Estamos aqui, que o despacho que em 98 foi criado para legalizar as respostas na comunidade que estavam a ser surgidas foi congelado, foi substituído, ou querem que seja substituído pela criação da rede nacional de cuidados continuados, mas a rede – as respostas como estão criadas – não fazem sentido e, para as instituições, a grande maioria estão a ser um buraco financeiro” (P10_PT)

6. Discussão

Com o objetivo de abordar a desinstitucionalização no Brasil e em Portugal, bem como a trajetória do Movimento Antimanicomial e suas consequências na esfera sociopolítica da saúde mental. Os resultados alcançados a partir das entrevistas com profissionais da área apresentam uma diversidade de elementos que contribuem ou colocam entraves frente à desinstitucionalização em ambos os países. Sendo que, apesar de apresentarem legislações que visam a descentralização do cuidado nos hospitais psiquiátricos, na prática, o que se encontra são sistemas híbridos com a permanência da hegemonia do tratamento psiquiátrico.

Relativamente aos avanços e entraves da desinstitucionalização, é possível perceber que ambos fazem parte de uma ampla conjuntura política. Sendo assim, não são fatores isolados e sim aspectos que se influenciam mutuamente. Desta forma, os resultados obtidos e organizados em domínios distintos, “Fatores Potenciadores da Desinstitucionalização” e “Fatores Bloqueadores da Desinstitucionalização” serão discutidos em conjunto nesta secção.

Observou-se que em ambos os países, o apoio do Estado desempenha um papel fundamental para a desinstitucionalização. Sendo que, no Brasil, os participantes evidenciam avanços significativos quando as políticas públicas estão alinhadas com as pautas do Movimento Antimanicomial. Além disso, os participantes brasileiros associaram o avanço da desinstitucionalização com a agenda de governos progressistas, uma vez que esses governos tendem a priorizar e financiar iniciativas voltadas para o modelo comunitário:

“então, quando a gente tem prefeituras que são progressistas, que são do campo da esquerda, a gente consegue um investimento maior, consegue fazer avançar...”
(P4_BR).

Abordar o cenário de políticas públicas significa, também, abordar a disputa por modelos de sociedade e gestão Estatal, que inclui o debate em torno das políticas públicas de saúde mental (Silva & Rosa, 2014). A dependência na agenda guiada pelos interesses políticos dos governos marca uma fragilidade das políticas públicas de saúde mental brasileiras que, conforme os resultados deste estudo somados à análise da revisão de literatura, sofreram grandes ataques durante os últimos governos, conforme expressa P1 no trecho abaixo:

“...a entrada do Domingos Sávio como primeiro coordenador nacional de saúde mental, que vai pensar a forma de fechar os manicômios e redirecionar os recursos para os novos serviços substitutivos. ...em seguida...com o avanço da dimensão jurídico-política e legislativa do campo da saúde mental. Em que a gente tem as portarias, a lei nº10.216 de 2001... o programa de Volta a Casa, o estabelecimento

dos CAPS, as Residências Terapêuticas...marcando um segundo grande momento para trazer a desinstitucionalização... Acho que um terceiro momento diz respeito aos últimos anos. A partir do golpe parlamentar contra a presidenta Dilma Rousseff até o final da era Bolsonaro. Um momento que diz respeito ao ataque direto às políticas de reforma psiquiátrica...você tem um ataque direto à proposta de desinstitucionalização e a retomada, do incentivo da eletroconvulsoterapia, a expansão dos leitos em hospitais psiquiátricos, as internações de crianças e adolescentes, o crescimento de comunidades terapêuticas enquanto estratégia. Então, ao precarizar e atacar os CAPS, as Residências Terapêuticas, o Programa De Volta Para Casa... hoje, podemos dizer que vivemos um quarto momento com a Nova Era Lula e a entrada da Sônia Barros como diretora do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que é uma conquista do movimento social. A entrada de uma mulher negra, nordestina, enfermeira que rompe o paradigma médico centrado, né? E que então nós temos a retomada da reforma psiquiátrica, da expansão dos serviços e, acima de tudo, cria-se uma coordenação específica para cuidar da desinstitucionalização por um viés dos direitos humanos” (P1_BR).

Portanto, compreende-se que a situação política do campo da saúde mental não está descolada do cenário político mais amplo, mas está inserida e é influenciada por ele. Os resultados obtidos estão em linha com a literatura no que concerne o impacto das transformações políticas no país, que entre as décadas de 1990 e 2011 tiveram um efeito impulsionador da reforma psiquiátrica e desinstitucionalização e, a partir de 2015 sofreram diversos retrocessos, com os recursos sendo escoados para a ampliação de leitos psiquiátricos e organizações religiosas privadas como as Comunidades Terapêuticas, estes aspectos serão abordados novamente no decorrer desta secção.

“Eu acho que essa segunda década dos anos 2000, ela foi uma década de crítica, vamos dizer assim. A primeira foi de avanço, de conquista, mas de 2012 para cá foi ladeira abaixo, foi uma década crítica, a gente foi perdendo coisas. E aí o avanço conservador. Então a gente tem a ampliação de leitos psiquiátricos com aval do governo Bolsonaro, a gente tem a diminuição significativa de recursos do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Saúde na Saúde Mental, na rede de atenção psicossocial, o recurso ele é todo escoado para leito e para comunidades terapêuticas que foram institucionalizadas como parte da rede...” (P4_BR)

Em Portugal, a questão da agenda de interesses políticos também foi abordada pelos participantes. O país foi pioneiro na implementação de legislações que direcionassem para o modelo comunitário, entretanto enfrenta dificuldades com sua implementação e consolidação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. O trecho abaixo evidencia, também, os

limites impostos ao avanço das ações da sociedade civil e a manutenção da hegemonia do hospital psiquiátrico, estando em linha com a literatura.

“Portugal, há uma primeira lei, em 1963, à semelhança dos Estados Unidos, em plena ditadura portuguesa, que previa a criação de centros de saúde mental fora dos hospitais...portanto, isto pode ser um primeiro acto deste processo de desinstitucionalizar, pelo menos no pensamento de estrutura física, estrutura arquitetônica, e não de pensamento de práticas. E apesar de ter começado em 1963, o primeiro hospital psiquiátrico que se encerra em Portugal é em 2011... o primeiro programa em 1985 de saúde mental já trazia a influência e a palavra de desinstitucionalização, a criação das organizações sociais que eu lhe contei, foi sem dúvida um ponto fulcral para os avanços que foram dados...esta questão de mudanças de partidos e de tentativas de reformas e os partidos iam ao encontro, não iam...se o governo ia mais à direita as congregações religiosas tinham mais poder, se iam mais à esquerda os hospitais psiquiátricos, que eram estruturas públicas, continuavam a ter mais força, era dado mais força, e não era dado força a sociedade civil, que era aquela que de facto tinha estado a lutar para que houvesse uma estrutura interessante de contraponto com a institucionalização... há um plano de reestruturação que é feito em 2006, que era para a mudança, tentar-se a mudança e criar. É o plano que ainda hoje em dia se está a tentar pôr em prática” (P8_PT).

As críticas de que as políticas públicas implementadas têm sido insuficientes também é cenário comum no Brasil e em Portugal, “...há uma política que indica nesse caminho, mas tem sido feita uma desinstitucionalização que é muito escondida, que está encapsulada, porque as pessoas transitaram para grandes instituições psiquiátricas que não são públicas. E, portanto, a desinstitucionalização não foi realmente concretizada. Tem de ser mais efetiva.” (P9_PT). A observação de P9 expõe que, embora haja direções políticas que encaminham para a desinstitucionalização, a estrutura institucionalizante é mantida através de ações como a transferência dos pacientes para instituições asilares privadas, ação que caracteriza a transinstitucionalização (Ornelas, 1996). A partir de Pereira (2008, citado por Silva & Rosa, 2014), é possível compreender as políticas públicas, como um conjunto de estratégias de ação “pensada, planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva” que possui participação ativa do Estado e da sociedade. Sendo um agrupamento de ações que encaminham para a garantia dos direitos sociais por meio da intervenção do Estado em relação com diversos segmentos da sociedade. A dificuldade na implementação de políticas públicas engloba diversos fatores, incluindo as conjunturas políticas citadas acima.

Outro aspecto importante a relacionado ao papel do Estado, está na “parceria do Estado com a sociedade civil” que surgiu como ponto fundamental para a desinstitucionalização. P1 expressa isso de forma clara:

“Particularmente entendo que sem a presença da sociedade civil e das ações comunitárias, a desinstitucionalização não seria possível” (P1_BR)

Complementarmente:

“...nós só conseguimos fazer esse diálogo quando os serviços, os trabalhadores e o governo local abrem espaço para tal” (P4_BR).

Sugerindo que essa transição para o modelo comunitário requer uma ação coletiva entre o Estado e a sociedade. Nesse sentido, P9 reforça a importância das práticas que integrem os diferentes atores sociais para avançar com as mudanças necessárias:

“...nessas perspectivas, mas sobretudo a participação dos próprios nessa luta cívica e pela cidadania plena é muito importante, porque caso contrário essa desinstitucionalização nunca vai realmente acontecer, não é?” (P9_PT).

Relativamente ao tema da educação e formação profissional, os resultados estão de acordo com a literatura na importância dada à capacitação de profissionais para o trabalho no contexto comunitário, bem como, a necessidade de uma formação acadêmica que aborde criticamente a complexidade da existência humana e supere a hegemonia do ensino biomédico, sendo indispensável a produção de conhecimento científico acerca da desinstitucionalização (Scafuto, et al., 2014; Emerich, 2017). Segundo Paulo Freire (1981), “...estudar é criar e recriar é não repetir o que os outros dizem. Estudar é um dever revolucionário!”, o ato de estudar é, portanto, um ato político, de conhecimento, uma ação séria e curiosa em que se busca entender o que se observa. A partir do autor (1981), é possível analisar a prática do estudo a partir da ótica de uma ação que leva o indivíduo a compreender que, com a leitura do mundo, é possível transformá-lo e agir conscientemente. Nesse sentido, através do estudo, os profissionais se colocam na posição de quem indaga sua própria prática (Pimenta, 2021). Podemos analisar, com o trecho abaixo, a importância de olhar para o estudo e a formação profissional como um dever revolucionário para transformar a realidade da saúde mental:

“E um outro espaço de resistência é nas universidades, na formação de pessoas, na produção de pesquisas que vão criando dados e conhecimentos de como esse modelo de atenção psicossocial funciona, de como as pessoas têm resposta na vida, de como cuidar da liberdade faz diferença na vida de muita gente... também uma produção de conhecimento sobre a memória desse manicômio, da tragédia que é o hospital psiquiátrico...formação de outras pessoas, de ampliação da rede de atenção

psicossocial, de projetos de desinstitucionalização, projeto de geração de renda, que é o que as pessoas precisam para fazer a desinstitucionalização acontecer na vida delas.” (P3_BR)

Além da importância da educação e formação profissional, P3 traz a relevância do resgate histórico do manicômio e as tragédias que ele invoca. Nesse sentido, a arte, a literatura e a cultura são instrumentos que podem ampliar o entendimento acerca deste tema, para além do ambiente de produção acadêmico. A título de exemplo, podemos citar as obras de Lima Barreto “Diário do Hospício & Cemitério dos Vivos” e Austregésilo Bueno “Canto dos Malditos” que retratam a realidade dos hospitais psiquiátricos a partir das experiências vividas como pacientes. Complementarmente, conforme colocado nos resultados, P1 sublinha a importância de não isolar a educação e formação profissional no contexto acadêmico, envolvendo a comunidade, como um todo, na promoção de novos indivíduos aptos a atuar no território:

“...sair do espaço acadêmico, realizar atividade de grupo, acompanhamento, supervisão de serviços que não são especializados em saúde mental...é fundamental para nós criarmos práticas e estratégias nas experiências que possam produzir transformação, né?” (P1_BR).

P10 reforça o elemento da literacia como essencial na construção de uma sociedade consciente e apta a reivindicar seus direitos, não devendo estar limitada ao aprendizado formal nas escolas, mas sim difundida para toda a comunidade, habilitando as pessoas a se expressarem:

“...a literacia é a base de tudo...é preciso trabalhar toda a nossa comunidade, mas é preciso trabalhar as pessoas. Era o que falava há bocadinho... é como é que eu posso reivindicar os meus direitos e aquilo que eu desejo, se eu não saber que os tenho. Não é? Portanto, eu acho que a literacia, e numa linguagem acessível a todos, é o que falta. E não é só as pessoas, não é só as famílias, é toda a nossa comunidade. Literacia, dar voz, falar, não ter medo de falar...” (P10_PT)

As associações comunitárias também surgiram como importantes potenciadores da educação e formação profissional na área da desinstitucionalização, estando os resultados em linha com o apresentado na análise da literatura.

“Também um papel de formação porque eles [as organizações comunitárias] acabam repassando os saberes para os estudantes, ensinando os estudantes sobre o que é o cuidado em saúde mental, sobre o que é a mobilização política no campo da saúde mental...” (P4_BR)

Em contraponto, a ideologia e poder psiquiátrico são destacados como bases que sustentam este modelo manicomial. Acerca do modelo manicomial, os resultados do estudo trouxeram elementos que complementaram a literatura relativamente à sua definição. Este modelo é, portanto, expresso por um conjunto de ideias e estruturas que guiam os saberes e práticas em torno da loucura:

“...porque o manicômio não é só uma instituição, um edifício, é uma lógica – a lógica asilar manicomial – que se expressa de maneira mais evidenciada nessas instituições, mas não só.” (P2_BR)

“...a lógica manicomial é uma estrutura. Então, nesse sentido, essas expressões de opressão, elas também são frutos da mesma estrutura.” (P7_BR)

A lógica asilar, conforme assinalado por P2, se expressa mais evidentemente através dos hospitais psiquiátricos, mas também, em diversas outras formas de institucionalização conforme aponta P8 e P1:

“...tudo o que são as outras formas de institucionalização, ou seja, hospitais psiquiátricos, ordens religiosas, grandes instituições, empregos protegidos, ou seja, as firmas sociais sobre pessoas com doença mental, associações com grande número, em que as rotinas acontecem para todos, em que é exercido um poder e um controle sobre as pessoas, em que as pessoas não são tratadas como qualquer outro cidadão, são uma forma de institucionalização e não devem existir. Porque são formas de controle, não são formas de aumentar a participação e a inclusão das pessoas.” (P8_PT)

“O quanto que é angustiante estar no manicômio. Enquanto operador ver o processo de... de destruição do outro na internação, aquele corpo está ali e está sofrendo os efeitos diretos do manicômio...hoje nós temos diversas novas formas de institucionalização” (P1_BR)

Nesse sentido, P1 sublinha o impacto devastador que o manicômio representa na vida das pessoas e, conforme P8, outras instituições perpetuam esse controle ao invés de promoverem a inclusão e efetiva participação dos indivíduos na sociedade. Adicionalmente, os resultados envolvendo as instituições asilares apontam que estas são mantidas e gestadas através de aspectos como o poder psiquiátrico e a ideologia.

O poder psiquiátrico, surgiu nos resultados deste estudo como um dos principais entraves colocados frente ao processo de desinstitucionalização tanto no Brasil quanto em Portugal. A influência e a força do saber psiquiátrico tradicional transpassam o conhecimento médico e se expande para a realidade social, influenciando condutas que reforçam o controle e internamento as pessoas com doença mental. No Brasil, segundo P3 e P4, a formação médica

tradicional ainda é centralizada no viés patológico e estigmatizante da doença mental defendendo a manutenção do financiamento de hospitais psiquiátricos em detrimento da abordagem comunitária:

“...o poder psiquiátrico, ele ainda é muito grande...ele é o principal entrave porque ele domina as mentalidades das pessoas...tem uma força que nasce de um saber, que é o saber psiquiátrico, mas cujos exercícios de poder vão muito além.... porque ele se dissemina na vida social e gerencia a vida das pessoas a partir de diferentes dispositivos de controle da vida. E isso a gente vai ver, a partir dos dispositivos de mídia, que vão mostrar assim, por exemplo, ‘vai mostrar uma depressão, qual a solução para a depressão?’ É o medicamento. Aí mostra a esquizofrenia, ‘qual é a solução para a esquizofrenia?’ É o internamento...isso vai se aliando e vai se refinando e vai ganhando novos movimentos, novas formas de controle que vão se aliando a forças conservadoras da sociedade...a psiquiatria nunca deixou de ser um tratamento moral, mas ela se alia muito forte às reações religiosas, ao componente da moralidade cristã que vai se reinventando nesses contextos...” (P3_BR)

“Olha, eu acho que a gente tem no Brasil, a meu ver, uma formação médica ainda muito tradicional, muito vinculada a uma clínica psicopatológica da doença mental, do estigma...então, eu acredito que, relativamente às barreiras que impediram, tem a questão da formação médica, a formação médica mais tradicional, a formação da psiquiatria são barreiras importantes...a psiquiatria, a Associação Brasileira de Psiquiatria e as organizações médicas elas pressionam pelo financiamento dos hospitais psiquiátricos” (P4_BR)

Portanto, de acordo com as participantes, este saber psiquiátrico ultrapassa a medicina e é reforçado pela mídia e valores morais. Conforme apresentado no enquadramento teórico, a partir do período denominado por Foucault (1978) como “Grandes Internações” e, com a Reforma Protestante, o tratamento baseado na moral e na autoridade médica ganham forças, repercutindo até os dias atuais, em novas configurações. Em Portugal, o modelo médico é destacado como uma abordagem que individualiza a doença mental, colocando-a como algo “defeituoso” (P8_PT) que precisa ser consertado. Relativamente ao poder centralizado na psiquiatria, os participantes apontam para sua influência nas políticas nacionais e no financiamento de respostas sociais, dificultando a evolução de movimentos que promovem cidadania e inclusão:

“Só que há sempre uma força muito grande do que é chamado modelo médico, de ver a doença mental, que cria anticorpos para que este movimento da cidadania aconteça. Portanto, quando nós vemos a doença mental sob o olhar de um modelo médico, o que nós estamos a fazer é dizer que aquela pessoa individualmente tem um problema, que é

um problema individual e que está estragado, e que precisa de ser arranjado...não posso generalizar e dizer que todos os médicos são maus. Mas este poder da psiquiatria está muito instituído. Quem é que coordena as políticas nacionais? A psiquiatria. Quem é que coordena os hospitais psiquiátricos? A psiquiatria. Quem é que coordena os financiamentos, muitas vezes para as respostas sociais que tentam ser independentes? A psiquiatria. Portanto, o foco do poder está todo centrado e por isso há uma pressão muito grande e as pessoas não conseguem evoluir num movimento que venha lutar mais pela cidadania como nos outros movimentos.” (P8_PT)

Lyra Filho (2000), discute três abordagens principais sobre a ideologia, que são agrupadas em: ideologia como crença, ideologia como falsa consciência e ideologia como instituição. A ideologia como crença compõe os fenômenos mentais, ou seja, as convicções e ideias que os sujeitos internalizam. Segundo o autor, “toda ideologia se manifesta como crença”, principalmente quando aceita sem reflexão crítica, sendo descrita como uma crença falsa, uma distorção inconsciente da realidade elevada ao estatuto de verdade. Dessa forma, criam-se fundamentos frágeis que guiam atitudes e decisões, distorcendo a realidade e o raciocínio do sujeito em virtude da falsa consciência. Portanto, os indivíduos agem perante a ideia de que são guiados por valores adquiridos como evidências, mas que, efetivamente, são interesses erguidos pela classe dominante. Por último, a ideologia como instituição é um fato social, anterior aos indivíduos, sendo criada e manifestada na sociedade, englobando as duas abordagens anteriores. No tema da loucura, a ideologia manicomial como instituição perpetua o controle e a opressão do louco:

“...Clóvis Moura vai tratar num livro seu chamado ‘O Negro, de bom escravo a mau cidadão?’ a gente pode trocar “mau cidadão” por “traficante”, “louco”, “drogado”, reticências, reticências, reticências. Então a própria ideologia acerca do louco, o imaginário social do louco como perigoso, como inimigo interno, ela se plasma e nisso ela ganha força. Porque esse processo de negação, de humanidade, de desumanização ele é continuidade de um contínuo de uma série de negações de desumanização que remete a nossa estrutura social, racista, de classe, machista, sexista, LGBTQIAPN+fóbica. E essas estruturas ditam qual o modo de socialidade, qual o modo de produção.” (P2_BR)

“E essas representações socioculturais circulantes que a gente precisa ir desfazendo sempre que possível e ir falando sobre isso com as pessoas porque... isso é muito forte, né? As pessoas têm uma crença muito grande no hospital psiquiátrico como espaço de cuidado, acham que só ali que é possível. E isso é muito dominante ainda, muito hegemônico” (P3_BR)

P2 expõe a representação do “louco” como perigoso, traçando paralelos com o processo ideológico de desumanização de outros grupos marginalizados, refletindo a ideia de “falsa

consciência”, portanto, as crenças sociais distorcem a realidade e justificam violências. A ideologia como instituição social também aparece no trecho, onde o participante aponta que os saberes e crenças acerca do “louco”, bem como sua desumanização e marginalização, são transmitidos através das estruturas de um modelo de socialização (Lyra Filho, 2000). Adicionalmente, P3 reforça a hegemonia das crenças no internamento psiquiátrico, reforçada pela ideologia como crença e falsa consciência, refletindo o poder dessas estruturas em controlar e perpetuar as narrativas do modelo manicomial.

Considerando a questão de investigação “Quais são os fatores que sustentam a lógica manicomial no Brasil e em Portugal?”, os resultados obtidos no presente estudo enriqueceram a literatura ao apresentarem uma diversidade de questões que compõe o “Modelo Manicomial”, influenciando diretamente os retrocessos para o processo de desinstitucionalização de ambos os países em questão. Conforme colocado ao longo desta discussão compreende-se, portanto, que essa lógica persiste e reverbera diversas áreas, como na implementação de “políticas de institucionalização continuada” que reforçam a manutenção deste modelo. No contexto português, conforme mencionado por P8 no excerto abaixo, apesar do compromisso político com a desativação dos hospitais psiquiátricos e o redirecionamento de recursos para as alternativas comunitárias o que tem prevalecido, conforme já mencionado anteriormente, é a transinstitucionalização dos pacientes impulsionada pela força e financiamento das políticas de institucionalização.

“Havia sempre esta promessa que à medida que vão encerrando as estruturas hospitalares, psiquiátricas, o dinheiro vai ser canalizado para criar alternativas na comunidade. Isto não tem acontecido desta forma, isto é o fenómeno da transinstitucionalização...e Portugal, o movimento pró-institucionalização é muito, até é muito forte, está muito bem localizado, financeiramente tem muita força, acaba a ser sempre uma luta sem glória de tentativa de mudança” (P8_PT)

No Brasil, em consonância com a literatura existente, os resultados apontam que essas políticas se intensificaram em 2015, marcando o início da contrarreforma, definida como um conjunto de retrocessos que negam os avanços da reforma psiquiátrica em um processo de desmonte e cortes orçamentários das políticas sociais. Adicionalmente, essas políticas favorecem o que neste estudo chamou-se de “organizações privadas e estruturas sociais de institucionalização” que representam o interesse econômico em manter a predominância das estruturas asilares. A privatização dos serviços psiquiátricos e a formação de novas instituições de caráter asilar, como as comunidades terapêuticas no Brasil, representam a contemporaneidade das formas de controle sobre as pessoas com experiência de doença mental. A transinstitucionalização, citada por P8 e P9 e exposta nessa secção, torna claro como, em

Portugal, os recursos que deveriam ser destinados às respostas comunitárias são escoados para grandes instituições privadas. Semelhante ao contexto brasileiro, onde as comunidades terapêuticas (“novos manicômios”, P5) são lucrativas para o setor religioso e médico, conforme aponta P4 e P5.

“...e essa questão da indústria da loucura, das organizações privadas, das instituições médicas e evangélicas, elas lucram com a questão das comunidades terapêuticas. E isso vira um problema, isso é um problema muito grande para a gente, porque mesmo que a gente tensione, como legalmente ainda é possível a existência delas, torna-se um problema ainda mais difícil” (P4_BR)

“Por exemplo, a gente teve um número muito grande de serviços criados aqui no Rio de Janeiro, vivi isso de forma muito impactante. Serviços criados sob uma gestão privatizada, completamente privatizada, através das organizações sociais da saúde. Temos também aí, como se aborda em outras perguntas, novos manicômios que estão surgindo com roupagens diferentes. As comunidades terapêuticas são novos manicômios” (P5_BR)

Os resultados destacam que o interesse econômico nos hospitais psiquiátrico reforça a dependência nessas estruturas, em detrimento das políticas públicas de inclusão. Contrariando o objetivo da desinstitucionalização, cujo objetivo é promover a autonomia e inserção social dos indivíduos. O movimento das famílias, em Portugal, associado às ordens religiosas, também surge como força contrária à desinstitucionalização, defendendo o internamento e medicalização como solução para a doença mental. Em suma, os resultados apontam que a ação da esfera privada e religiosa sobre as políticas de saúde mental impõe dificuldades significativas ao avanço da desinstitucionalização em ambos os países.

Seguindo com a análise dos resultados, outro fator derivado do modelo manicomial e, portanto, bloqueador do processo de desinstitucionalização expressou-se no tema “desafios na comunidade” que representa as dificuldades encontradas no contexto da atuação comunitária. Estes desafios são atravessados pelas questões ideológicas que se desenvolvem na estigmatização da doença mental, realidade comum no Brasil e em Portugal. Além do estigma associado à doença mental, foram levantados desafios como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o medo que essas pessoas sentem em falar abertamente sobre suas condições e das práticas repressivas das quais foram alvo.

“...tinha a ver com a estrutura do serviço, por exemplo, a própria inclusão dos serviços nos territórios, em bairros de classe média. As pessoas têm muito preconceito. Então não é só retirar essas pessoas do hospital, mas também ver como funciona os desafios no território, os desafios com a equipe que vai atuar no território, os desafios com os vizinhos, né...A própria imagem, a deterioração do manicômio na vida das pessoas, né?”

Impacta visualmente. E é um processo de retomada do cuidado de si. Essa relação entre uma sociedade que reproduz modelos ideais de humano, essas pessoas, elas não podem estar em determinados espaços, determinadas moradias, elas representam feiura, elas representam o medo. Então isso também aparecia bastante, né? E essa construção do processo de coletividade de territorial também era um desafio em determinados bairros” (P1_BR)

“...as pessoas têm medo de falar, as pessoas com experiência de doença mental têm medo de falar do médico, têm medo de falar das coisas, das práticas coercivas de que foram alvo, têm medo de repercussões, têm medo de serem internadas novamente.” (P8_PT)

“...como é que nós podemos trabalhar inclusão quando não há uma rede de transportes públicos, quando não há uma resposta criada, quando não há serviços de saúde acessíveis a todos, para uma consulta as pessoas têm que andar 300 e 400 quilômetros. Pode haver políticas de saúde mental muito bem pensadas e desenhadas, mas efetivamente a acessibilidade a elas não é igual em todo o país...não ter medo de falar, não ter medo de assumir quando se tem uma patologia...quando falamos de questões de saúde mental e de saúde mental grave, ainda há muita vergonha em assumir que há um ente querido, que é o marido, o irmão, ou a própria pessoa...” (P10_PT)

Portanto, ao analisar os aspectos abordados até o momento, foi possível identificar que eles se interrelacionam e dificultam a implementação de políticas públicas, conforme ilustra P7:

“Um dos fatores críticos é esse. Não tem sustentação política, apesar de um projeto ser colocado como lei. Não tem recursos. Não tem financiamento. Não tem equipe capacitada. É um conjunto de fatores” (P7_BR)

Uma das questões de investigação norteadoras desta pesquisa tinha o interesse em descobrir quais efeitos os movimentos sociais produzem no debate em torno das políticas públicas de saúde mental. Os resultados agregam a revisão literatura apresentando sua importância, em conjunto com as organizações comunitárias e sociedade civil para este debate. Foi analisado que estes possuem grande efeito e relevância para a transformação das políticas públicas, conforme colocado por P6:

“...a política nacional só foi construída a partir dessa mobilização...eu acho que a resposta é: imprescindível. Não fosse isso, a gente não teria essa chance de luta que a gente ainda tem. Num governo que está difícil demais” (P6_BR)

Segundo Lyra Filho (2000), as crises econômicas e sociais provocam fissuras nos aparelhos institucionais e rompem com o véu ideológico. Nesse sentido, a conscientização emerge a partir da intensificação de contradições das estruturas sociais, tornando as contradições entre realidade e ideologia mais claras. Essa conscientização promove o impulso crítico que questiona as crenças ideológicas antes adquiridas como verdade absoluta. A partir

desse cenário, os movimentos sociais surgem como uma força contra-hegemônica que expõe as desigualdades sociais formadas por práticas socioculturais (Amarante & Diaz, 2012).

Os movimentos sociais são capazes de inserir as reivindicações de grupos sociais subalternos na agenda política. De forma coletiva, esses grupos podem tornar pública a condição de desigualdade em que vivem e desafiar sua exclusão dos arranjos políticos (Amarante & Diaz, 2012). Portanto, os movimentos sociais abrem espaço para aqueles cuja voz havia sido silenciada poderem falar novamente e reivindicar seus direitos como cidadão. No campo da saúde mental, os resultados destacaram as ações coletivas promovidas pelos movimentos sociais, organização comunitária e sociedade civil como essenciais para o avanço das políticas comunitárias e desinstitucionalização tanto no Brasil, quanto em Portugal:

“...retomada e fortalecimento dos movimentos sociais é fundamental. Só se avança tendo tensionamento por parte do movimento social” (P1_BR)

“Eu acho que segue sendo a militância. Acho que é a organização política das pessoas que apostam nas sociedades sem manicômios...a ocupação que a gente vai fazendo através das associações, dos movimentos sociais e de movimentos, vamos assim dizer, parceiros da luta, ocupando espaços no controle social então nos Conselhos Municipais de Saúde, nos Conselhos Municipais de Assistência Social, no Conselho Municipal de Direitos Humanos, nos Conselhos Estaduais, no Conselho Nacional, enfim... nesses espaços que impedem, por exemplo, as Prefeituras e o Estado de desviar os recursos da Atenção Psicossocial para outro lugar, para o Hospital Psiquiátrico, por exemplo” (P3_BR)

“...Estas organizações sociais que eu falei, mais a AEIPS, têm tido sempre um papel em ajudar a avançar com esta cidadania, por isso é que desde o início criou alternativas e respostas que fossem neste sentido” (P8_PT)

A partir disso, “reinventa-se a política para determinados grupos sociais e criam-se formas inusitadas de intervenções públicas” (Amarante & Diaz, 2012, p.84). Conforme P9 expressa ao abordar a criação das associações comunitárias em Portugal:

“AEIPS é uma associação que foi fundada por técnicos, familiares e pelas próprias pessoas, porque achávamos que era sempre muito importante essa presença e isso é uma coisa que diferencia na origem a AEIPS de outras, por exemplo. Que as próprias pessoas com doença mental participem, que é uma decisão própria, não é? E que estejam também representadas nos órgãos de gestão da associação. A AEIPS cria programas para apoiar as pessoas com experiência de doença mental, ou apoio à vida independente, ou apoio nas residências, ou integração profissional. Portanto, toda essa diversidade. Atende as pessoas com doença mental que estavam sem abrigo e que entraram no programa, o housing first... e presta serviços” (P9_PT)

Sendo que, no contexto português, os resultados estão em linha com a literatura e ampliam o conhecimento acerca da Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS) como precursora na inserção social dos indivíduos com experiência de doença mental, oferecendo apoio habitacional, vocacional, educacional e social (Ornelas 1996). Esta associação é destacada como sendo plural, composta por técnicos, familiares e pessoas com doença mental, em semelhança ao Movimento Antimanicomial brasileiro. Conforme citado na literatura e abordado nessa discussão, a importância da formação profissional é uma das ênfases propostas pelo modelo de intervenção da AEIPS, qualificando os profissionais para a atuação fora do ambiente hospitalar, de forma a capacitá-los a trabalhar no contexto comunitário.

Esses movimentos e atores coletivos tem repercussões no sistema político, bem como, nas esferas culturais e do cotidiano dos indivíduos (Amarante & Diaz, 2012). Essas repercussões são refletidas nas transformações sociais e implementação de políticas públicas, conforme apontam os resultados, em ambos os países os movimentos sociais e as organizações comunitárias foram evidenciados pelo seu potencial no desenvolvimento de alternativas à internação em hospitais psiquiátricos. A respeito de Portugal, os participantes destacam o papel das associações comunitárias, em especial a AEIPS devido ao seu pioneirismo e influência na criação de outras organizações, tendo essas associações um papel fundamental na desinstitucionalização dos pacientes em hospitais psiquiátricos:

“Então estas organizações foram criadas em 1987 e foram a fazer força contra isto e começaram a criar alternativas para que as pessoas pudessem sair dos hospitais.... foi muito importante não só por ter criado as alternativas, mas também pela comunicação que fazia, a trazer, por exemplo, uma criação de congressos, a trazer pessoas internacionalmente para falarem sobre o que é a saúde mental para influenciar as políticas públicas e as decisões que eram tomadas. Mais tarde esta organização [AEIPS] ajudou a que outras organizações iguais, organizações sociais, da sociedade civil fossem criadas pelo país inteiro, e trouxe um paradigma novo que não existia...e este movimento da sociedade civil conseguiu coisas incríveis como as nomenclaturas específicas, por exemplo, do centro de emprego para as pessoas com doença mental e com deficiência, conseguiram que a segurança social, em 98, criasse um enquadramento legal para o financiamento público destas entidades, das respostas destas entidades, como residências, centros de atividades, centros de emprego, etc. Conseguiram que estes programas fossem legalmente financiados. Portanto, isto é uma mudança das políticas públicas...há vários marcos, o primeiro programa em 1985 de saúde mental já trazia a influência e a palavra de desinstitucionalização, a criação das organizações sociais que eu lhe contei, foi sem dúvida um ponto fulcral para os avanços que foram dados, porque na altura dizia-se que não se pode fazer a desinstitucionalização porque

não há respostas na comunidade. Então o professor Ornelas e a AEIPS criaram respostas na comunidade para que pudesse avançar...” (P8_PT)

Além do desenvolvimento de soluções práticas para a integração social das pessoas, a AEIPS desempenhou um papel essencial ao trazer um diálogo internacional sobre saúde mental em Portugal, trazendo um novo paradigma de cuidado e influenciando transformações de políticas públicas na área. Sendo que uma de suas principais conquistas foi o reconhecimento legal de nomenclaturas específicas para a inclusão social e o financiamento de serviços comunitários como residências assistidas e centros de emprego, progressos que marcam o poder transformativo e de implementação de políticas públicas desta associação. Isso é reforçado por P10, que acrescenta a importância de dar a voz às pessoas com doença mental e suas famílias, criando um diálogo e espaço aberto para que estas medidas sejam criadas em conjunto, de forma efetiva:

“Portanto... cabe a federações, cabe a ONGs, que trabalham na área da saúde mental, de nos unirmos efetivamente e criarmos, com as pessoas com doença mental e com as suas famílias, instrumentos e movimentos com os quais se identifiquem, no sentido de chegar efetivamente a quem tutela os ministérios, de modo a não façam nada por nós e sem a nossa voz. E como tal aqui criarmos este diálogo, esta porta aberta, não é? E tem que ser uma porta aberta de entradas e saídas, de modo a chegar à vontade dos próprios e principalmente com a voz dos próprios relativamente ao que sentem, ao que desejam, ao que anseiam e é tudo menos voltar a haver não sei quantos hospitais psiquiátricos...então, acho que estes movimentos são a base de toda a alteração, toda a criação de medidas, de decretos de lei e de despachos conjuntos que possam melhorar a qualidade de vida e a satisfação das pessoas, que sejam cumpridos os direitos humanos” (P10_PT)

No Brasil, a ênfase é dada no movimento antimanicomial uma vez que as associações do país tendem a se organizar em núcleos e grupos da militância do movimento antimanicomial (Amarante & Diaz, 2012). Sendo que, segundo Vasconcelos (2004, citado por Amarante & Diaz, 2012) dentre os tipos de movimento sociais associados ao campo da saúde mental no Brasil, é possível encontrar associações de usuários, familiares e amigos tanto que são ligadas a serviços públicos de saúde mental quanto as que não são ligadas a estes serviços e profissionais e, adicionalmente, existem os núcleos e grupos de militantes do movimento antimanicomial. Semelhante ao quadro português, onde há uma diversidade de associações e ONGS voltadas para a proposta de soluções às questões de saúde mental.

Os resultados obtidos com o contributo dos participantes apontam para a mobilização como fundamental para desencadear os processos de mudanças no cenário da

institucionalização como força hegemônica, suscitando significativas reações no contexto político e administrativo ao trazer à tona as necessidades de transformações estruturais no campo da saúde mental.

“Enquanto movimento social, a gente contribuiu bastante com a intervenção para a construção da intervenção na região de Sorocaba. O fórum paulista da luta antimanicomial teve um papel de mobilização, de participação de audiências públicas de intervenção na cidade de Sorocaba que, nos anos 2010 e 2013, era o maior polo psiquiátrico do Brasil, a grande região. E, para ter uma intervenção no Ministério da Saúde, foi por meio de muita mobilização social que desencadeou um processo de desinstitucionalização” (P1_BR)

“Não existe, igual eu falei, avanço no campo da saúde mental sem movimento social, sem luta política, sem auto-organização...não existe avanço, não só na saúde mental...sem luta, sem movimento social, sem organização política” (P2_BR)

“Então, eu acho que a força política dos movimentos sociais, quando a gente consegue conquistar mandatos do legislativo, e no executivo a gente consegue...ocupar esses lugares como as coordenações de saúde mental municipais estaduais nacionais e aí a gente consegue produzir processos de desinstitucionalização mais fortemente que a gente consegue induzir recursos, investimentos, pessoas, para...fazer avançar os processos...a principal força ainda é o movimento e, ela ganha mais força quando ela consegue ocupar, de alguma maneira, esses espaços do legislativo, do executivo e também do judiciário.” (P3_BR)

“Os movimentos sociais têm uma importância enorme, como eu falei, principalmente para enfrentar governos que são a favor da psiquiatria mais tradicional e a favor dos hospitais psiquiátricos, das comunidades terapêuticas. Movimentos sociais a favor da desinstitucionalização, antimanicomiais, eles podem articular” (P4_BR)

Portanto, é sublinhado o impacto do movimento antimanicomial no enfrentamento e pressão política a governos que apoiam a manutenção das políticas de institucionalização continuada. Sendo caracterizado como peça-chave na articulação de ações que propõem alternativas mais inclusivas e comunitárias no tratamento de pessoas com perturbações mentais promovendo a inserção social e dignidade dessas pessoas.

Em suma, os resultados afirmam a necessidade dos atores coletivos, tanto no Brasil quanto em Portugal, para a criação de respostas e transformação das políticas, conforme ilustra P6:

“...a política nacional só foi construída a partir dessa mobilização...eu acho que a resposta é: imprescindível. Não fosse isso, a gente não teria essa chance de luta que a gente ainda tem. Num governo que está difícil demais” (P6_BR)

Remetendo à importância de fortalecer estes movimentos, não apenas no campo da saúde mental, como também com outras lutas, conforme afirma P2:

“...remete à importância de se fortalecer enquanto luta, enquanto campo. Tensionar o Estado, criticar, se organizar nas bases, nas nossas diversidades. Formar uma luta unitária, não só dentro da sede mental, mas da saúde com outras lutas...então é para a gente construir unidade na luta e, não só na luta antimanicomial e no campo da saúde mental, como fora, com outras lutas” (P2_BR)

Conforme mencionado no enquadramento teórico, além de seu poder transformativo, estes movimentos se destacam pela capacidade de promover solidariedade e construção de relações de entreajuda. Desenvolvidos em formas de redes de ações que gerenciam cotidianamente as lutas, pautas de discussões em torno da realidade social vivida, dialogando com outras organizações tais como as sindicais e partidárias. As redes de ações são capazes de articular, organizar e mobilizar a sociedade ao passo em que compõe em seu núcleo a noção de solidariedade baseada na partilha de princípios e valores (Amarante & Diaz; Lüchmann & Rodrigues, 2007).

“...as organizações comunitárias, principalmente as associações de usuários e familiares no Brasil, elas são bem importantes. São movimentos lindíssimos, que auxiliam e possibilitam o empoderamento dos usuários. Possibilitam os usuários protagonizarem a luta, terem voz...é como se, com o processo do diagnóstico, a vida ficasse limitada ali, fosse se limitando... e com as associações, eles expandem esses limites, constroem novas redes, são reconhecidos também socialmente...tem um papel importante na desconstrução cultural do que é a loucura...eles passam a exercer o desejo de pintar, de cantar, de se apresentar...organizações comunitárias têm um papel de desconstrução social e cultural do estigma da loucura muito grande, muito importante. Também tem um grande papel de ajuda mútua entre os usuários.” (P4_BR)

“...elas têm sempre esse papel de disseminação das conquistas do movimento...dos efeitos positivos do movimento, dessa política, na vida das pessoas...a força dessas associações e desses grupos...é muito importante, porque...modifica as mentalidades...o modo das pessoas pensarem e perceberem as questões de saúde mental” (P3_BR)

“...a AEIPS criou uma coisa que era o Centro de Empowerment e Ajuda Mútua, em que era uma valência da AEIPS gerida só por pessoas com os diagnósticos da doença mental...quando entendemos a doença mental pela perspectiva dos próprios, por uma perspectiva social, de compreensão que as causas não são biológicas de uma falha no sistema, de um parafuso a menos, mas que tem a ver com a relação com o ambiente, a relação com a família, com a pessoa ter sido alvo de violência e de abusos e tudo mais. Toda esta história de cada pessoa. Até o movimento das pessoas que ouvem vozes, tem

sido muito claro e muito inovador em trazer para a parte profissional da saúde mental um entendimento de que as vozes não é uma desconexão com a realidade, não é algo a cortar ou a bater, mas é algo a ouvir, porque está intimamente ligado a estas experiências que as pessoas têm tido com o ambiente, da violência, do trauma etc.” (P8_PT)

“Nós, na Associação, temos uma experiência importante em termos de inclusão, de trabalho, de metodologias de apoio no contexto, não em oficinas protegidas, mas no contexto natural” (P9_PT)

“...todos estes movimentos, quer seja de pessoas com doença mental, quer seja de famílias, quer seja de técnicos, e a ideia é unirem-se, porque embora vivam de formas diferentes, todas pendem para o mesmo objetivo, não é? De inclusão, direitos humanos, cidadania plena...” (P10_PT)

Dessa forma, realidade comum no Brasil e em Portugal, é a capacidade de ajuda mútua que esses grupos coletivos possuem em quebrar os estigmas acerca da loucura e seu tratamento. Proporcionados espaços abertos, onde se promove a compreensão das questões relacionadas à saúde mental sob a perspectiva dos próprios usuários.

No entanto, os resultados revelam que o cenário dos movimentos sociais, organizações comunitárias e sociedade civil enfrenta vários desafios. Em Portugal, as dificuldades que emergiram relativamente às associações se configuram na falta de representatividade do movimento dos utentes, tendo este pouca voz ativa no país, estando em linha com o apresentado na literatura sobre a escassa participação, vulnerabilidade e baixo potencial de mobilização (Portugal & Nogueira, 2010). Conforme coloca P10:

“As federações das entidades, as federações das famílias e o movimento do utente, que ainda não é federado. E que é importante que seja, para ter aqui uma voz mais ativa, mas a verdade é que estão presentes no Conselho Nacional de Saúde Mental, estão presentes no Conselho Regional de Saúde Mental, mas lá está, como não há aqui um movimento forte deles, nos conselhos locais de saúde mental, quem os está a representar usualmente são os utilizadores dos hospitais gerais. Portanto, qualquer um de nós. Está lá a representar as pessoas com doença mental e aí não tem uma voz viva. Aí não estão a ter uma boa representação.” (P10_PT)

“Mas depois para terem uma representação realmente autónoma, eles têm que ter uma organização própria, uma organização do âmbito nacional própria...precisa de energia, é preciso alguém que tenha essa vontade. E depois há também a questão económica, porque as pessoas, para se dedicarem, também precisam de sobreviver e, portanto, procuram trabalho e fazem isso de uma forma mais paralela, mas para estar o tempo inteiro a estas exigências associativas, é mesmo importante estar o tempo inteiro, receber informação diretamente, ir a locais, a eventos, senão perde-se o espaço, a ação. E, portanto, essas têm sido algumas das dificuldades para nascer um movimento com autonomia, com independência, com uma visão, com essa estratégia...o poder técnico,

é um poder que é difícil de contestar, por exemplo. Depois, também o poder religioso... pronto, torna-se tudo muito misturado, muito complexo e, portanto, as pessoas tendem a ir pelo caminho de acomodar, não é? De aceitar que é assim, e acomodar, não é? De acomodar à situação e porque também são situações que são muito desgastantes, não é? Para os próprios, para as famílias e as pessoas.” (P9_PT)

Para além da dificuldade de articulação dos utentes em um movimento, os participantes ressaltaram os entraves colocados pelo poder dos técnicos de saúde contra a desinstitucionalização e das congregações religiosas, somado ao conformismo das outras parcelas da sociedade. Adicionalmente, a literatura presente sinaliza a desresponsabilização do Estado e conseqüente sobrecarga das famílias e associações, indicando que a maioria dessas associações tentam preencher as lacunas deixadas pelo sistema de saúde público (Portugal & Nogueira, 2010; Passos & Portugal, 2016).

Relativamente ao cenário brasileiro, este é atravessado pelas desigualdades sociais e dificuldades de acesso às necessidades básicas. Sendo que, não é possível desvincular este cenário das questões relacionadas à raça e classe, conforme afirma P1, em concordância com o apresentado na literatura:

“Então acho que a sociedade civil ela tem uma diferença atravessada por classe e raça que afasta, também, muito da potencialidade da desinstitucionalização. O que exige uma constante presença do viés antimanicomial. Por um lado, na construção da política por meio dos serviços e, por outro, enquanto paradigma de sociedade, que se coloca em xeque uma noção de cuidado né. Que cuidado coletivo que a gente quer? No final das contas estamos falando uma concepção coletiva de cuidado que questiona a responsabilidade do cuidado focado nas mulheres, ou só a responsabilidade estatal, questiona a distribuição de maneira coletiva dessa responsabilidade das diferenças e que exige um deslocamento contínuo da sociedade como um todo” (P1_BR)

“...e aí tem outro acho que desafio nesse processo que é o de enfrentar a questão das desigualdades sociais uma vez que muitos usuários vivem em situação de mais fragilidade social e com a pandemia isso tudo se agravou...então, acho que um desafio nesse processo dos movimentos sociais é a gente lutar efetivamente pela garantia dos direitos sociais mais amplos, direito à habitação, direito à alimentação, direito de transporte, a educação para que a gente possa fazer política, continuar a fazer política, porque senão os usuários não chegam, ficam sem conseguir se articular” (P4_BR)

Passos e Ramos (2018) levantam a importância de construir um processo de desinstitucionalização que não apenas faça o desmonte dos saberes e práticas em torno da loucura, mas também, que reconheça a loucura sob a visão histórica que se relaciona com gênero, raça e classe. Nesse sentido, P1 questiona a noção de cuidado coletivo que se deseja com a de movimento antimanicomial e a desinstitucionalização, chamando a atenção para a

uma mudança de paradigma necessário. Adicionalmente, a desresponsabilização do Estado também é colocada como desafio a ser superado no Brasil

“...ao mesmo tempo, nós temos que tomar um pouco de cuidado porque uma das principais narrativas mistificadoras problemáticas que a gente tem hoje em dia, no que se refere a desresponsabilização do estado, é justamente esse discurso genérico abstrato da relevância da importância da comunidade. E eu sou um professor psicologia comunitária, eu defendo os processos de autogestão, de organização comunitária, mas com todas as mediações e cuidados possíveis” (P2_BR)

Zgiet (2021), ao abordar a Portaria GM/MS nº106 que cria o serviço residencial terapêutico, assinala o “familismo” presente nas políticas sociais brasileiras, em que o Estado apenas oferece cuidado àqueles que não possuem famílias cuja obrigação seria de cuidado. Portanto, a habitação serve apenas aos pacientes egressos de internações em hospitais psiquiátricos durante um longo período que não tenham suporte social e/ou laços familiares. Relativamente a este cuidado, Passos (2011) acrescenta a sobrecarga na produção de cuidado das mulheres mães ou familiares de pessoas em sofrimento psíquico e seu protagonismo no desenvolvimento da reforma psiquiátrica.

Para além dos temas aqui abordados, este estudo teve como um de seus objetivos estudar o Movimento Antimanicomial brasileiro e entender suas características e impactos nas políticas públicas de saúde mental do país, bem como no processo de desinstitucionalização. Dito isso, conforme já mencionado nos resultados, optou-se por abordar este movimento em separado, embora os movimentos sociais e organizações comunitárias no Brasil que impulsionam os processos de desinstitucionalização no país supracitados estejam associados à militância antimanicomial, agora este movimento será abordado de forma mais aprofundada.

Com base na análise da literatura, compreende-se que o Movimento Antimanicomial é um movimento composto por diversos atores, cujo princípio é a luta pelos direitos dos usuários e seus familiares, pelo tratamento em liberdade e melhores condições na prestação de serviços de saúde mental. A partir da denúncia contra as violências perpetuadas pela lógica manicomial presente nos serviços de assistência psiquiátrica, o movimento se associa à luta e conquista da inserção social dos indivíduos com experiência de transtornos mentais. A diversidade compõe o movimento, que se associa a outros movimentos sociais como o movimento negro, feminista e LGBTQIAPN+. Trata-se, portanto, de uma luta contra qualquer forma de opressão (Pradoni & Padilha, 2004; Vieira-Silva et al., 2022). Os resultados estão em consonância com a literatura relativamente às características multifacetadas do movimento, reforçando o seu poder como agente transformador social e político:

“Luta antimanicomial é a mobilização coletiva e social que envolve usuários, trabalhadores, familiares, a sociedade civil como um todo...acho que é importante caracterizar o movimento social que não é homogêneo, é heterogêneo e plural...então o movimento antimanicomial tem muitas facetas...a entrada de outros movimentos e atores, temos a Frente Nacional de Negros e Negras da Saúde Mental [FENNASM], a Coletiva Nacional de Mulheres Antimanicomiais (CONAMAM), as frentes estaduais combate né. As frentes estaduais de drogas e direitos humanos, de defesa da reforma psiquiátrica...a importância do Conselho Federal e regionais de psicologia, as entidades... tudo isso vai se fazendo presente e conformando o movimento como um todo, ele não é só o movimento social em si mas têm outras expressões expressas que a gente não pode deixar de considerar.” (P1_BR)

“Então, a gente está no movimento da luta por reconhecimento de identidades. Então, você tem o movimento negro, movimento, na época, homossexual, que hoje é LGBTQIAPN+, movimento de mulheres, que é o movimento feminista, movimento das mulheres negras, movimento contra a carestia das mulheres da periferia. Vários movimentos. Então, é isso. A gente está brigando pelo Estatuto de Cidadania.” (P7_BR)

A diversidade de atores e frentes é evidenciada na pluralidade de contextos de atuação e na proposta de transformação social, conforme pontuado por P1:

“A luta antimanicomial hoje, é muito maior do que ela mesma compreende ser! Não dá para caminhar sozinho, nós temos que construir os caminhos de maneira coletiva. Mas, principalmente no campo, é preciso entender que o nosso lugar não é só na saúde, mas em diferentes espaços. Isso implica que a forma de operar na saúde, na assistência, nas estratégias comunitárias não é isolada apenas no campo saúde” (P1_BR)

“Eu acho que é não entender que a luta antimanicomial é só uma luta de disputa de uma política, a luta antimanicomial está disputando um projeto de sociedade. Está disputando uma concepção de humanidade, isso perpassa uma concepção filosófica, sociológica, econômica, política, ética, estética...traz para a luta antimanicomial a necessidade da ampliação da luta contra os manicômios. Não mais o manicômio físico, mas pensar a amplitude dessa expressão do manicômio no cotidiano...portanto, não é só fechar manicômio. É pensar a manicomialização como componente estrutural, estruturante da sociedade como um todo” (P1_BR)

Os resultados e literatura corroboram quanto ao contexto de surgimento do Movimento Antimanicomial, cuja trajetória se iniciou no período de redemocratização do país em conjunto com outros movimentos sociais que estavam em ascensão naquele contexto político, em especial o movimento sanitarista. Portanto, era um momento de maior abertura para que as contradições sociais levassem ao processo de conscientização e revolta, com participação ativa da sociedade na práxis voltada para a transformação social (Lyra Filho, 2000). Portanto, o

conjunto dos resultados e literatura confirmam a característica marcante não apenas do movimento antimanicomial, mas dos movimentos sociais no geral, de promoverem a conscientização e transformação social de um dado contexto. Revelando o esforço dessa parcela da sociedade em se emancipar e ampliar os espaços de sociabilidade, para que esses atores também sejam incluídos, também possam ter voz e participação ativa (Amarante & Diaz, 2012).

Relativamente aos marcos na trajetória do Movimento Antimanicomial, os resultados confirmam a literatura ao apresentarem eventos como Conferências Nacionais de Saúde Mental, o Encontro de Bauru e o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial e, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta devido às suas repercussões históricas. Entretanto, os participantes destacam a dificuldade em isolar estes marcos em conquistas em dados únicos, uma vez que a trajetória deste movimento é ampla e teve desdobramentos pelo país inteiro. Conforme ressalta P5:

Então, o programa do movimento da luta antimanicomial, a luta pelo fim dos manicômios...era um programa de transformação da sociedade, um programa mais amplo do que um pauta específica. Isso é uma premissa importante também que vai aparecer várias vezes, talvez até me repita um pouco, porque são aspectos muito centrais da maneira como eu vejo o movimento...levando em consideração essas premissas, eu acho muito difícil selecionar uma conquista, sabe? Associar essa conquista a um impacto suposto dentro dessa trajetória em relação ao processo de desinstitucionalização...(P5_BR)

Por outro lado, P6 sublinha a necessidade de aumentar a visibilidade dos processos de desinstitucionalização nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, uma vez que grande parte da literatura acerca da trajetória da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica brasileira, centra-se nos marcos ocorridos no eixo Sul-Sudeste do país. A participante sublinha que movimentos igualmente significativos foram desencadeados em outras regiões do país, como o encerramento do Hospital Alberto Maia em Pernambuco. O Hospital, que havia fechado as portas para novos pacientes em 2002, passou pelo processo de desinstitucionalização em 2010, marcando um avanço para a reforma psiquiátrica do estado (SES, 2010; Magalhães, 2012). A participante aponta que, apesar das dificuldades encontradas nos estados da região Norte e Nordeste, os atores coletivos buscam promover a diversidade na produção de cuidado:

...a reforma psiquiátrica foi acontecendo em muitos cantos desse país e a visibilidade não é dada. Então fica muito essa impressão de sudeste, no máximo ali sul. E eu queria dizer de movimentos, iniciativas importantes. Eu vou falar do meu canto, tá? Vou falar do Pernambuco...no passado a gente consegue fechar o Hospital Alberto Maia. Eu queria dizer dos tantos outros movimentos no Nordeste, no Norte do país, que tem uma singularidade muito própria. Modos de vida muito próprios...e aí entra uma coisa

também do desequilíbrio da distribuição de riquezas no país, dos investimentos para que a coisa possa fluir mais. O Nordeste quase não tem centro de convivência. Mesmo assim, foi buscando produzir diferenças na produção do cuidado. Então, eu vou introduzir isso nessa questão...(P6_BR)

P1 acrescenta um dado importante para a trajetória do movimento. A participante menciona um importante momento de renovação e alteração do movimento no período compreendido entre 2010 e 2013, onde nota-se a entrada de novos atores e a expansão da luta pelos direitos. Esses novos atores passam a ocupar espaços que antes haviam sido deixados de lado ou esvaziados conforme os militantes foram ocupando outros espaços, como o acadêmico ou de governo, deixando de ter um papel ativo na militância. Portanto, o surgimento de novos movimentos e atores e, a criação de novos cargos ilustram os efeitos de tal renovação, tidos como conquista do movimento social:

no bojo entre 2010 e 2013, tem a entrada massiva de novos sujeitos que marcam um novo tempo da Luta Antimanicomial, atores mais jovens que vão ocupando os espaços que já estavam, de certa forma, colocados de lado, ou melhor, esvaziados, essa seria a palavra...vai emergindo outros grandes movimentos, como a FENNASM, que é fundamental, e a criação desse cargo que eu estava ocupando [Assessora Técnica Especializada do Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde do Ministério da Saúde] que é super inédito na configuração nacional, um cargo com alguém para pensar interseccionalmente a política de saúde mental, né? Isso tem a ver com a Conquista dos movimentos sociais. A entrada da Sonia Barros tem a ver com a conquista dos movimentos sociais...a entrada de novos atores..., junto com o fortalecimento de movimentos sociais e ocupação das ruas numa conformação nacional, faz com que o movimento antimanicomial como um todo tenha novas configurações. Ganha um novo fôlego. O diálogo com outros movimentos, o movimento das mulheres, da comunidade LGBTQIAPN+” (P1_BR)

A nomeação de Sonia Barros como diretora do Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério no ano de 2023, foi um dos destaques dados pelos participantes ao abordarem a trajetória e conquistas recentes da luta antimanicomial. Relativamente às conquistas, os resultados obtidos através do discurso dos participantes corroboram com a literatura apresentada no que concerne a Reforma Psiquiátrica e Lei nº10.216/2001, destacadas como grandes conquistas deste movimento. A Reforma psiquiátrica brasileira, como um conjunto de processos políticos e sociais, formada por múltiplos agentes e instituições, é tida como um fruto desse processo de combate aos manicômios, muito influenciada pela corrente Basagliana. A reforma seria, portanto, a materialização e institucionalização dos objetivos do movimento antimanicomial (Albrecht, 2019; Brasil, 2005).

“Movimento da luta antimanicomial aponta para a reforma psiquiátrica, mas não se restringe a reforma psiquiátrica.” (P7_BR)

“...eu acho que a própria reforma psiquiátrica é uma das conquistas. Ela resulta do movimento, da luta histórica do movimento e da luta antimanicomial...” (P2_BR)

Com relação a Lei nº10.216/2001, os resultados discutem o seu papel fundamental para os processos de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização, uma vez estabeleceu bases jurídicas e normativas para que estes processos se efetivassem. Apesar de perder o caráter incisivo presente no projeto de lei, que previa a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos no país, a lei impulsionou o encerramento de hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas. Apesar das contradições envolvendo esta lei, esta é reconhecida como uma grande conquista na história da saúde mental brasileira. Conforme P3 e P5 ilustram nos excertos colocados abaixo:

“Eu acho que foi a institucionalização mesmo, a partir da lei nº10.216/01...a lei é um marco que permitiu que a gente criasse os serviços de atenção psicossocial...existência dos Centros de Atenção Psicossocial, das residências terapêuticas, que são muito importantes...em relação a moradia, a retirar as pessoas que estão em longa internação. E a constituição de uma rede, foi se configurando lá a partir da primeira década dos anos 2000...esse é o marco para a reforma. Com todos os problemas que a gente pode apontar na lei também - tem vários problemas -, em termos de marco, foi o mais importante para a tarefa de desinstitucionalização” (P3_BR)

“...pensar, por exemplo, na lei nº10.216/01. Sem dúvida é um marco na trajetória da luta antimanicomial, um marco super importante, é considerada a lei da reforma psiquiátrica brasileira. Uma referência fundamental para a construção das políticas de saúde mental a partir desse momento...ela incontornavelmente, inegavelmente é fruto de um processo de luta...o que a gente produziu no campo da saúde mental? Muita coisa foi produzida, com certeza. A gente teve uma redução substancial do número de leitos, fechamento de hospitais psiquiátricos, toda uma rede substitutiva de serviços, CAPS, serviços assistenciais” (P5_BR)

Adicionalmente, os resultados acrescentaram mudanças ideológicas como fruto das conquistas do movimento antimanicomial, alterando a imagem socialmente construída ao longo dos anos que define o louco e a loucura como indivíduos perigosos que precisavam ser isolados do resto da sociedade em nome do dito “bem comum”, privando-lhes os direitos de cidadania.

Todavia, os caminhos percorridos pelo Movimento Antimanicomial não foram feitos sem consideráveis desafios e contradições. Os resultados indicam um esvaziamento deste conforme os atores que, no passado fizeram parte das bases do movimento, deslocaram-se para

outros espaços de atuação como os de gestão e a acadêmicos, assumindo outros contextos de liderança.

Complementarmente, a institucionalização das ações do movimento também foi um dado apresentado como motivo de enfraquecimento, marcando uma tensão entre a atuação institucional e a preservação de sua força enquanto movimento social. É sabido que a atuação via institucional permitiu avanços significativos como a instituição da lei nº10.216/2001, contudo, também resultou em uma desarticulação e enfraquecimento do movimento frente aos desafios recentes. Este dado marca uma contradição enfrentada pelos movimentos sociais em que, ao passo que necessitam ocupar os espaços de poder público e controlo social, existe uma tendência de acomodação nas esferas Estatais, o que leva a uma desarticulação e enfraquecimento do movimento. P2 coloca importantes dimensões que ilustram a perda da força que a luta antimanicomial sofreu nos últimos anos:

“...um problema muito grave que a gente tem tido no desenvolvimento da luta é... a partir de determinados governos, na qual isso teve um impulso sobretudo na reforma psiquiátrica, a gente ter achado que a via institucional era a única e exclusiva via de atuação, inclusive como movimento. Então houve um processo de entrada nas franjas, no aparato estatal, por integrantes e militantes do movimento, só que este processo acabou resultando em um grave problema e lacuna que a gente, de certa forma, minimizou e desconsiderou a via não institucional. A condição enquanto movimento social que tensiona e critica o próprio estado...então é um movimento que já foi mais forte, evidentemente, né? Que já teve uma organização com maior capacidade de transformação não substantiva, mas de modificação de elementos fundamentais do próprio campo, das políticas da sua realidade...a gente não só está fragmentado, a gente está enfraquecido, né? A gente vive numa conjuntura, numa correlação de forças que é cada vez menos favorável...a nossa capacidade organizativa e de incidência, de transformação da realidade está enfraquecida. Tanto que o grosso da nossa luta hoje em dia são lutas defensiva...é para garantir um pouco de direito, para tentar reduzir dano em um monte de ataque que está recebendo, é uma luta de reação e defensiva...o movimento ficou auto orientado. Ele ficou endógeno. Se a gente for pegar, por exemplo, o Manifesto de Bauru, a gente vai ver o quê? ‘O movimento dos trabalhadores contra a exploração, contra a opressão, reforma agrária, o movimento antimanicomial tem que juntar com a galera, com geral. Isso está na gênese do movimento. A gente foi perdendo isso.... foi ficando endógeno dentro do campo da saúde mental...” (P2_BR)

Portanto, além do foco na via Estatal, o participante debate o enfraquecimento da capacidade organizativa e de incidência deste movimento, relacionado às conjunturas políticas atuais do país que vem sofrendo, desde 2015 conforme já abordado neste estudo, com o avanço das políticas de austeridade, intensificando as desigualdades sociais. Por fim, P2 pontua o

distanciamento do movimento antimanicomial de outras pautas, fato colocado também por P7 como sendo consequência do modo de sociabilização do sistema neoliberal vigente no país:

“Ele não é mais o clássico movimento da luta antimanicomial, que era o único movimento...são movimentos, né? Então, isso é uma decorrência, inclusive, do processo democrático. A gente se unificava para o enfrentamento do Estado. Então, a gente já conseguiu enfrentar o Estado, garantiu democracia, política pública, cidadania...hoje, os movimentos são muito mais plurais, pulverizados. Isso tem a ver com a socialidade neoliberal, também...a gente tem um processo muito grande, de potência ainda...mas não da forma que era. Tem a garra, mas não é a mesma garra. Tem potência, mas não é a mesma potência....do ponto de vista da estrutura do Estado, você tem pouca participação política dos setores, dos movimentos relacionados à luta antimanicomial nos conselhos locais, municipais, nacionais de saúde. Você vê essa fragilidade” (P7_BR)

“...aquele projeto de transformação que estava expresso ali no lema “por uma sociedade sem manicômios”, como uma consigna de um conjunto de mudanças, de um conjunto de transformações da sociedade acabou muito reduzido, digamos assim, no lugar de uma mudança estrutural, de uma mudança profunda, uma mudança dentro da política de saúde mental. A construção de uma política de saúde mental. Não era isso, né? Acabar com os manicômios não se reduzia a criar serviços, né? Assim como não era possível ter saúde no capitalismo. A saúde que a gente queria, que a gente defendia, não era possível na sociedade capitalista. Porque saúde, incluindo saúde mental, é condição de moradia, é condição de saneamento, é acesso à educação, é a possibilidade de uma alimentação saudável. Não é possível você ter saúde e saúde mental em condições de vida completamente degradadas. Enfim...talvez o efeito mais dramático dessa trajetória eu acho que é esse, é justamente essa perda da força da luta antimanicomial” (P5_BR)

Em suma, os resultados destacam que o enfraquecimento político do movimento antimanicomial é associado a um conjunto de fatores que não são isolados, mas fazem parte de um amplo processo histórico e político, no qual definiu como “avanço contraditório”. De acordo com os participantes, esses obstáculos que se apresentam frente ao movimento estão intrinsecamente atrelados ao seu próprio desenvolvimento somado às tensões resultantes de conciliações necessárias para o seu avanço. Esta ideia reforça a afirmação de que o contexto da saúde mental é inseparável do contexto político mais amplo. Portanto, apesar do significativo avanço do movimento antimanicomial, este foi sendo condicionado às necessidades de adaptação ao aparato Estatal e pela ocupação exclusiva dos espaços no governo e nas universidades.

“...falar em barreira acaba isolando, retirando um pouco essa processualidade. Porque esses entraves, esses impedimentos, essas barreiras, se a gente quiser chamar assim, elas

foram parte mesmo do próprio movimento, desse fluxo, desse processo. Por isso que eu acho sempre fundamental caracterizar como um avanço contraditório...as direções são múltiplas, elas não se dão num sentido único... conciliar os interesses da luta antimanicomial com as necessidades do desenvolvimento capitalista. Então, ela não é uma barreira...é uma condição para esse projeto. É dentro desse horizonte de não rompimento com a ordem capitalista...foi a forma possível de se fazer...a gente poderia ter avançado um pouquinho mais, mesmo fora de uma perspectiva revolucionária... a fragilização é um entrave ao avanço do movimento, uma barreira para as coisas seguirem avançando, só que é, também, uma consequência desse avanço, da forma como o movimento se colocou em marcha na sua história. Dessa escolha exclusiva por ocupar os espaços do Estado... porque, a partir de um determinado momento, é isso que acontece, os dirigentes do movimento, as lideranças todas do movimento, passam a ocupar postos ali. Seja no aparelho de Estado, seja na academia, já numa posição um pouco diferente, com um pouco mais de independência em relação à política, mas uma independência relativa também. Porque a academia sempre teve presente, de certa forma, na direção, na construção da direção, da gestão, da política pública... isso foi sendo acompanhado, cada vez mais, por um processo de abandono dos espaços de militância propriamente, dos espaços de maior independência. Enfim, a luta contra os manicômios, é uma luta por uma outra sociedade, pela construção de uma outra sociedade. Vai ser através do Estado, exclusivamente? Eu acho que essa é uma das grandes questões para mim” (P5_BR).

Tendo em vista a conjuntura atual das políticas de saúde mental de ambos os países, observou-se um cenário marcado por diversos desafios e possibilidades, com a grande presença de esforços para consolidar os avanços desejados. Os resultados suscitam a necessidade de uma postura mais assertiva por parte do governo é necessária para que estes avanços se consolidem. No cenário brasileiro, o momento atual é marcado por uma intensa disputa interna, com esforços para reverter os retrocessos, mas também, a presença de obstáculos significativos:

“A situação atual, como eu falei, é de retomada da política de saúde mental na perspectiva antimanicomial. Mas assim, em termos de governo federal a gente precisa, eu acho, que o governo tome uma posição mais assertiva para o campo antimanicomial...então, a situação política é de tensionamento para a volta, para a retomada do processo da reforma psiquiátrica, efetivamente” (P4_BR)

“Mas é isso, no momento atual a gente está construindo, são várias apostas, são vários caminhos, inclusive um olhar de uma gestora que é completamente diferente” (P7_BR)

Em Portugal, assim como no Brasil, os participantes refletem o compromisso coletivo em enfrentar as adversidades e continuar avançando em direção aos objetivos da desinstitucionalização e inserção social das pessoas com doença mental:

“Portanto, estamos aqui numa fase muito intermitente, que é onde já teremos muito mais otimistas, mas extremamente resilientes, porque não há entidade nenhuma que era abaixo dos braços e vamos continuar a lutar e não são só os colaboradores que estão a lutar. Somos todos. É colaboradores, famílias, utentes e são as federações, não é?”
(P10_PT)

7. Considerações finais

Segundo o Relatório Mundial de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgado em junho de 2022, a maioria das pessoas diagnosticadas com algum tipo de perturbação mental não possuem acesso eficaz aos cuidados devido á baixa disponibilidade, falta de estrutura ou acessibilidade dos mesmos ou, também, devido ao estigma que a doença mental carrega, que faz com que as pessoas não busquem ajuda. Adicionalmente, o relatório ressalta o escoamento dos recursos financeiros para hospitais psiquiátricos, com um investimento insuficiente para as soluções comunitárias. Frequentemente, o cuidado recebido pelas pessoas com problemas de saúde mental foi inadequado ou errado, com a permanência de casos de violações dos direitos humanos nessas instituições (OMS, 2022).

Embora a necessidade de implementação efetiva de um modelo de cuidado comunitário e multissetorial esteja claramente colocada, a sua implementação no mundo tem sido lenta. A análise das Nações Unidas indica que esse avanço insuficiente é agravado por fatores globais, como as desigualdades sociais, conflitos e crises de saúde pública, que aumentam a vulnerabilidade da população. Dito isso, o relatório destaca a urgência de uma transformação que direcione para os cuidados em saúde mental acessíveis a todos que precisem, para que as pessoas com problemas relacionados à saúde mental consigam ter o pleno acesso aos seus direitos de cidadão, com plena participação social (OMS, 2022).

Este estudo buscou analisar qualitativamente o processo de desinstitucionalização no Brasil e em Portugal, bem como, os movimentos sociais da saúde mental e seus efeitos para o debate em torno das políticas públicas, em especial o Movimento Antimanicomial. Foi possível identificar que em ambos os países existem diretrizes que encaminham para a desinstitucionalização, cujo objetivo é promover a autonomia e integração das pessoas com sofrimento psíquico na comunidade. Entretanto, os países em questão estão em linha com os dados levantados pelas Nações Unidas, uma vez que o processo de desinstitucionalização de ambos ainda é insuficiente frente à hegemonia do modelo biomédico, cuja expressão principal é o internamento em hospitais psiquiátricos.

Quanto aos fatores que contribuem para os avanços deste processo de desinstitucionalização, observou-se que, tanto em Portugal, quanto no Brasil, o papel do Estado na organização e implementação de políticas públicas em parceria com a sociedade civil são essenciais para a consolidação efetiva das diretrizes que estabeleçam um cuidado digno e acessível a todos. Complementarmente, a educação e formação profissional surgiram como essenciais devido ao seu potencial na capacitação de profissionais para o trabalho no contexto comunitário, bem como, na produção de conhecimento científico acerca dos efeitos positivos que o cuidado em comunidade produz na vida das pessoas. Além do contexto de formação profissional, a educação e literacia, quando não isoladas no âmbito acadêmico, mas sim difundido para todas as camadas da comunidade, são indispensáveis para a construção de uma sociedade consciente e apta a reivindicar seus direitos. Nesse sentido, as associações comunitárias e movimentos sociais surgiram como importantes agentes catalisadores da educação e formação profissional voltada para o campo da desinstitucionalização.

Relativamente aos movimentos sociais, estes foram sinalizados como essenciais para a transformação no cenário da saúde mental em ambos os países estudados, no entanto, em Portugal, a falta de um movimento social de utentes foi sinalizado como uma lacuna. Sendo assim, as associações comunitárias são protagonistas na criação de respostas comunitárias e promoção de mudanças. No Brasil, o Movimento Antimanicomial, um dos objetos deste estudo, foi sublinhado como força histórica principal na promoção da desinstitucionalização do país, tendo na reforma psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental, expressões de suas conquistas e tensionamento político. Contudo, nos últimos anos, este movimento passou por um sucessivo processo de fragmentação e enfraquecimento político, com uma série de retrocessos e desmontes das conquistas do movimento e reforma psiquiátrica. Atualmente, o país se encontra em um processo de retomada e recomposição do modelo de atenção psicossocial, entretanto, a contrarreforma psiquiátrica, aliada ao modelo biomédico, ainda é hegemônica.

Dessa forma, observou-se que os fatores que colocam entraves nos processos de desinstitucionalização no Brasil e em Portugal se influenciam mutuamente e, dentro das particularidades de cada país, são semelhantes. Tendo como principal expressão o modelo manicomial, moldado pelas questões ideológicas e pelo poder psiquiátrico, este modelo influencia diretamente nas dificuldades de implementação de políticas públicas voltadas para a desinstitucionalização e, conseqüentemente, tem influência nas políticas de institucionalização continuada, nas estruturas sociais de institucionalização e organizações privadas.

Compreendeu-se, portanto, que a lógica asilar pode se expressar de várias formas, em diversas estruturas, saberes e práticas, não estando isolada nos hospitais psiquiátricos, mas sim em qualquer instituição de caráter asilar.

Este estudo não teve o propósito de realizar um esgotamento dos conteúdos aqui abordados, mas sim, entendê-los em suas particularidades e universalidades, ampliando os diálogos entre o contexto brasileiro e português. Sendo que, as perspectivas aqui analisadas apelam para mudanças profundas no sistema de saúde mental brasileiro e português, de forma a melhorar significativamente o bem-estar das pessoas com experiência de doença mental. Para efeito, é necessário o comprometimento, em conjunto, das autoridades, sociedade civil, organizações comunitárias e movimentos sociais para a efetiva implementação dessas reformas.

Embora esta pesquisa tenha contribuído significativamente para a compreensão dos temas aqui abordados, ela apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A abordagem qualitativa permite uma compreensão profunda das experiências e perspectivas dos participantes, entretanto, a quantidade e densidade do material coletado somado ao tempo definido para o estudo, impôs restrições às dimensões do conteúdo aqui abordado, deixando de fora diversos excertos relevantes. Adicionalmente, a amplitude do tema refletiu em dificuldades no aprofundamento de dimensões importantes. Dessa forma, a natureza exploratória do estudo deixa encaminhamentos e reflexões, para projetos e práticas posteriores. É interessante investigar, em estudos futuros, os efeitos das políticas de drogas nas diretrizes e condutas na saúde mental do Brasil e Portugal, uma vez que, no Brasil o proibicionismo afeta diretamente na institucionalização de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias; um estudo sobre os movimentos sociais na e da saúde mental avaliando o valor da agitação e pressão social como importante ferramenta de mudança; realizar uma análise mais aprofundada em torno da ideologia manicomial em Portugal, suas raízes e efeitos atuais; aprofundar a investigação acerca da institucionalização psiquiátrica sob o recorte de classe, gênero e raça, uma vez que os hospitais psiquiátricos são historicamente eugênicos e isso é expressado muito fortemente dentro dessas instituições; uma investigação sobre quem eram os indivíduos institucionalizados em Portugal e no Brasil e quem são agora, quais as velhas e novas “roupagens” dessas instituições; por fim, é importante realizar estudos integrando os usuários e organizações de usuários, recuperando o caráter de agência dessas pessoas, que não são apenas vítimas. Esses estudos podem complementar o entendimento acerca dos problemas identificados, favorecendo o avanço da desinstitucionalização e das políticas que assegurem um sistema de saúde mental acessível a todos.

Uma pesquisa não é um resultado pronto, mas sim um processo. Em suma, os resultados obtidos com esta investigação frisaram a complexidade do assunto. Nota-se uma fragilidade nas políticas públicas de saúde mental voltadas para a desinstitucionalização, cuja prática ainda se encontra incipiente. As práticas de violação aos direitos humanos ainda são uma realidade presente nas instituições asilares e psiquiátricas, reforçando e sofrimento e de uma grande parte da sociedade. Entretanto, apesar das dificuldades enfrentadas, os atores coletivos que lutam pelos direitos de cidadania e vida digna, continuam agindo e promovendo ações que pressionam para a mudança, organizando redes de apoio, parcerias com diferentes setores da sociedade. As iniciativas promovidas pelos movimentos sociais e associações comunitárias promovem a conscientização e transformação das políticas públicas, representando vozes importantes que ecoam a necessidade de uma abordagem comunitária e inclusiva.

“Mesmo com esses empecilhos todos, essas barreiras todas. A gente é de uma outra conjuntura que aposta mesmo. ‘Apesar de vocês, amanhã há de ser outro dia’, apesar de não ter equipe, financiamento, etcétera, a gente faz e foi fazendo.” (P7)

A canção “Apesar de você, amanhã há de ser outro dia”, de Chico Buarque de Hollanda, foi lançada em pleno regime militar no Brasil. A consciência política interpretada na letra da música faz denúncia à censura e violência perpetuada pelos militares, mas ao mesmo tempo, marca a resistência e esperança de dias melhores que estão por vir: “você vai ter que ver a manhã renascer e esbanjar poesia, como vai se explicar vendo o céu clarear, de repente, impunemente. Como vai abafar nosso coro a cantar, na sua frente” (Buarque, 1970; Moura et al., 2021). Conforme expressado por P7, inspirando o título desta pesquisa, podemos afirmar que, apesar da força e hegemonia do modelo manicomial, há quem lute e resiste na direção contrária, pelo cuidado em liberdade, por uma sociedade sem manicômios.

Referências Bibliográfica

- Albrecht, D. M. C. (2019). *Movimentos contra os manicômios e lutas de classes no Brasil e na Itália: Um estudo sobre consciência e estratégia*. [Tese de Doutorado em Serviço Social]. Busca Integrada UFRJ. https://minerva.ufrj.br/F/?func=direct&doc_number=000897345&local_base=UFR01
- Alves, F., & Silva, L. F. (2004, 12 de maio). *Psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão*. Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e acção. Atelier: Saúde. Associação Portuguesa de Sociologia (APS). <http://hdl.handle.net/10400.2/8295>
- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. D. A. (2006). Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299-316. doi: 10.1590/ S1414-32832006000200003
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Fiocruz.
- Amarante, P. (2010). *O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria* (1ª ed.). Fiocruz.
- Amarante, P. (2011). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (3ª ed.). Fiocruz.
- Amarante, P., & Diaz, F. S. (2012). Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica/ Social movements on psychiatric reform. *Cadernos Brasileiros De Saúde Mental Brazilian Journal of Mental Health*, 4(8), 83–95. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v4i8.68655>
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista De Administração Pública*, 52(6), 1090–1107. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>
- Amorim, A. K. M. A., & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciências & Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025>
- Amorim, A. K. M. A., Dias, M. A., Costa, M. L. F., Araújo, A. C., Carvalho, & Ferreira, D. S. (2017). Práticas corporais e desinstitucionalização em saúde mental: Desafios e possibilidades. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 39-49. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20170005>

- Antunes da Costa, P. H., & Mendes, K. T. (2020). Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum*, 12(2), 44–59. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.28943>
- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro* (1ª ed.). Geração.
- Barbosa, G. C., Costa, T. G. da, & Moreno, V. (2012). Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios/ The anti-asylum fight movement: trajectory, progress and challenges. *Cadernos Brasileiros De Saúde Mental Brazilian Journal of Mental Health*, 4(8), 45–50. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v4i8.68650>
- Barker, C. Pistrang, N. & Elliot, R. (2002). *Research Methods in Clinical Psychology: An Introduction for Students and Practitioners* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Ltd.
- Borges, L. (1972). Trem De Doido. Em *Clube Da Esquina*. EMI Odeon
- Boarini, M. L. (2020). A luta antimanicomial: um mosaico de vozes insurgentes. *Revista Psicologia Política*, 20(47), 21-35.
- Borges, S. A. C., Almeida M. D. (2021). Desafios para uma Reforma Psiquiátrica antimanicomial: Revisitando o Manifesto de Bauru. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 13(37), 23-41. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80469>
- Brasil. Câmara dos Deputados. PL n.º 3657/1989, Projeto de Lei de 09 de outubro. *Atividade Legislativa. Projetos de Lei e Outras Proposições*. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/20004>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). III Conferência Nacional de Saúde Mental. *Caderno de Textos*. Mimeo.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. *Diário Oficial da União*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.708/2003, de 31 de julho, institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa). *Diário Oficial da União*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º106/2000 de 11 de fevereiro. *Diário Oficial da União*. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º3088/2011 de 23 de dezembro. *Diário Oficial da União*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. (2024). Senadores debatem extinção de hospitais de custódia. *Senado Federal* <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2024/05/07/senadores-debatem-extincao-dos-hospitais-psiquiatricos-de-custodia>
- Buarque, C. (1970). Apesar de Você. Em *Chico Buarque*. Philips
- Conselho Federal de Psicologia. (2017). Carta de Bauru – 30 anos. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2017). Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008) Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. *Diário da República*. <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). *Presidência da República* http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm
- Candeias, A., Macedo, E., Esteve, A. & Sá, L. (2021). Legislar para proteger: Lei Sena, a primeira lei de saúde mental em Portugal (1889). *Revista de Enfermagem Referência*, V(5), 1-8. <https://hdl.handle.net/1822/71918>
- Carvalho, B. P., & Piza, H. C. T. (2016). A história da loucura numa perspectiva marxista. *Dialektiké*, 1(3), 18-35. <https://doi.org/10.15628/dialektike.2016.5549>
- Devera, D., & Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 60-79. revpsico-unesp.org/psi-532822
- Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Fiocruz.
- Fanon, F. (1968). *Alienação e Liberdade: Escritos psiquiátricos* (1ª ed.). Ubu.
- Figueirêdo, M. L. de R., Delevati, D. M., & Tavares, M. G. (2014). Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais*, 2(2), 121-136. <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797>

- Filho, A. J. de A., Fortes, F. L. da S., Queirós, P. J. P., Peres, M. A. de A., Vidinha, T. S. dos S., & Rodrigues, M. A. (2015). Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 117-125. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14074>
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na Idade Clássica*. Perspectiva.
- Frias, P., & Costa, M. P. da. (2020). Community psychiatry in Portugal: a critical review. *Consortium Psychiatricum*, 1(1), 49-59. DOI: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-49-59
- González Rey, L. F. (2002). *Pesquisa qualitativa em Psicologia, caminhos e desafios*. Cengage learning.
- II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. (1987). Manifesto de Bauru. *InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais*, 3(2), 537-541, 2018. <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19775>.
- Leão, T. M. Loucura, psiquiatria e sociedade: o campo da saúde mental coletiva e o processo de individualização no Brasil. 2018, 325 fls. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018
- 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>
- Lüchmann, L. H. H., & Rodrigues, J. (2007). O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>
- Lyra Filho, R. (2000). *O que é Direito?* (20ª ed.). Brasiliense.
- Machado, L. D., & Lavrador, M. C. C. (2001). Loucura e subjetividade. In L. D. Machado, M. C. C., Lavrador & M. E. B. Barros (Orgs.). *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo* (pp.45-58). Casa do Psicólogo.
- Magalhães, M. R. (2012, 12-14 de novembro). *Fechamento do Hospital Alberto Maia: Novas Políticas em relação aos doentes mentais no Estado de Pernambuco*. Anais Eletrônicos do V Colóquio de História “FACES da Cultura na História: 100 anos de Luiz Gonzaga, Recife, PE. 221-228. <http://www.unicap.br/coloiodehistoria/wp-content/uploads/2013/11/6col-p.221-228.pdf>
- Martins, M. E. R., Assis, F. B., & Bolsoni, C. C. (2019). Ressuscitando a indústria da loucura?!. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.190275>

- Ministério da Saúde. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. [http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- Moura, G. C., Amaral, M. V. B., Silva, S. E. V da. (2021). “Apesar de você”: memória, sentido e resistência. *Leitura*, 69, p. 98-108.
- Organização Mundial da Saúde. (2022). Relatório mundial sobre saúde mental: transformando a saúde mental para todos.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 14(2-3), 263-268.
- Ornelas, J. (1996). Sistema de suporte comunitário. *Análise Psicológica*, 14(2-3), 331-339. <http://hdl.handle.net/10400.12/3849>
- Ornelas, J. (1997). Psicologia Comunitária. *Análise Psicológica*, 15(2), 375-388. <http://hdl.handle.net/10400.12/5723>
- Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community Psychology and Social Change: A Story from the field of Mental Health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(1), 21-31. <http://hdl.handle.net/10400.12/1855>
- Palha, F. & Costa, N. (2015). Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos. Porto: ENCONTRAR+SE
- Pereira, A. L. (1986). A institucionalização da loucura em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21, 85-100. <https://hdl.handle.net/10316/11684>
- Pessotti, I. (1994). *A Loucura e as Épocas*. (2ª ed.). Editora 34.
- Pessotti, I. (1999). *Os Nomes da Loucura*. (1ª ed.). Editora 34.
- Passos, R. G. (2011). Mulheres, cuidados e reforma psiquiátrica brasileira: um protagonismo (oculto) na assistência psiquiátrica. *Cadernos de História da Ciência – Instituto Butantan* (2), 45-54.
- Passos, R. G. (2015). Caminhos da consciência para si no movimento de reforma psiquiátrica brasileira: notas iniciais à luz de Marx e Lukács. *Trabalho, Educação E Saúde*, 13, 11-22. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00044>

- 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>
- Passos, R. G., & Moreira, T. W. F. (2017). Reforma Psiquiátrica brasileira e questão racial: contribuições marxianas para a Luta Antimanicomial. *SER Social*, 19(41), 336-354. https://doi.org/10.26512/ser_social.v19i41.14943
- Passos, R. G., & Portugal, S. (2016). Breve balanço da política de saúde mental: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas. *Revista De Políticas Públicas*, 19(1), 91–102. <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v19n1p91-102>
- Passos, R. G., & Ramos, B. G. M. O. (2018). O processo de desinstitucionalização da atenção em saúde mental e sua interlocução com as relações de gênero, raça/etnia e classe no estado do Rio de Janeiro.
- Pimenta, R. (2021). A metáfora revolução no pensamento de Paulo Freire. *Educação Em Foco*, 26(Especial 02), 1-13. <https://doi.org/10.34019/2447-5246.2021.v26.36188>
- Portugal, S., & Nogueira, C. (2010). Se não o hospital, então onde? Resposta societais para a desinstitucionalização da doença mental. In B. A. S. M. Fontes & E. M. M. Fonte (Orgs.). *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal* (pp.223-255). Editora Universitária UFPE.
- Prandoni, R. F. S., & Padilha, M. I. C. de S. (2004). A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 13(4), 633–640. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400017>
- Rosa, E. Z. (2021). Trajetórias da reforma psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 13(37), 1-22. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80855>
- Rotelli, F., Leonardis, O., Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização*. Hucitec.
- Vargas-Moniz, M. J., Bruges-Costa, D., Ornelas, J. (2010). Desinstitucionalização de seniores com doença mental: a implementação de um modelo de transição e integração na comunidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (10), 08-13
- Vieira-Silva, M., Gonçalves, A. M., & Lopes, F. de M. (2022). Uma história da Luta Antimanicomial e da Reforma da Assistência à Saúde Mental no Brasil (1979-2021): o que

podemos e devemos comemorar?. *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, 39. <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2022.39251>

Sá-Fernandes, L. & Vargas-Moniz, M.J. (2024). Guião para intervenientes chave na desinstitucionalização em saúde mental.

Sampaio, M. L.; Bispo Júnior, J., P. (2021) Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19, DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313

Santos, N., B. (2011). O Hospital de Rilhafoles e os asilos de alienados na Europa do século XIX. *PsiLOGOS*, 9(2), 68-81. <https://doi.org/10.25752/psi.3274>

Saúde Mental, I. C. N. de T. (2018). Manifesto de Bauru (1987). *InSURgência: Revista De Direitos E Movimentos Sociais*, 3(2), 537–541. <https://doi.org/10.26512/insurgencia.v3i2.19775>

Scafuto, J. C. B., Saraceno, B., Delgado, P. G. G. (2017). Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comunicação em Ciências da Saúde*, 28(3-4), 350-358.

Secretaria Estadual da Saúde. Governo do Estado Pernambuco. (2010, 30 dezembro). *Hospital Alberto Maia é descredenciado do SUS* [Press release]. [https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/noticias/hospital-alberto-maia-e-descredenciado-do-sus#:~:text=O%20Hospital%20Psiqui%C3%A1trico%20Jos%C3%A9%20Alberto,Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20\(MS\).](https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/noticias/hospital-alberto-maia-e-descredenciado-do-sus#:~:text=O%20Hospital%20Psiqui%C3%A1trico%20Jos%C3%A9%20Alberto,Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20(MS).)

Silva, E. K. B. da., & Rosa, L. C. dos S. (2014). Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?. *Revista Katálysis*, 17(2), 252–260. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011>

Siqueira-Silva, R., Nunes, J. A., & Moraes, M. (2013). Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(3), 475-496. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000300005>

Teixeira, M. O. L. (2019). Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(2), 540-560. <http://pepsic.bvsalud.org/1808-4281>

Zgiet, J. (2018). O trabalho alienado e a alienação mental: a reforma psiquiátrica no capitalismo. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 11(3), 130-143. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2433>

Zgiet, J. (2021). *Saúde mental e moral capitalista do trabalho: A dialética das alienações* (1ª ed.). Appris.

Anexos

Anexo A – Formulário de consentimento

Formulário de Consentimento

No domínio da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, que está a ser elaborada no ISPA - Instituto Universitário, pela aluna Eloisa Kun Pizzo, sob orientação da Prof. Doutora Maria João Vargas-Moniz, solicita-se a sua colaboração.

Este é um projeto de investigação sobre o Movimento Antimanicomial e o processo desinstitucionalização no Brasil e em Portugal. Neste estudo, pretendemos analisar a história e desenvolvimento do movimento de luta antimanicomial e suas consequências políticas e sociais, assim como discutir a desinstitucionalização da saúde mental no Brasil e em Portugal a fim de repensar as políticas e os modelos assistenciais vigentes em ambos os países. Assim, a sua participação irá contribuir de forma significativa para a reflexão sobre o tema.

A participação neste estudo é voluntária, sendo assegurado o direito de desistência da participação a qualquer momento. É, também, garantido o anonimato e confidencialidade de toda a informação recolhida, conforme os princípios éticos que regulam esta atividade.

Solicitamos a sua autorização para a gravação do áudio da entrevista para transcrição, reforçando a garantia de anonimato e direito à privacidade com que serão tratadas as informações recolhidas. Caso não autorize a gravação, serão feitas apenas notas escritas pela entrevistadora como recurso de tratamento de informação.

Para o esclarecimento de possíveis dúvidas sobre o estudo e sua participação, poderá contactar-nos através dos e-mails eloisa.pizzo@gmail.com ou maria.moniz@ispa.pt

Agrademos, desde já, a sua disponibilidade e colaboração com esta investigação

Eloisa Kun Pizzo e Maria Vargas-Moniz

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Você está de acordo com os termos descritos acima? Ao clicar em "Sim" você indica que aceita participar desta investigação. *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

2. Nome:

Anexo B



Guião de entrevista semiestruturada a intervenientes-chave do Brasil

DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Data de nascimento? ___ / ___ / _____

2. Indique a sua formação académica?

3. Indique o número de anos de experiência no campo da saúde mental?

4. Em que tipo de organização/ões esteve ou está vinculado e por quanto tempo?

Governamental: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que

período: _____

Hospitalar: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que

período: _____

Instituição privada: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que

período: _____

Organização não governamental (ONG): SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que

período: _____

Academia (Universidade): SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que

período: _____

Organização Internacional: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que período: _____

Associação de utilizadores: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que período: _____

Associação de Familiares: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que período: _____

Outra:

QUESTÕES:

1. Na sua opinião, qual foi a conquista promovida pelo Movimento Antimanicomial com maior impacto para a promoção da desinstitucionalização da saúde mental no Brasil? (pistas: qual era o contexto político?)
2. Pensando no contexto de recente redemocratização do Brasil e na trajetória do Movimento Antimanicomial, que impacto este movimento teve no processo de desinstitucionalização da saúde mental e como se encontra agora? (pistas: abertura dos Hospitais Psiquiátricos? Debate acerca da cidadania? Grupos organizados independentes?)
3. Refletindo na sua experiência, poderia por favor partilhar conosco processos de desinstitucionalização que participou, assistiu ou liderou que foram efetivos no Brasil? (pistas: que serviços foram encerrados? Quantas pessoas saíram? Para onde foram? Quem participou/liderou?)
4. Que fatores foram críticos para os avanços destes processos de desinstitucionalização? (pistas: Que métodos, organizações, recursos, políticas, foram essenciais, a diferentes níveis?)
5. Na sua experiência, que barreiras impediram os avanços do movimento antimanicomial para a desinstitucionalização da saúde mental? (pistas: Tendo em conta os diferentes níveis, que fatores impediram os avanços? Culturais, políticos, estruturais, financeiros?)
6. Na sua opinião, apesar das mudanças políticas dos últimos 40 anos, porque é que ainda existe um número significativo de pessoas institucionalizadas em estruturas públicas e

privadas, como por exemplo comunidades terapêuticas? (Maus tratos nos últimos anos? Psiquiatria tradicional? Objetivos das políticas?)

7. Tendo em conta a sua experiência, qual foi o papel das organizações comunitárias e da sociedade civil na desinstitucionalização em saúde mental no Brasil? (pistas: Criação de respostas; Definição de políticas?)
8. Que parceiras e interações entre as diferentes partes do sistema de saúde mental (Governo, hospitalar, instituições privadas e públicas, etc.) têm sido essenciais ao avanço da desinstitucionalização? (pistas: Diferentes valores? Poder de decisão? Financeiros?)
9. Refletindo sobre a importância dos movimentos sociais para o debate em torno das políticas públicas de saúde mental, como podemos entender a força que estes têm atualmente, em especial o Movimento Antimanicomial? (pistas: Quais são as perspectivas para o futuro?)
10. Qual é a situação política atual no campo da saúde mental no Brasil? (pistas: Quais são os avanços e retrocessos em torno das políticas de saúde mental?)
11. Apesar dos avanços da desinstitucionalização a meta da cidadania parece ainda estar distante, na sua opinião o que falta para aproximar as pessoas com experiência de doença mental de uma cidadania plena? (pistas: Que políticas, programas, que soluções? O que está em torno do conceito de cidadania plena atualmente? O que é ser cidadão?)
12. Por fim, que outros fatores, marcos considera essenciais aos avanços da desinstitucionalização? Que acontecimentos, pessoas e recursos foram cruciais à alteração profunda das ideologias, valores do sistema de saúde mental?

Anexo C



Guião de entrevista semiestruturada a intervenientes-chave de Portugal

DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Data de nascimento? ___ / ___ / _____

2. Indique a sua formação académica?

3. Indique o número de anos de experiência no campo da saúde mental?

4. Em que tipo de organização/ões esteve ou está vinculado e por quanto tempo?

Governamental: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que período: _____

Hospitalar: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que período: _____

Instituição privada: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que período: _____

Organização não governamental (ONG): SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que período: _____

Academia (Universidade): SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que período: _____

Organização Internacional: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que período: _____

Associação de utilizadores: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que período: _____

Associação de Familiares: SIM () NÃO ()

Se marcou SIM, indique por favor, o título de trabalho e em que período: _____

Outra:

QUESTÕES:

1. Refletindo na sua experiência e sobre a importância dos movimentos sociais para o debate em torno das políticas públicas, que efeito estes produzem na discussão em torno das políticas públicas de saúde mental?

2. Apesar dos avanços da desinstitucionalização, a meta da cidadania parece ainda estar distante. Na sua opinião, o que falta para aproximar as pessoas com experiência de doença mental de uma cidadania plena?

a. O que é, para si, ser cidadão e ter uma cidadania plena?

3. Conhece o Movimento Antimanicomial Brasileiro? Quais diálogos possíveis acredita que Portugal poderia fazer com este movimento para o processo de desinstitucionalização da saúde mental?

4. Refletindo acerca da desinstitucionalização em Portugal, poderia por favor partilhar pontos e particularidades portuguesas importantes para este processo?

5. Qual é a situação política atual no campo da saúde mental em Portugal?